

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 117

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Rachel Aubin Bodiguel

née le 24 mars 1982 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 4 octobre 2012

**CLINIQUE DES TENTATIVES DE SUICIDE REPETEES ET
RAPPROCHEES A PARTIR D'UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE
AUX URGENCES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES DE NANTES.**

Président : Monsieur le Professeur Vanelle

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne Sauvaget

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	15
<u>PARTIE I-DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE</u>	16
<u>1- Définitions et notions théoriques</u>	16
1-1- Le suicide	16
1-2- Les tentatives de suicide	16
1-3- Conduites à risque et équivalents suicidaire	17
1-4- Les réitérations suicidaires	18
1-5- Concept de crise suicidaire	19
<u>2- Epidémiologie</u>	20
2-1- Données sur le suicide	20
2-2- Epidémiologie des tentatives de suicide	22
2-3- Données sur les réitérations suicidaires	25
2-3-1-Fréquence des réitérations suicidaires	25
2-3-2-Lien entre réitération suicidaire et décès ultérieur par suicide	26
2-4- Précocité des récurrences suicidaires	27
2-5- Réflexions et discussions à propos d'études épidémiologiques des récurrences suicidaires	29
2-6- Récurrence et pronostic	30
2-7- Facteurs prédictifs de la récurrence suicidaire	31
2-7-1-Pouvoir prédictif des médecins?	31
2-7-2-Echelles de prédiction du suicide	32
<u>3- Approche clinique</u>	33
3-1- Caractéristiques cliniques du geste suicidaire chez les multisucidants	33

3-1-1-Particularités de la première tentative de suicide	33
3-1-2-Caractéristiques cliniques des tentatives de suicide chez les récidivistes	34
3-2- Etude des facteurs de risque de récurrence suicidaire	36
3-2-1-Facteurs personnels	36
3-2-1-1-Antécédents de tentatives de suicide	36
3-2-1-2-Antécédents traumatiques	39
3-2-1-3-Antécédents de trouble mental	41
3-2-1-4-Antécédents de soins psychiatriques	46
3-2-2-Facteurs sociodémographiques	48
3-2-2-1-Age	48
3-2-2-2-Sexe	48
3-2-2-3-Facteurs sociaux	48
3-2-3-Facteurs familiaux	51
3-3- Fonctions du geste suicidaire	54

4- Approche psychopathologique 55

4-1- Réflexions psychopathologiques dans les récurrences suicidaires	55
4-2- Concept de répétition	58
4-2-1-Définitions	58
4-2-2-Approche psychanalytique	59
4-2-2-1-Concepts freudiens : pulsion de mort et compulsion de répétition	59
4-2-2-2-Concepts lacaniens de répétition et de jouissance	63
4-2-2-2-1-L'axe du symbolique	63
4-2-2-2-2-L'axe du réel	63
4-2-2-2-3-Concept de jouissance	64
4-2-3-Approche cognitive	65
4-3- Conduites à risque	66
4-4- Modèle de l'ordalie	68
4-5- Modèle des addictions	69
4-6-1-Définitions	69

4-6-2-Notion « d'addiction suicidante »	71
4-6- Notion d'impulsivité	74
4-7- Aspects et enjeux relationnels des multisuicidants	76
<u>PARTIE II : ETUDE OBSERVATIONNELLE</u>	78
<u>1- Matériel et méthode</u>	78
1-1-Population étudiée	78
1-2-Recueil des données-Critères étudiés	79
1-2-1-Questionnaire de l'étude	79
1-2-2-Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck	80
1-2-3-Auto-questionnaire d'impulsivité : échelle UPPS	81
<u>2- Objectifs</u>	82
2-1- Objectif principal	82
2-2- Objectifs secondaires	82
<u>3- Résultats</u>	83
<u>Tableau 1 -Données sociodémographiques</u>	84
<u>Tableau 2- Antécédents personnels et familiaux</u>	85
<u>Tableau 3- Données cliniques</u>	86
<u>Tableau 4- Prise en charge/Orientation</u>	87
<u>Tableau 5- Caractéristiques du geste suicidaire</u>	88
<u>Tableau 6- Données psychopathologiques</u>	89
<u>Tableau 7- Impulsivité et intentionnalité suicidaire</u>	90
<u>Tableau 8- Test de corrélation de Spearman</u>	91

<u>4- Discussion</u>	92
4-1- Données rejoignant la littérature	92
4-2- Données se dégageant de la littérature	95
4-3- Impulsivité et intentionnalité	97
4-4- Limites, faiblesses et forces de l'étude	99

PARTIE III : APPROCHE THERAPEUTIQUE - REFLEXIONS

EN MATIERE DE PREVENTION **101**

1- Position des soignants face à la répétition suicidaire: les « risques » **101**

2- Prise en charge thérapeutique des multisuicidants **103**

2-1- Consommation de soins médicaux	103
2-2- Prise en charge aux urgences	104
2-3- L'hospitalisation	105
2-4- Suicidalité et pharmacologie	106
2-4-1-Antidépresseurs	106
2-4-2-Thymorégulateurs	107
2-4-3-Antipsychotiques	108
2-5- Suicidalité: approches psychothérapeutiques	108
2-5-1-Thérapie cognitivo-comportementale	109
2-5-1-1-Technique de résolution de problèmes	109
2-5-1-2-Thérapie cognitive dialectique	109
2-5-1-3-Thérapie interpersonnelle	110
2-5-1-4-Thérapie de groupe	110

2-5-2-Psychothérapie familiale	111
2-6- Spécificités de la prise en charge des suicidants récidivistes	111
2-6-1-Abord des pensées dysfonctionnelles	112
2-6-2-Définir ou redéfinir un espace thérapeutique	112
<u>3- Réflexions sur des pistes de prévention</u>	113
3-1- Réflexions en terme de prévention tertiaire	115
3-2- Intérêt d'un recontact du suicidant à distance de son geste	115
<u>CONCLUSION</u>	119
<u>ANNEXES</u>	120
<u>1-Questionnaire de l'étude</u>	120
<u>2-Tableaux récapitulatifs de l'étude</u>	123
• Tableau 1 : Données sociodémographiques	124
• Tableau 2 : Antécédents personnels et familiaux	125
• Tableau 3 : Données cliniques	126
• Tableau 4 : Prise en charge/Orientation	127
• Tableau 5 : Caractéristiques du geste suicidaire	128
• Tableau 6 : Données psychopathologiques	129
• Scores UPPS et scores d'intentionnalité suicidaire	130
• Tableau 7 : Impulsivité et intentionnalité suicidaire	134
• Tableau 8 : Test de corrélation de Spearman	135
<u>3-Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck</u>	136
<u>4-Questionnaire d'impulsivité UPPS (auto-questionnaire)</u>	138
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	141

ABREVIATIONS

ATCD: Antécédent

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IMV: Intoxication Médicamenteuse Volontaire

IRS : Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

RDV: Rendez-Vous

SDF : Sans Domicile Fixe

SDT: Soins à la Demande d'un Tiers

SIS: Suicide Intent Scale

TS: Tentative de Suicide

UMP: Urgences Médico-Psychologiques

UPPS : Urgence-manque de Prémeditation-manque de Persévérance-recherche de Sensation

INTRODUCTION

Les récurrences suicidaires constituent un sujet de préoccupation de plus en plus croissant. La répétition suicidaire est au cœur de la problématique suicidaire, posant l'éternelle question au patient, à l'entourage et au médecin, du risque et de la prédiction d'un nouveau geste, voire d'un suicide ultérieur.

Force est de constater nos limites et nos difficultés autour de ce sujet, notamment en terme de définition, d'épidémiologie, de clinique, de psychopathologie, et de thérapeutique. Les études épidémiologiques fournissent un certain nombre de données sur la fréquence des récurrences, leur délai de survenue et dégagent des « facteurs de risque ». Mais y-a-t-il vraiment quelque chose de commun entre tous les récidivistes ? Si l'on considère le phénomène des récurrences suicidaires dans son ensemble, l'optique épidémiologique ne risque t-elle pas d'effacer les différences individuelles qui sont peut-être plus fondamentales pour l'analyse du phénomène ?

La répétition d'un geste suicidaire représente souvent une manière de demande, pas toujours clairement adressée, de la part d'un sujet en souffrance et susceptible d'effondrement parfois difficilement réversible. Cette donnée psychodynamique s'exprime au plan clinique et épidémiologique par ce que l'on dénomme la récurrence, dont le risque et la gestion préventive mobilisent aussi bien les équipes soignantes que les chercheurs en Santé Publique.

Reconnaître au suicidant réitérant certaines caractéristiques cognitives, comportementales, d'organisation de l'attachement et de la personnalité, ainsi que cerner les traumatismes de l'enfance, peuvent conduire à l'instauration de prises en charge plus spécifiques.

Devant l'ampleur du phénomène, et toutes les interrogations que cela suscite, nous avons cherché à préciser les caractéristiques des tentatives de suicide répétées et rapprochées, en étudiant en particulier deux dimensions : l'impulsivité et l'intentionnalité suicidaire.

Pour cela, nous avons réalisé une étude observationnelle aux Urgences Médico-Psychologiques de Nantes, sur une période de six mois, incluant des patients admis pour tentatives de suicide répétées et rapprochées dans le temps afin de mieux connaître les aspects cliniques et psychopathologiques propres à cette population.

Nous nous sommes également intéressés aux caractéristiques sociodémographiques et aux modalités de prise en charge au décours du geste suicidaire.

Enfin, nous nous sommes penchés sur les approches thérapeutiques et les réflexions possibles en matière de prévention des récurrences suicidaires.

PARTIE I-DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

1-Définitions et notions théoriques

1-1-Le suicide

Le terme suicide aurait été utilisé pour la première fois par l'abbé DESFONTAINES en 1737, en le définissant comme le « meurtre de soi-même » (sui =soi-même ; caedere = tuer).

Les définitions contemporaines du suicide apparaissent au milieu du XXème siècle. La définition du suicide devient plus large avec Gabriel DESHAIES qui en 1947 définit le suicide comme « l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente en prenant la mort comme moyen ou comme fin ». Il s'intéresse désormais au suicide mais également à la tentative de suicide.

Baechler (6) propose comme définition du suicide « tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet ».

Le suicide reste un évènement rare ; c'est en tout cas l'aboutissement de conduites suicidaires, beaucoup plus fréquentes, dont il constitue l'extrême achèvement.

1-2-Les tentatives de suicide

Le terme « tentative de suicide » est trop vague et souvent impropre du fait de la difficulté à objectiver un authentique désir de mort. On peut tout de même retenir la définition suivante pour la tentative de suicide : un acte non fatal par lequel un individu réalise un geste dans l'espoir de trouver la mort.

C'est donc une tentative de destruction de soi-même, un passage à l'acte auto agressif incomplet.

Même s'il existe ou non un réel désir de mort, conscient ou inconscient, il faut toujours prendre en compte cet acte comme un signe de souffrance. Les tentatives de suicide peuvent être un moyen de s'assurer voire s'aliéner de la présence et le dévouement sans faille de l'autre. (89)

Pour Mac Dougall, certaines tentatives de suicide peuvent être considérées comme des actes-symptômes qui feraient partie de l'artillerie défensive de tout individu pour lutter contre les angoisses narcissiques et psychotiques par la décharge pulsionnelle qu'on retrouve dans les conduites suicidaires. (112)

1-3-Conduites à risque et équivalents suicidaires

On définit la conduite de risque comme la recherche active et répétée du danger, impliquant pour un sujet la mise en jeu de sa propre vie. Une telle conduite diffère des actions dangereuses ou risquées accomplies quand les circonstances l'exigent, et qui témoignent du courage ou de l'héroïsme d'un individu, mais dont la recherche du risque n'est pas l'objectif principal. (2)

La conduite de risque, dans sa dimension pathologique, implique l'engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses, pour soi-même et éventuellement pour autrui, comportement non imposé par des conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour l'éprouvé de sensations fortes, du jeu avec le danger et souvent la mort. (1)

La notion d'équivalent suicidaire correspond à la mise en acte d'un comportement qui met en péril un sujet sans que celui-ci n'exprime son désir de mourir. Ainsi, on peut retenir dans la définition d'équivalents suicidaires la tentative de suicide du sujet surmené qui voulait dormir pour oublier les soucis quotidiens, la conduite suicidaire du toxicomane qui fait une overdose, l'alcoolisme chronique du sujet cirrhotique, l'accident de la route inexplicé...(94)

On s'aperçoit rapidement que sous le terme d'équivalent suicidaire sont en fait regroupés des comportements très différents et qu'il est même difficile de trouver ce qui les relie. Sauf peut-être qu'il est question de vie ou de mort.

Les équivalents suicidaires font intervenir la question du suicide et donc la notion de mort, toujours possible. La clinique nous montre la diversité d'expressions de ces équivalents suicidaires, où la répétition semble être un mécanisme psychopathologique central. (54)

Nous pouvons distinguer deux grands types de situations où l'on évoque un équivalent suicidaire : d'une part quand l'entourage repère un geste, un comportement qui est potentiellement dangereux pour le patient, dont la dimension morbide échappe au sujet soit par ignorance du danger encouru, soit par inconscience ou non conscience du risque mortel. D'autre part, la situation où le sujet se met en danger de mort par son comportement, soit par des tentatives de suicide à répétition, soit en s'automutilant, soit qu'il présente des conduites à risque. Mais dans ce cas, il est conscient du danger potentiel et souvent d'ailleurs il le revendique. Cependant, autant il frôle la mort régulièrement, autant il reste en vie, de sorte que son comportement suicidaire semble le préserver de la mort. (94)

1-4-Les répétitions suicidaires

Tout clinicien sait que les personnes ayant fait une première TS sont à risque de récurrence suicidaire, et plusieurs données viennent à l'appui de cette notion clinique.

Il est important de souligner les pièges de définition : on dénomme en effet « récidiviste » : soit des patients ayant déjà effectué dans leur vie une ou plusieurs TS (dans les enquêtes rétrospectives), soit des patients qui vont au cours du suivi refaire un geste suicidaire (dans les enquêtes prospectives).

Cette notion de récurrence pose donc plusieurs problèmes, à commencer par celui de sa définition à connotation symbolique péjorative ; en effet, le dictionnaire Larousse, définit le « récidiviste » comme toute « personne qui retombe dans la faute, le délit, le crime pour lequel elle a déjà été condamnée ».

Il est classique de distinguer les primosuicidants des récidivants ou répétants. Lorsque nous parlons de récurrence, plusieurs termes sont retrouvés dans la littérature : répétition suicidaire, tentatives de suicide multirécidivantes, tentatives de suicide à répétition.

Pour rendre compte du multirécidivisme, Racamier propose le terme de « suicidose », repérant sous ce concept une « organisation de caractère plus ou moins durable dont le symptôme type est constitué par la tentative et la menace de suicide à répétition ». Le suicide prend alors la valeur d'une arme : « il participe d'un combat et s'inscrit étroitement dans le rapport à autrui comme à soi-même ». Un événement apparemment banal ayant valeur de frustration affective ou de blessure narcissique peut déclencher la tentative de suicide. Un double fait est alors remarquable : l'absence de tout vécu proprement dépressif et de toute émergence ou construction fantasmatique. La suicidose apparaît ainsi comme un « système d'agissements puissamment défensif basé sur l'éviction des sentiments de deuil et, dans cette perspective, de toute dépendance affective structurante ». (142)

Certains travaux essaient également d'identifier les multirécidivistes comme étant un sous-groupe ou une sous-catégorie parmi les récidivistes avec ses propres caractéristiques psychopathologiques (59) (96) ; à contrario, d'autres auteurs comme Slama et al. (128) tentent de définir et d'unifier les conduites suicidaires comme une entité nosologique à part entière : le « trouble suicidaire », mettant en avant des arguments neurobiologiques.

Stricto sensu, et indépendamment de tout jugement moral, on devrait parler de récurrence à partir de la deuxième TS, et de multirécidiviste à partir de la troisième. Toutefois, plusieurs auteurs se basant sur des notions cliniques ont insisté sur les différences pouvant exister entre les sujets faisant des passages à l'acte plutôt rares et espacés, et ceux faisant ce qu'on appelle des « TS à répétition », expression qui suggère des gestes fréquents et/ou rapprochés.

Il est retrouvé dans la littérature un critère numérique qui permet de distinguer au sein même du groupe des récidivistes, les récidivistes « mineurs » des récidivistes « majeurs » ; il est désormais communément admis d'appeler « récidivistes mineurs » les sujets ayant fait plus d'une, mais moins de 5 tentatives de suicide, et les « récidivistes majeurs » ceux ayant fait 5 tentatives de suicide ou plus. (13)

Mais selon les auteurs, le nombre de TS après une première tentative pour parler de récurrence est variable, allant de un à deux, à trois, voire inexistant. (133) (26) (122) (55)

Plutôt qu'étudier l'ensemble des récidivistes d'une population donnée, certains travaux distinguent les récidivistes entre eux mettant en avant différents types ou profils de récidivants ; selon la temporalité, Smeeton et Wilkinson (149) distinguent ceux qui récidivent fréquemment, ceux qui font des TS répétées sur quelques mois, et ceux qui récidivent très rarement. Dans une étude rétrospective, Kreitman et Casey (84) ont séparé les primosuicidants des récidivistes mineurs (2 à 4 TS) et des récidivistes majeurs (au moins 5 TS). Pour Bancroft et Marsack (8), il est possible d'isoler trois types de récidivistes : les récidivistes chroniques habituels, les personnes qui récidivent plusieurs fois sur une courte période, et les récidivistes très occasionnels.

Enfin, Eudier et al. (56), à partir de critères cliniques décrits par Beck dans son échelle d'intentionnalité suicidaire (SIS), distinguent deux types de récurrences : la « répétition vraie » pour un geste suicidaire qui se fonde sur la même intention et qui a la même fonction que la tentative qui a précédé, et la « reproduction non identique » pour un geste suicidaire dont la fonction et l'intentionnalité sont différentes de la tentative précédente.

Donc, tant sur le plan rythmique que numérique, force est de constater que nous ne retrouvons pas de définition consensuelle dans la question de la récurrence suicidaire.

1-5-Concept de crise suicidaire

La notion de crise suicidaire met l'accent sur une conception psycho dynamique, et se définit comme un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant ou d'un ensemble d'êtres, conséquence d'une perturbation du système de régulation assurant leur continuité et leur intégrité. Le geste suicidaire s'inscrit alors dans le déroulement de la crise comme une tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie. Il s'impose à lui comme une nécessité devant l'impossibilité de contenir l'angoisse envahissante et destructurante par les mécanismes de défenses habituels. (55)

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide ; elle représente le cheminement intellectuel réalisé par un patient passant du sentiment d'être

en échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus envahissantes pouvant conduire au passage à l'acte. (101)

Le processus dynamique de cette crise comprend plusieurs étapes :

-une phase pré suicidaire, de durée variable selon les facteurs psychologiques et précipitants en cause, et les mécanismes d'adaptation de l'individu, de recours possible à des aides extérieures ;

-une phase de passage à l'acte, plus ou moins soudaine et apparente ;

-une phase post-suicidaire, résolutive et cathartique, ou, au contraire, pouvant être l'amorce d'une nouvelle crise. (107)

La crise suicidaire est délimitée dans le temps avec un début et une fin ; la durée est quant à elle très variable pouvant aller de quelques heures à plusieurs mois. Elle varie dans le temps en terme d'intensité avec des fluctuations, des mutations, et peut réapparaître après le passage à l'acte avec, comme principal danger, la récurrence (55), et parfois un phénomène d'escalade dans les moyens auto agressifs. (101)

2-Epidémiologie

2-1-Données sur le suicide

Les données sur le suicide sont faciles à obtenir, bien qu'il soit admis que le nombre de suicides déclarés chaque année est sous-estimé d'environ 20%.

L'Institut nationale de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) a enregistré en France 10464 décès par suicide en 2009, soit 1 décès sur 50. 7739 hommes (74%), et 2725 femmes (26%) ont été comptabilisés, soit un rapport des sexes hommes/femmes de 3.

En comparaison, ce nombre annuel de suicides est largement deux fois plus élevé que le nombre de victimes d'accidents de la route (4262 en cette même année 2009). Ce nombre décroît peu à peu mais reste très élevé par rapport aux autres pays européens.

Le suicide représente 2% de la mortalité générale et 8% du total des années perdues. Il représente depuis 25 ans, de façon stable, 2% de l'ensemble des décès, 1% chez les femmes et près de 3% chez les hommes.

Le suicide concerne essentiellement l'adulte jeune et l'homme de plus de 85 ans, avec comme classe la plus touchée celle des 35-54 ans. Les hommes se suicident trois fois plus

que les femmes, et cette surmortalité masculine demeure constante quelles que soient les tranches d'âge.

Le suicide croît lentement avec l'âge chez les femmes ; il est caractérisé par une courbe bimodale chez les hommes, avec une première augmentation entre 15 et 34 ans, suivie d'une relative stabilisation entre 35 et 54 ans, et une diminution modérée jusqu'à 64 ans, puis une augmentation importante dans les grande âges de la vie. Le taux de suicide est donc dix fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 34 ans.

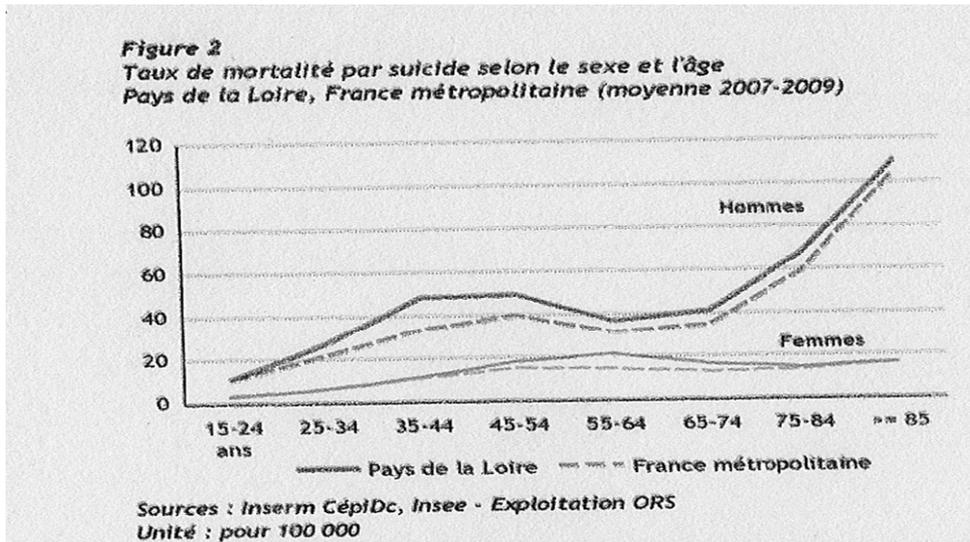
Les suicides sont donc en nombre absolu plus fréquents chez les personnes âgées, mais constituent l'une des principales causes de surmortalité relative chez les jeunes. Ils sont plus élevés chez les hommes seuls, veufs ou célibataires, et moins élevés chez les femmes mariées de moins de 65 ans.

Le suicide paraît augmenter globalement avec l'âge, bien que sa proportion par rapport à la mortalité par classe d'âge diminue.

On retrouve également des variations géographiques en France, avec 12 régions de France ayant un taux de suicide supérieur d'au moins 15% au taux national : ce sont principalement les régions du quart nord-ouest, du nord et du centre de la France. Quatre régions (Bretagne, Basse-Normandie, Limousin et Nord-Pas-De-Calais) ont un taux supérieur d'au moins 25% à la moyenne nationale.

A l'échelle régionale, dans les Pays de la Loire, le suicide a été à l'origine de 706 décès en 2009 ; les trois quarts de ces suicides concernent les hommes, et cette surmortalité masculine touche de façon plus ou moins marquée toutes les classes d'âge. Depuis le milieu des années 1980, le taux régional de mortalité par suicide diminue, chez les hommes comme chez les femmes, suivant ainsi la tendance nationale. Toutefois, comme en France, cette baisse ne concerne que les personnes les plus âgées et les plus jeunes, le taux de mortalité étant relativement stable pour les classes d'âge intermédiaire : 40% des suicides concernent des adultes d'âge moyen.

Cette évolution a permis de rapprocher la mortalité féminine par suicide des femmes des Pays de la Loire à la moyenne nationale, tout en lui restant supérieure de 19% sur la période 2007-2009. La situation régionale chez les hommes reste quant à elle nettement défavorable, avec une surmortalité masculine supérieure de 24% à la moyenne nationale. (Cf figure 2 ci-dessous) (113)



En France, concernant les méthodes utilisées, le mode de suicide le plus fréquent demeure la pendaison, employée dans 45% des suicides. Les autres méthodes sont les armes à feu dans 16% des cas, les intoxications dans 15% des cas, la noyade dans 8% des cas, et la précipitation dans 6% des cas. (9) (109). Quarante pour cent des suicides chez les hommes sont réalisés par pendaison et 30% par arme à feu ; chez les femmes, c'est l'intoxication qui prédomine et elles utilisent trois fois plus souvent la noyade et la précipitation dans le vide que les hommes. (23)

2-2-Epidémiologie des tentatives de suicide

Contrairement à ce qui existe pour le suicide, il n'y a pas de statistique officielle concernant les tentatives de suicide. Sont seulement disponibles les résultats d'études ponctuelles, le plus souvent réalisés à partir d'échantillons hospitaliers, et qui, par conséquent, sont difficilement généralisables ou extrapolables à la population générale.

En effet, ces enquêtes ne tiennent pas compte des tentatives de suicide sans hospitalisation, de l'ordre de 20 à 30 %, et des tentatives de suicide non déclarées, notamment chez les jeunes. Les suicidants hospitalisés, facilement comptabilisables, ne représentent donc que la partie visible de l'iceberg. Ce constat est facilement retrouvé en pratique quotidienne, plus particulièrement auprès des adolescents et jeunes adultes, chez lesquels est très souvent notée, lors d'une tentative de suicide donnant lieu à une hospitalisation ou à une prise en charge psychiatrique, la notion d'un geste suicidaire antérieur passé inaperçu et non déclaré à l'entourage proche.

Environ 200 000 gestes suicidaires sont pris en charge chaque année par le système de soins français; cette estimation du nombre de tentatives de suicide résulte de différentes sources statistiques utilisant des protocoles différents. La majorité transite par un service d'urgences où ils représentent 2% des admissions médico-chirurgicales. Les urgences peuvent être considérées comme un bon observatoire des gestes suicidaires pris en charge. (23)

Une enquête réalisée en population générale entre 1999 et 2003 par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) et la Drees (Enquête Santé mentale en population générale : images et réalités dite enquête SMPG) fournit une estimation des tentatives de suicide en population générale chez les personnes de 18 ans ou plus, et estime que 8% de la population française a déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie.

Les tentatives de suicide déclarées augmentent assez fortement, jusqu'à 22%, chez les personnes repérées comme ayant un trouble dépressif au moment de l'enquête ou récurrent au cours de leur vie.

La méthode autolytique de choix est l'intoxication médicamenteuse volontaire dans 90% des cas (benzodiazépines, antidépresseurs- principalement les IRS- et antalgiques avec le paracétamol), suivie de la phlébotomie (5%), des ingestions de drogues (1,9%) puis de la pendaison (1,7%).

La moitié des suicidants (49%) ont des antécédents de gestes suicidaires, 77% ont un médecin traitant, 44% ont un suivi psychiatrique, et 61% reçoivent un traitement psychotrope, occasionnel ou au long cours.(23)

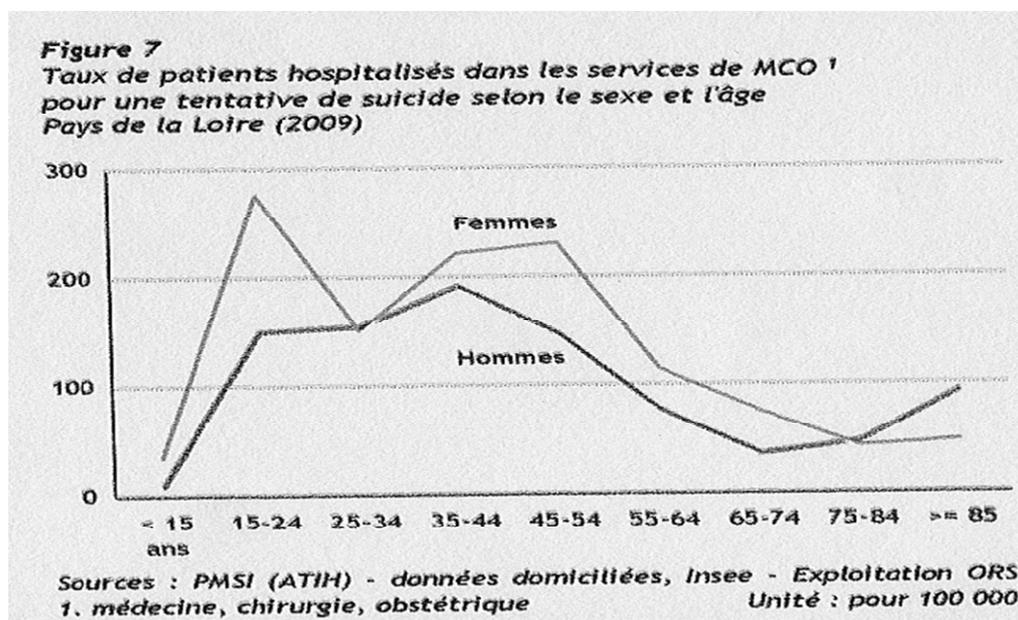
En considérant comme risque suicidaire élevé les personnes ayant fait une tentative au cours du mois écoulé ou qui ayant des antécédents de passage à l'acte ont pensé à se suicider au cours du mois écoulé, comme dans l'enquête SMPG, environ 2% de la population présenterait un risque suicidaire élevé (2% chez les femmes, 1,7% chez les hommes).

Selon l'enquête réalisée par la Drees auprès des services d'urgences en 2002, environ 162000 tentatives de suicide auraient motivé un passage aux urgences hospitalières, soit par accès direct, soit après contact avec un médecin. A l'issue de cette prise en charge aux urgences, la personne aurait été hospitalisée en soins de courte durée dans environ un cas sur deux, en psychiatrie dans un cas sur quatre, ou serait retournée chez elle dans un cas sur quatre également.

Au total, selon les données recueillies dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), 105000 séjours hospitaliers effectués dans un service de soins somatiques auraient été motivés, en 2002, par une tentative de suicide, soit un peu plus d'une tentative de suicide sur deux ayant donné lieu à un recours aux soins. Cette hospitalisation est généralement de très courte durée : elle est inférieure à quarante-huit heures dans sept cas sur dix. A la fin de cette hospitalisation, le suicidant rentre chez lui la plupart du temps (trois fois sur quatre).

En France, l'étude des hospitalisations retrouve une prédominance des séjours effectués par les femmes, sauf pour les plus âgées. Chez les femmes, les hospitalisations pour tentative de suicide sont très nombreuses dès l'adolescence et restent à un niveau élevé jusque vers 55ans. Les séjours masculins sont moins fréquents à l'adolescence puis ils augmentent rapidement jusque vers 45 ans. A partir de 55 ans, l'hospitalisation motivée par une tentative de suicide devient beaucoup plus rare pour les hommes comme pour les femmes.

A l'échelle régionale, dans les Pays de la Loire, les données montrent également une plus grande fréquence de ces gestes pour les femmes, notamment chez les adultes jeunes. En 2009, environ 10% des personnes dénombrées ont été hospitalisées à plusieurs reprises au cours de l'année pour tentative de suicide. Un peu plus de 15% des séjours hospitaliers se sont traduits par une prise en charge thérapeutique lourde impliquant de soins de réanimation, des soins intensifs ou une surveillance continue. (cf figure 7 ci-dessous) (113)



Les caractéristiques moyennes des personnes ayant fait une tentative de suicide diffèrent fortement de celles des personnes effectivement décédés par suicide. Ces dernières sont des hommes dans les trois quart des cas, avec des taux de suicide élevés chez les personnes âgés de 65ans ou plus. A l'inverse, les tentatives de suicide sont plus souvent le fait des femmes et des personnes jeunes. (109)

En résumé, le suicide et la tentative de suicide sont deux entités différentes qui ne répondent pas aux mêmes données épidémiologiques. Le suicide touche plus les hommes (décès 3 fois plus nombreux que ceux des femmes) alors que, 2 fois sur 3, les tentatives de suicide concernent les femmes.

2-3-Données sur les répétitions suicidaires

2-3-1-Fréquence des répétitions suicidaires

Tout d'abord, le risque de survenue d'un geste suicidaire (TS ou suicide) dans les 12 mois après une tentative de suicide est estimé être 100 fois supérieur à celui d'un individu n'ayant jamais fait de tentative. D'autre part, parmi les individus ayant fait une TS à un moment donné, le risque de mourir par suicide dans l'année qui suit est compris, selon les populations étudiées, entre 1% et 3,3%, et celui d'une récurrence autour de 10%. Enfin, nous retiendrons que le risque de récurrence augmente avec le nombre de TS antérieures, ce qui a pu faire dire qu'au-delà de 4 TS chez un même individu, « la récurrence est la règle ». (13)

Près de la moitié des personnes qui survivent à une tentative de suicide vont récidiver ; en effet, l'enquête internationale OMS/Europe estime que 45% des femmes et 42% des hommes ont antérieurement réalisé un geste suicidaire avant la tentative identifiée. Quinze pour cent des hommes et 16% des femmes ont récidivé au moins une fois, en général pendant la première année.

Le baromètre Santé 2000 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé permet d'évaluer les récurrences ; dans cette enquête, un tiers des personnes qui ont déclaré avoir fait une tentative au cours de leur vie en déclarent plusieurs : 22% des hommes et 35% des femmes font état d'au moins deux tentatives, 12% des hommes et 14% des femmes déclarent trois tentatives ou plus. (109)

Plus d'un suicidant sur deux admis aux urgences des hôpitaux généraux est déjà engagé dans un processus de répétition suicidaire. (83)

Il semble que le nombre de récurrences augmente à l'approche de la date d'anniversaire de l'acte index, peut-être cela est-il dû à la réminiscence des conditions qui avaient entraîné la première crise (date de disparition d'un proche...). (101)

La gravité antérieure du geste multiplie par 1,5 le risque de répétition, et l'existence de tentatives de suicide antérieures multiplie par trois le risque futur de geste autolytique. Ces deux facteurs associés à la répétition soulignent l'importance du suivi dans la prévention du suicide. (78)

2-3-2-Lien entre réitération suicidaire et décès ultérieur par suicide

Cinquante pour cent des personnes décédées par suicide ont des antécédents de gestes suicidaires. (23)

Les taux moyens de décès par suicide dans l'année suivant un geste suicidaire sont de 0,5 à 2%, et de 5 à 7% à 9 ans. (114)

Les récurrences suicidaires augmentent le risque de décès ultérieur par suicide ; dans une étude menée par Christiansen et al., 10% des personnes ayant fait une tentative de suicide mourraient par suicide dans les trois ans. (44)

Dans une étude de 11583 suicidants suivis sur une période moyenne de 11 ans, 39% réitérent leur geste, et le risque de décès ultérieur par suicide est deux fois plus important pour les suicidants, plus particulièrement pour les femmes multisuicidantes. Dans cette étude, le risque de suicide est de 0,7% à un an, de 1,7% à 5 ans, de 2,4% à 10 ans, et de 3% à 5 ans.

La réitération suicidaire est entachée d'un réel risque de décès ultérieur ; bien que le risque de suicide soit supérieur chez les hommes à tous les âges de la vie, le groupe particulier des jeunes femmes de moins de 24 ans multisuicidantes apparaît à haut risque (x7) par rapport au groupe des primosuicidantes du même âge.

Les sujets hospitalisés en psychiatrie au décours de tentatives de suicide graves constituent un sous-groupe spécifique à gravité psychopathologique plus marquée. Le taux de réitération est similaire à celui décrit dans la littérature, voire un peu moindre, de l'ordre de 12% à un an, mais pour un taux de suicide quasiment trois fois plus important, estimé à 3,2%. Les risques sont plus élevés dans les pathologies thymiques pour les femmes, dans les troubles psychotiques pour les hommes, et la période suivant la sortie de l'hôpital est un moment à très haut risque suicidaire.

Le risque de suicide, supérieur dans les 6 mois suivant le geste, voire même dans le mois qui suit la tentative reste important dans les dix années suivantes, les deux tiers des suicides se produisant dans les 15 ans après le geste index. Ce risque perdure sur la vie entière, estimé à 13% à 37 ans, voire même de 16 à 19% si l'on considère la part des décès de cause inexpliquée imputable aux suicides.

Les récurrences exposent les patients à un risque accru de décès, toutes causes confondues. (3) (44)

Le risque de suicide est donc selon les auteurs multiplié par 30 à 100 chez les suicidants par rapport à la population générale, et par 66 dans l'année qui suit le geste. (23)

2-4-Précocité des récurrences suicidaires

De nombreux auteurs ont noté le bref délai entre les différentes tentatives de suicide chez les récidivistes ; Choquet (42) dans une étude épidémiologique note que pour 56% des récidivistes, le délai entre les tentatives n'excède pas un an.

Les récurrences suicidaires sont très souvent précoces : 75% des récurrences se déroulent dans l'année suivant un geste index. (23)

Environ 15% des suicidants récidivent dans l'année. (8) (81) (114)

Des données plus récentes (2009) ramènent un taux de répétition de 30% à un an. (75)

Ces chiffres sont des estimations moyennes soumises à d'importantes variations en fonction des études et des tranches d'âge considérées, puisque dans l'enquête OMS/Europe, Kerkhof (83) considère que 54% des suicidants sont dans un processus de répétition, que 30% répètent au moins un geste dans l'année, et que 17% en répètent deux ou plus. Toujours dans le cadre de cette enquête, 24% des jeunes suicidants de 15 à 19 ans qui avaient déjà réalisés antérieurement un geste suicidaire ont réitéré dans l'année, alors que 6,8% des primosuicidants ont répété leur geste.

Le trimestre suivant la tentative de suicide est la période où le risque est de récurrence est le plus important. La première récurrence survient en moyenne dans les trois premiers mois après la première tentative. (115) (81) (8) (26)

En reprenant les résultats de 90 études internationales, Owen et al. estiment à 15% le taux de répétition à un an et à 23% à 4 ans. Dans une étude de suivi de 4167 suicidants, 24,5% des sujets commettent un nouveau geste suicidaire sur une période de sept ans, les antécédents de gestes suicidaires étant le facteur le mieux corrélé à la répétition, qu'elle soit fréquente ou non, essentiellement chez les femmes réitérantes. (114)

Eudier et al. (56), dans une étude menée à Rennes, ont suivi sur 6 mois une population de 632 suicidants (50% de primosuicidants et 50% ayant déjà effectué au moins un acte suicidaire) ; l'étude retrouve une fréquence globale de 11,3% de récurrences au moins une fois pendant les 6 mois de suivi. Dans les deux sexes, la majorité des récurrences survient après le premier mois. La fréquence d'apparition d'une récurrence précoce est indépendante du sex-ratio (les femmes ne récidivent pas plus que les hommes), de la situation maritale et professionnelle (le célibat ou le chômage n'exposent pas particulièrement à la récurrence précoce), de la solitude de vie, de l'alcoolisme, de la gravité somatique de la tentative de suicide index (réanimation ou non), du diagnostic psychiatrique posé lors de la tentative de suicide index ou de l'orientation proposée. Par contre, deux variables modifient cette fréquence : les antécédents suicidaires d'une part, et l'âge du sujet d'autre part (56). En effet, dans 77% des cas, le récidiviste précoce présente dans ses antécédents au moins une

tentative de suicide ; le pourcentage de récurrences précoces se multiplie par 5 lorsqu'on passe des primosuicidants aux patients ayant au moins 4 tentatives de suicide dans leurs antécédents au moment de la tentative de suicide index. Les auteurs retrouvent également un lien entre antécédent suicidaire et fréquence de récurrences particulièrement marqué pour les femmes avec 3,2% de récurrences précoces chez les primosuicidants, et 38% de récurrences si les antécédents sont supérieurs ou égaux à 4 tentatives de suicide, soit un risque multiplié par 10 de récurrence précoce.

Les disparités entre les études peuvent en partie s'expliquer par les définitions retenues pour les comportements suicidaires ainsi que par le bassin de recrutement ; par exemple, les antécédents suicidaires et les risques de répétition sont supérieurs chez les personnes réalisant des phlébotomies, 33% à un an. Par ailleurs, leurs prises en charge sont moins codifiées et les hospitalisations beaucoup plus rares. (92)

Certains auteurs (29) (81) se sont intéressés aux facteurs prédictifs de récurrence suicidaire précoce à un an , et retrouvent comme facteurs : âge compris entre 24 et 54 ans, isolement social et affectif, chômage, faible niveau social, sexe féminin, antécédents de tentatives de suicide, automutilations et scarifications, idées suicidaires, comportement suicidaire dans l'entourage, dépression, désespoir, trouble de la personnalité, abus d'alcool ou de toxiques, prise en charge psychiatrique antérieure, traitement psychotrope en cours, troubles cérébraux, plaintes somatiques chroniques. D'autres auteurs comme Colman (46), identifient deux autres facteurs prédictifs, à savoir des antécédents de schizophrénie, et une santé physique précaire.

Cedereke et al. retrouvent deux facteurs plus prédictifs et plus importants que les autres facteurs pour une récurrence à un an : la récurrence précoce à un mois, et un fonctionnement global bas à un mois de la première tentative de suicide. (30) Ainsi, le mois suivant le geste suicidaire serait une période « critique » et décisive.

Ainsi, la récurrence devient un risque à prendre en considération lors de la prise en charge de chaque suicidant ; le délai relativement court entre deux tentatives de suicide oblige à se demander s'il s'agit d'une prise en charge thérapeutique insuffisante après le premier geste, d'autant plus que nous savons qu'après leur passage à l'acte, certains suicidants n'ont pas accès au système de soins. Cela pose le problème d'une meilleure approche et évaluation des suicidants après leur premier geste dans le but d'éviter certaines récurrences. (26)

2-5-Réflexions et discussions à propos d'études épidémiologiques des récives suicidaires.

Comme nous avons pu le constater, les études épidémiologiques fournissent un certain nombre de données sur la fréquence des récives, leur délai de survenue et dégagent par la suite des « facteurs de risque » ; mais y-a-t-il vraiment quelque chose de commun entre tous ces récivistes ? Considérant le phénomène des récives suicidaires dans son ensemble, l'optique épidémiologique ne risque-t-elle pas d'effacer les différences individuelles qui sont peut-être plus fondamentales pour l'analyse du phénomène ? (58)

Concernant le délai des récives, l'appréciation de ce critère peut se faire soit de façon rétrospective, soit c'est de façon prospective que l'on va noter l'apparition d'une récive ; ici, c'est fondamental de connaître la durée du suivi, car plus le suivi est court, plus les récives vont être considérées comme survenant précocement.

Un autre problème est celui de la présentation des résultats dont chacun sait qu'elle peut changer beaucoup de choses.

Si la réalité clinique des tentatives de suicide et des récives suicidaires est incontestable, la réalité épidémiologique reste en partie insaisissable ; c'est donc peut-être à cause des difficultés épidémiologiques que la plupart des études menées portent sur des populations bien spécifiques : populations spécifiques en âge, avec le plus souvent des études sur une population d'adolescents ; en effet, cette population est particulièrement touchée par les tentatives de suicide, et la récive. (48) (55) (88) (119) (131)

On retrouve également des études regroupant des populations spécifiques en pathologie, comme les troubles bipolaires majoritairement (102), et les psychoses (148). Mais le plus souvent il est retrouvé dans la littérature des études comparatives entre primosuicidants et récivants, ce qui pose toutefois la question de la pertinence de cette comparaison, sachant que tout récivant a été un jour, à un moment donné primo-suicidant...

Y-a-t-il vraiment quelque chose qui relie les récivistes suicidants entre eux, ou l'épidémiologie et les « facteurs de risque », ne sont-ils pas en train de nous forger une certaine représentation (fausse) de ces patients dans laquelle nous tentons de les faire entrer ?

La récive suicidaire est-elle un indicateur suffisant après une tentative de suicide ? Comme l'a souligné Granboulan (68), dans un article sur le suivi de plus de 10 ans d'adolescents suicidants : « la récive ne semble pas être un indicateur suffisant, puisque seulement 31% des patients ont récivé alors que 71% des cas montrent à l'évidence la persistance de difficultés d'adaptation psycho-sociales ». D'où l'intérêt de créer de nouveaux « outils » pour les suivis de suicidants.

2-6-Récidive et pronostic

Le rapport entre la multi-récidive et le pronostic est au cœur du problème, et pourtant un secteur peu étudié, car difficilement appréhendable.

Il semble que les récidives elles-mêmes orientent vers un facteur pronostic péjoratif, car de multiples récidives suicidaires banalisent le geste, et les causes déclenchantes deviennent de plus en plus tenues. Aussi, comme dans le « suicide-chantage », les tentatives sont en général de plus en plus graves, afin d'être de plus en plus convaincantes. (120)

Les facteurs sociaux et familiaux venant à favoriser les multi-récidives sont en majorité identiques à ceux connus comme facteurs « suicidogènes ».

Des auteurs se sont interrogés sur le devenir des patients multi-récidivants, et sur les facteurs influençant le pronostic. Ainsi, ils ont constaté que l'intensification de la prise en charge améliore sensiblement la situation sociale, mais ne modifie pas le pourcentage de récidives suicidaires dans les 6 mois à venir. (43)

Nous retiendrons que globalement, le pronostic des récidives est plus mauvais, tant au plan somatique que psychique. Le pronostic vital est plus grave chez les récidivistes : après 5 ans, 4% se sont suicidés, contre 1% des suicidants primaires.

Pour Davidson et Philippe, les conséquences somatiques de l'acte suicidaire sont plus graves en cas de récidives, ceci dans les deux sexes : 4 récidivants sur 10 utilisent plusieurs produits à la fois et les tentatives traumatiques sont deux fois plus fréquentes. (53)

Pour Jeammet, les récidives sont un élément de pronostic psychologique défavorable, car elles peuvent jouer le rôle d'un organisateur de la personnalité, rendant la mobilisation psychique plus difficile. (79)

En conclusion, pour que « le comportement suicidaire cesse et pour que le pronostic lointain soit favorable, tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité, il faut que quelque chose réellement change, au dehors et au-dedans ». (87)

2-7-Facteurs prédictifs de la récurrence suicidaire

2-7-1-Pouvoir prédictif des médecins ?

La question de la prédiction de la récurrence reste problématique face à un comportement humain multi déterminé et redouté. Prédire de façon certaine ou quasi certaine le risque d'un passage à l'acte suicidaire, ou, au décours d'une tentative de suicide, prédire le risque d'une réitération correspond à une demande fréquente, tant de la part de l'entourage en souffrance que de la part des médecins impliqués dans des programmes de prévention du suicide. (48)

Après avoir identifié les soins reçus dans les semaines précédant le décès par suicide de 10069 patients connus des services de psychiatrie et ayant été en contact avec les services de soins en santé mentale dans la semaine, voire les 24 heures, précédant le décès, Appleby montre que le pouvoir prédictif demeure faible ; en effet, le risque suicidaire immédiat était considéré comme absent dans 30% des cas, bas dans 54% des cas, modéré, dans 13% des cas, et élevé dans seulement 2% des cas (5). De tels résultats montrent tout l'intérêt que pourrait apporter la technique des autopsies psychologiques à ces types de suicide.

Nous pouvons donc dire que, quelle que soit sa spécialité et sa compétence, le pouvoir prédictif du médecin demeure limité.

Ce faible pouvoir prédictif est retrouvé chez les jeunes suicidants évalués dans des centres hospitaliers français dans le cadre d'une enquête nationale menée par l'INSERM (42) ; ces auteurs ont cherché à mettre en évidence des facteurs prédictifs chez les jeunes, population où la récurrence précoce est très importante (21% de récurrence à un an). Dans cette enquête, aucun facteur sociodémographique ou familial repéré par le médecin n'est prédictif de la récurrence, même si la récurrence est plus fréquente en cas de problèmes familiaux (24% versus 14%) ; il note cependant l'importance de la qualité des relations intrafamiliales. Parmi les facteurs psychopathologiques personnels, seulement quatre sont prédictifs de la réitération suicidaire : les plaintes somatiques fréquentes, la dépression lors de la tentative de suicide index (24% versus 0%), la consommation de psychotropes (30% versus 12%), et les troubles avérés installés, récurrents qui seraient de bons indicateurs de récurrence. A l'inverse, contre toute attente, ne sont pas prédictifs de la réitération suicidaire : la dépressivité, les troubles du sommeil, les troubles du comportement (fugue, vols, poly consommation, impulsivité), et le cumul de ces facteurs.

Dans cette même enquête, le médecin hospitalier considérait dans 93% des cas que le pronostic du jeune suicidant était plutôt favorable, alors que 18% de ceux considérés comme ayant un bon pronostic au décours du geste, 17% de ceux ayant un pronostic moyen et 30% de ceux pour lesquels les médecins ne se prononçaient pas réitéraient leur geste à trois mois.

Dans une étude prospective multicentrique menée à Oslo, Heyerdahl met en évidence des facteurs prédictifs de récurrence à un an : l'âge moyen de 30 à 49 ans, l'intoxication médicamenteuse volontaire par opiacés ou sédatifs, l'existence d'un antécédent de tentatives de suicide, des antécédents de traitements psychotropes, et l'inactivité professionnelle; l'intentionnalité suicidaire n'est pas retrouvée comme étant un facteur prédictif. (75)

Ces facteurs pronostiques, somme toute décevants, ont conduits les cliniciens à rechercher des facteurs de risque de la réitération suicidaire et du décès par suicide.

2-7-2-Echelles de prédiction du suicide

Les échelles de prédiction du risque suicidaire sont nombreuses, mais leurs résultats en termes de prédiction restent décevants, aucune n'ayant fait la preuve d'une meilleure efficacité.

Les facteurs limitant la prédiction du suicide sont en partie liés à la complexité de la recherche en suicidologie. Tout en considérant que le nombre de décès par suicide chaque année est élevé, le suicide demeure un phénomène rare sur le plan statistique, y compris dans le sous-groupe à risque constitué par les suicidants. Par ailleurs, les études de prédiction du suicide tiennent le plus souvent compte d'un modèle additif, à savoir une sommation des différents facteurs de risque, au détriment des interactions que peuvent avoir ces différents facteurs ensemble. Or, à côté des facteurs de risque existent des facteurs de protection, ces différents facteurs pouvant se modifier dans le temps, l'impact de chacun d'eux dépendant de la présence ou de l'absence de l'autre. De même, la mise en route d'un traitement chimiothérapeutique ou psychothérapeutique est importante à considérer, car il permet par l'amélioration qui lui est rapportée, une conscience différente des problèmes et du monde extérieur. (23)

C'est dans l'espoir de déterminer au plus juste le risque suicidaire ultérieur que se sont développées depuis des années des échelles de risque suicidaire plus ou moins complexes, plus ou moins validées, plus ou moins reconnues et plus ou moins utilisées. Ces échelles peuvent mettre en évidence des facteurs de risque épidémiologiques ayant une validité statistique groupale, mais ne peuvent en aucun cas s'appliquer strictement à un niveau individuel. Elles ont comme principale limite le fait que, malgré des sensibilités et des spécificités souvent correctes, leur valeur prédictive positive, c'est-à-dire leur capacité à prédire un décès par suicide si celui-ci se produit, demeure extrêmement faible. En d'autres termes, ces échelles prédisent un très grand nombre de suicides qui ne se produisent pas. Néanmoins, un certain nombre d'entre elles, notamment les échelles de Beck (dépression,

idéation, désespoir, intentionnalité), peuvent être d'un usage courant et sont même recommandées pour préciser les circonstances du geste ou la persistance des idées suicidaires, ou mieux cerner le sentiment de désespoir qui, dans la dynamique suicidaire, est largement aussi important, notamment chez les sujets à personnalité borderline, que le diagnostic psychiatrique.(23)

3-Approche clinique

3-1-Caractéristiques cliniques du geste suicidaire chez les multisuicidants

3-1-1-Particularités de la première tentative de suicide

Quelques auteurs se sont intéressés à l'étude des passages à l'acte successifs des suicidants réitérants et ont essayé de dégager des caractéristiques communes du premier passage à l'acte, en particulier en termes d'intentionnalité ou de gravité du premier geste, qui permettraient de prédire un risque de réitération. Pour certains, il existe un lien entre gravité initiale et risque de réitération (65) (103). A l'inverse, Brent dans son étude ne mettait pas en évidence un tel lien entre intentionnalité ou gravité de la tentative de suicide initiale et risque de réitération (16). Sakinofsky, quant à lui, retrouvait un lien contraire, les réitérants réalisant un geste à potentiel moins léthal. (126)

Nous voyons donc que les données diffèrent voire s'opposent en fonction des études. Il en ressort qu'il ne semble pas exister de lien évident entre intentionnalité ou gravité de la tentative de suicide initiale et risque de réitération. Ce constat est encore plus vrai chez l'adolescent, où la gravité du geste suicidaire n'est pas forcément liée à l'intentionnalité initiale. Il convient de rester attentif à tout geste suicidaire, quelle que soit sa gravité sur le plan somatique, qui ne préjuge en rien de sa gravité sur le plan psychologique ou de son risque éventuel de réitération. (48)

L'effet cathartique de la première tentative de suicide a été évoqué comme facteur influençant les futurs recours à cette manière particulière de gérer certains conflits internes ou externes. Mais les rares données sur ce sujet sont contradictoires : certains évoquent le caractère résolutif du premier geste comme facteur favorisant la répétition ; d'autres plaident au contraire que la récurrence survient si la tentative de suicide n'a pas apporté la réponse aux difficultés traversées. Il n'est pas impossible que ces deux hypothèses soient justes, avec des temporalités de récurrence différentes : à moyen et long terme dans le premier cas, et à court terme dans le second. (13)

3-1-2-Caractéristiques cliniques des tentatives de suicide chez les récidivistes

A partir de plusieurs études, certaines caractéristiques en terme de suicidalité sont mises en évidence chez les récidivistes, avec toutefois des divergences selon les auteurs. Les principales spécificités retrouvées sont synthétisées sous forme de tableau (cf tableau 1p.35)

Tableau 1- Caractéristiques cliniques des TS chez les récidivistes

Auteur et année	Type d'étude	Echantillon	Age	Durée de l'étude	Définition des récidivistes	Caractéristiques cliniques des TS chez les récidivistes
Mechri et al. 2005	Etude transversale hospitalière R versus P	N=90 NR=38 NP=52	Adulte	6 mois	Au moins 1 TS	-Plus de 3 TS dans 13,2% des cas -Délai < 6 mois entre les 2 dernières TS dans 39,5% des cas -Délai <12 mois dans la moitié des cas -Même moyen utilisé pour 42,1 % des récidivistes -Pas de différence significative sur le lieu, le moyen, la communication de l'intention et le motif évoqué.
Forman et al. 2004	Etude transversale hospitalière R versus P	N=153 NR=114 NP=39	Adulte de 18 à 65 ans		Au moins 2 TS	-Plus d'idéation suicidaire -Moins de regret du geste -Fatalité du geste -Pas de différence significative pour l'intention suicidaire et la létalité
Rudd et al. 1996		N=332 NR=68 NP=128 NI=134	Jeunes adultes (militaires)			-Plus d'idéation suicidaire
Sakinofski et al. 1990	Etude Prospective					-Geste à potentiel moins léthal chez les réitérants
Reynolds et al. 1986		N=463 NR=99 NP=364			Au moins 3 TS	-Plus de létalité -Moins d'impulsivité -Intentionnalité corrélée au désespoir
Michaelis et al. 2003	Etude rétrospective R versus P, diagnostic de troubles bipolaires	N=52 NR=33 NS=19	Adultes de 21 à 74 ans, bipolaires		Au moins 2 TS	-Intentionnalité moins sévère -Plus d'états mixtes à la première TS

Abréviations utilisées :

R : récidivistes ; P : primosuicidants ; N : nombre total de suicidants ; NR : nombre de suicidants récidivistes ; NP : nombre de primosuicidants ; NI : nombre de patients présentant des idées suicidaires ; NS : nombre de patients ayant fait une seule tentative de suicide.

3-2-Etude des facteurs de risque de récurrence suicidaire

Peu d'études se sont intéressées particulièrement aux facteurs de risque associés spécifiquement au risque de récurrence de tentative de suicide, et pouvant fournir des indications au praticien sur le profil clinique des récidivistes.

Bien qu'il soit actuellement admis que la plus grande prévalence des gestes suicidaires est largement en rapport avec l'augmentation du nombre de répétitions et que le risque ultérieur de décès par suicide soit trois fois supérieur chez les répétiteurs par rapport aux primo-suicidants, peu d'études portent spécifiquement sur les caractéristiques personnelles, sociales, et familiales des suicidants répétiteurs. (48)

3-2-1-Facteurs personnels

3-2-1-1-Antécédents de tentatives de suicide (cf tableau 2 p. 38)

Le meilleur facteur prédictif d'une tentative de suicide future demeure, pour la majorité des auteurs, l'existence d'un antécédent de tentative de suicide.

Les antécédents de tentatives de suicide constituent un facteur de risque de récurrence tout à fait à part, puisqu'il en est la condition primaire. Au-delà de ce truisme, il faut savoir que le nombre total de tentatives de suicide antérieures augmente le risque de récurrence de façon exponentielle; de fait, le taux de récurrence est toujours plus élevé chez les individus ayant déjà un ou plusieurs antécédents du même type. Le nombre de tentatives de suicide antérieures apparaît ainsi de loin comme le premier facteur prédictif indépendant de récurrence suicidaire.

Eudier a montré que la fréquence d'une répétition précoce, dans les 6 mois, était directement proportionnelle au nombre de tentatives de suicides précédentes dans la vie du patient.

Par ailleurs, le risque de répétition serait d'autant plus élevé que la première tentative de suicide a été réalisée précocement dans la vie. (126)

Plusieurs auteurs retrouvent dans des études comparatives plus d'antécédents personnels de tentatives de suicide dans le groupe des multisuicidants versus primo-suicidants. (42) (46)

Notons enfin que si le risque de tentative de suicide est plus important chez les individus ayant déjà des antécédents, il est d'autant plus grand lorsque la dernière tentative de suicide est récente. En effet, le taux de récurrence est plus grand au cours des quelques années qui suivent une tentative, et plus particulièrement encore au cours des 12 premiers mois.

Tableau 2- Facteurs de risque de réitération suicidaire : antécédents de TS

Auteur Année	Type d'étude	Echantillon	Age	Durée	Résultats
Sakinofski et al. 1990	Etude Prospective				-Risque de récurrence plus élevé si la 1 ^{ère} TS est réalisée précocement dans la vie
Choquet et al. 2004	Etude Prospective Hospitalière R versus P	N=158	12-24 ans	1 an	-Plus d'antécédents de TS chez les multisuicidants (R= 28%, P=18%)
Colman et al. 2004	Etude Prospective Hospitalière R versus P	N=369	Adultes	2 ans	-Plus d'antécédents de TS (OR=3,76)

Abréviations utilisées :

R : récidivistes ; P : primosuicidants ; N : nombre total de suicidant

3-2-1-2-Antécédents traumatiques (cf tableau 3 p.40)

Les antécédents traumatiques sont plus nombreux chez les multisuicidants.

L'importance des antécédents traumatiques tels que les traumatismes sexuels, la violence physique ou psychique, mais aussi les séparations en particulier liées à des décès, et aux problématiques d'abandon, sont fréquemment retrouvés chez les adolescents réitérants, et souvent associées à d'autres troubles psychiques. (48)

Le milieu familial des multisuicidants est fréquemment caractérisé par des familles dissociées ou éclatées. Les antécédents personnels de placements précoces et durables de l'enfance, témoins d'une grande violence intrafamiliale, sont significativement plus élevés, estimés à 17,5% chez les multisuicidants, et 6% chez les primosuicidants (38) et s'avèrent être un authentique facteur de risque d'un nouveau geste suicidaire. (37)

Pour Vajda et al., les antécédents d'abus sexuels ou de violences sont également considérés comme un facteur majeur dans les récidives suicidaires. (140)

Cependant, nous retrouvons certains désaccords selon les auteurs ; ainsi, Mechri et al. ne notent pas de différence significative pour les antécédents d'abus sexuels et de perte parentale précoce entre primosuicidants et multisuicidants. (99)

Forman et al. (59) soulignent l'importance chez les sujets réitérants de la maltraitance psychologique pendant l'enfance. L'étude retrouve 66% de négligence émotionnelle chez les multisuicidants versus 37% chez les primosuicidants, et 36% d'abus sexuels chez les multisuicidants versus 22% chez les primosuicidants.

Ces données sont vraisemblablement sous-estimées ; en effet, dans une enquête nationale menée auprès de jeunes suicidants hospitalisés, les médecins repèrent des antécédents de violences physiques chez 17% des jeunes dans les deux sexes ; ces données contrastent avec les données recueillies chez les jeunes directement, puisque 44% des suicidants (filles et garçons) déclarent avoir déjà été victimes d'une agression physique. De même, les antécédents d'abus sexuels sont repérés chez 14% des jeunes et auto déclarés dans 35% des cas (28% des filles et 7% des garçons). Cet écart important entre déclaration du jeune et observation du médecin reflète la probable sous-évaluation actuelle des chiffres de maltraitance physique ou sexuelle. (42)

Reste à déterminer par quelle voie le traumatisme précoce de l'enfance va engendrer de telles conduites, par la dévalorisation, la honte, la culpabilité, l'intrusion dans le corps, l'atteinte de l'image de soi, le sentiment d'abandon, ou par une subtile combinaison de ces différents éléments. Ces expériences traumatiques sont le plus souvent précoces et en relation avec des dysfonctionnements familiaux graves, parfois transgénérationnels, d'où l'importance, dans la prévention des réitérations suicidaires et du suicide, d'y être attentif à chaque étape et à chaque niveau de prise en charge. (23)

Tableau 3- Facteurs de risque de réitération suicidaire : antécédents traumatiques

Auteur et Année	Type d'étude	Echantillon	Age	Durée	Résultats
Chastang et al. 1998	Etude Prospective Hospitalière R versus P	N=541	Adolescents de + de 15 ans et adultes	6 mois	-Plus d'antécédents de placements précoces et durables dans l'enfance
Vajda et al. 2000	Etude prospective hospitalière R versus non R dans l'année	N=112	Adolescents de 15 à 20 ans	3 ans	-Plus d'antécédents d'abus sexuels ou de violence
Courregelongue 2003	Etude Rétrospective Hospitalière R vs P	N=203	Adolescents de 11 à 19 ans		-Plus d'antécédents de maltraitance (violences physiques, violences sexuelles, expériences de négligences graves)
Choquet et al. 2004	Etude Prospective Hospitalière R vs P	N=158	12-24 ans	1 an	-Plus d'antécédents de maltraitance
Forman et al. 2004	Etude transversale Hospitalière R vs P	N=153 NR=114 NP=39	Adulte de 18 à 65 ans		-Plus d'antécédents traumatiques de maltraitance physique, de négligence émotionnelle et d'abus sexuels
Mechri et al. 2005	Etude transversale Hospitalière R vs P	N=90 NR=38 NP=52	Adulte	6 mois	-Pas de différence significative pour les antécédents d'abus sexuels, et de perte parentale précoce

Abréviations utilisées :

R : récidivistes ; P : primosuicidants ; N : nombre total de suicidants ; NR : nombre de suicidants récidivistes ; NP : nombre de primosuicidants

3-2-1-3-Antécédents de trouble mental (cf tableau 4 p. 44-45)

Un trouble mental est plus fréquemment retrouvé chez les suicidants réitérants que chez les primosuicidants (23). Il existe une surreprésentation importante des troubles psychopathologiques, toutes catégories nosographiques confondues, à l'exception des « troubles de l'adaptation », c'est-à-dire les troubles réactionnels ou situationnels qui, à l'opposé, sont moins fréquents chez les réitérants que chez les primosuicidants. (66) (18)

Reynolds et al. notent dans une étude une plus grande chronicité de la symptomatologie psychiatrique chez les sujets réitérants, avec plus d'antécédents de difficultés à faire face (coping), et pus d'antécédents d'abus de toxiques et/ou d'alcool. (122)

Les situations de crise « psychosociale » sont moins fréquentes (5% versus 49% pour Cremniter) (49). En revanche, les troubles psychiques chroniques sont plus fréquemment retrouvés, notamment les troubles psychotiques (schizophrénie), les conduites addictives, et les troubles de personnalité (borderline).

Rudd et al. (123) retrouvent dans les antécédents personnels des sujets récidivants plus de troubles psychiatriques de l'axe I, et un début plus précoce du trouble. Cet auteur met également en évidence dans une autre étude en 2004 (124) la fréquence des troubles anxieux dans l'enfance, de la dépression qui prédisposerait à la récurrence suicidaire, et la fréquence des troubles de personnalité pathologique chez les sujets réitérants.

Pour Colman et al. , les facteurs de risque de réitération suicidaire sont les antécédents de dépression, les antécédents de schizophrénie, et un mauvais état de santé physique. (46)

Mechri et al. dans une étude comparative des caractéristiques des primosuicidants et des suicidants à répétition, dégagent certaines caractéristiques des suicidants à répétition et retrouvent chez les multisuicidants des symptômes dépressifs plus marqués avec des scores élevés (>14) à l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS), et une intensité élevée des facteurs de stress vécus au cours du dernier semestre. Ils ne notent pas de différence significative pour les antécédents somatiques, ni pour les toxiques ou l'alcool (99). Enfin, ils retrouvent également dans leur étude la prédominance des troubles dépressifs et psychotiques, ce qui rejoint les données de la littérature concernant la surreprésentation, en cas de récurrence suicidaire, des troubles psychiatriques de toutes catégories nosographiques, à l'exception des troubles réactionnels et situationnels. (53)

Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que deux pathologies psychiatriques ne pèsent pas du tout d'un même poids comme facteur de risque de récurrence ; le diagnostic de schizophrénie, s'il est associé à un fort risque de suicide, est associé à un faible risque de

récidive, et la dépression qui par contre multiplie par 30 le risque de récurrence, mais qui ne semble pas avoir d'influence spécifique sur la répétition des tentatives. (15) (72) (123) (140)

Parmi les maladies mentales surreprésentées dans les cas de récurrences suicidaires, nous retrouvons majoritairement les troubles de l'humeur (70% versus 40% chez les primosuicidants) (66). Autant le lien Dépression-Tentative de suicide est aujourd'hui reconnu par tous (42), autant les données de la littérature concernant le lien Dépression-Répétition suicidaire sont moins concordantes.

La dépression reste un problème posé par les suicidants récidivistes, avec des désaccords de certains auteurs ; en effet, alors que certains ne retrouvent pas plus d'états dépressifs, d'autres auteurs, comme Choquet et al. (42) et Forman et al. (59) soulignent l'existence d'une authentique dimension dépressive à prendre en compte chez les récidivistes, avec des scores élevés de dépression, de désespoir, d'addiction et de mauvaise estime de soi. L'hétérogénéité des signes de souffrance psychique ne s'expliquent pas uniquement par l'existence d'un trouble limite de personnalité. (23)

Dans une enquête française menée auprès de 700 jeunes suicidants hospitalisés, Choquet et al. soulignent qu'un niveau de dépression plus élevé, des comportements addictifs et des fugues répétées sont d'authentiques signaux de danger de répétition suicidaire, indépendamment la situation sociale ou familiale. Les adolescents multisuicidants souffrent dans près de trois quart des cas de troubles psychiques plus lourds et plus fréquents que les primosuicidants (39%) ou les jeunes suicidaires (41%). Ces troubles, d'ordre thymique et anxieux, perdurent à 5 ans et favorisent les répétitions, d'autant qu'existe une comorbidité avec des abus de substance et des troubles du comportement (104). Les idéations suicidaires sont alors plus intenses pendant le passage à l'acte, ce qui confère à ces jeunes un profil particulier à haut risque. (121)

Nous retiendrons donc que les pathologies dépressives, fréquentes chez les suicidants récidivistes, restent problématiques car souvent sous-évaluées, méconnues, non diagnostiquées, non ou mal traitées, tout en sachant que la précocité de la prise en charge est un gage positif pour l'évolution ultérieure ; par ailleurs, le diagnostic est souvent malaisé, notamment à l'adolescence, souvent dissimulé derrière un trouble de l'adaptation, ou caché derrière l'anecdote traumatique.

D'autres facteurs ont été identifiés comme prédictifs de récurrence, comme la consommation de drogues et d'alcool ; l'alcool joue certainement un rôle à travers une désinhibition qui facilite les passages à l'acte impulsifs caractérisant le plus souvent les tentatives de suicide à répétition. Une étude rétrospective ayant recensé tous les adolescents âgés de 13 à 20 ans hospitalisés au décours d'une tentative de suicide sur une période de trois ans, a constaté que 35% des récidivistes (contre seulement 22% des non récidivistes) ont un problème de dépendance ou d'abus d'alcool au moment de leur tentative, et que, de même, 39% des

récidivistes étaient consommateurs voire même dépendants d'une drogue, versus 30% chez les primosuicidants. (140)

Les conduites addictives, c'est-à-dire les abus ou dépendances à l'alcool ou aux drogues sont un facteur de risque de réitération fréquemment retrouvé chez l'adolescent (136). Certains auteurs associent ces abus de substances à des troubles psychiatriques plus fréquents, comme la dépression ou les troubles de personnalité, ce qui expliquerait alors le risque accru de comportements suicidaires (140) ; pour d'autres, ces consommations de toxiques associées au risque de répétition suicidaire pourraient être indépendantes de la dépression et rentreraient dans le cadre de comportements addictifs au sens large, incluant une « addiction au suicide ». (136)

Tableau 4- Facteurs de risque de réitération suicidaire : antécédents de trouble mental

Auteur Année	Type d'étude	Echantillon	Age	Durée	Résultats
Reynolds et al. 1986		N=463 NR=99 NP=364			-Plus de chronicité dans leur symptomatologie -Plus d'ATCD de difficulté à faire face -Plus d'ATCD d'abus de toxiques et /ou d'alcool
Rudd et al. 1996		N=332 NR=68 NP=128 NI=134	Jeunes adultes (militaires)		-Plus de dépression -Plus de troubles psychiatriques de l'axe I -Début précoce du trouble psychiatrique -Moins de compétences sociales
Cremniter 1997	-Etude prospective, cohorte de 457 patients	N=221 NR=59 (≥3 TS) NP=64 (1 ou 2 TS) NO=98 (0 TS)	Adulte, âge moyen : 38 ans	5 ans	-Moins de crise « psychosociale » -Plus de troubles psychiques chroniques : troubles psychotiques, conduites addictives, trouble de personnalité borderline -Plus de troubles psychopathologiques persistants entre les épisodes aigus -Plus de diagnostics de personnalité pathologique -Plus de dépendance à l'alcool
Vajda et al. 2000	Etude prospective hospitalière R versus non R dans l'année	N=112	Adolescents de 15 à 20 ans	3 ans	-Plus de dépendance et/ou d'abus d'alcool et de drogues -Plus de trouble psychotique -Plus de trouble de personnalité -Pas de différence significative pour la dépression et l'anxiété
Choquet et al. 2004	Etude Prospective Hospitalière R vs P	N=158	12-24 ans	1 an	-Troubles psychiques plus lourds et plus fréquents -Plus de dépression avec un niveau de dépression plus élevé -Plus de poly consommations de substances -Fugues répétées -Plus de plaintes somatiques chroniques

Auteur Année	Type d'étude	Echantillon	Age	Durée	Résultats
Colman et al. 2004	Etude Prospective Hospitalière R versus P	N=369	Adultes	2 ans	-Plus d'antécédents de dépression -Plus d'antécédents de schizophrénie -Plus mauvais état de santé physique
Forman et al. 2004	Etude transversale Hospitalière R vs P	N=153 NR=114 NP=39	Adulte de 18 à 65 ans		-Plus de comorbidités psychiatriques -Niveau plus élevé de dépression et de désespoir -Plus de critères diagnostiques de l'axe I -Plus d'abus de substances et de troubles psychotiques -Plus de diagnostics de trouble de personnalité borderline -Fonctionnement global plus pauvre dans l'année précédent la TS
Rudd et al . 2004	Etude rétrospective	N=327			-Troubles anxieux dans l'enfance -Troubles de personnalité pathologique -Dépression
Mechri et al. 2005	Etude transversale Hospitalière R vs P	N=90 NR=38 NP=52	Adulte	6 mois	-Symptômes dépressifs plus marqués (score plus élevé à l'échelle MADRS) -Intensité élevée des facteurs de stress vécus au cours du dernier semestre -Prédominance des troubles dépressifs et psychotiques -Pas de différence significative pour les antécédents somatiques -Pas de différence significative pour les toxiques ou l'alcool

Abréviations utilisées :

R : récidivistes ; P : primosuicidants ; N : nombre total de patients étudiés ; NR : nombre de suicidants récidivistes ; NP : nombre de primosuicidants ; NI : nombre de patients présentant des idées suicidaires ; NO : nombre de patients n'ayant jamais effectué de TS.

3-2-1-4-Antécédents de soins psychiatriques (cf tableau 5 p. 47)

Mechri et al. (99) dans une étude comparant primosuicidants versus multisuicidants, mettent en avant dans les antécédents des réitérants plus d'hospitalisations en psychiatrie, plus de suivis en psychiatrie, une plus grande consommation de psychotropes ; ils ne notent pas de différence significative pour les antécédents somatiques, les antécédents d'abus sexuels et de perte parentale précoce.

Cremniter retrouve également plus d'antécédents d'hospitalisations en psychiatrie chez les récidivants comparés aux primosuicidants. (49)

Dans une étude en 2004, Choquet et al. soulignent que les jeunes multisuicidants sont de gros consommateurs de soins médicaux (51%), y compris de soins psychiatriques (58%). (42)

Une étude menée à Caen (1994) montre que les antécédents personnels de suivi psychiatrique antérieur sont significativement plus fréquents chez les récidivistes, et s'avèrent être un authentique facteur de risque d'un nouveau geste suicidaire. (37)

Tableau 5- Facteurs de risque de réitération suicidaire : antécédents de soins psychiatriques

Auteur Année	Type d'étude	Echantillon	Age	Durée	Résultats
Cremniter 1997	-Etude prospective, cohorte de 457 patients	N=221 NR=59 (≥3 TS) NP=64 (1 ou 2 TS) NO=98 (0 TS)	Adulte, âge moyen : 38 ans	5 ans	-Plus d'antécédents d'hospitalisations en psychiatrie
Chastang et al. 1998	Etude Prospective Hospitalière R versus P	N=541	Adolescents de + de 15 ans et adultes	6 mois	-Plus de suivis psychiatriques -Plus d'hospitalisations en psychiatrie
Choquet et al. 2004	Etude Prospective Hospitalière R vs P	N=158	12-24 ans	1 an	-Plus grande consommation de soins médicaux
Mechri et al. 2005	Etude transversale Hospitalière R vs P	N=90 NR=38 NP=52	Adulte	6 mois	-Plus d'antécédents d'hospitalisations en psychiatrie -Plus d'antécédents de suivi psychiatrique -Plus grande consommation de psychotropes

Abréviations utilisées :

R : récidivistes ; P : primosuicidants ; N : nombre total de patients étudiés ; NR : nombre de suicidants récidivistes ; NP : nombre de primosuicidants ; NO : nombre de patients n'ayant jamais effectué de TS.

3-2-2-Facteurs sociodémographiques (cf tableau 6 p. 50)

3-2-2-1-Age

Les études ne sont pas consensuelles ; Bobin et Sarfati retiennent l'âge, qui est inversement lié au risque de récurrence : plus l'âge est élevé, plus le risque de récurrence est faible et inversement. (13)

Forman et al (59), dans une étude comparative, note qu'il n'y a pas de différence pour l'âge, le sexe, l'éducation et l'ethnicité entre primosuicidants et multisuicidants.

3-2-2-2-Sexe

Le sexe est une variable importante en suicidologie ; comme nous l'avons vu précédemment, la répartition est globalement de 3 hommes pour une femme dans le groupe des suicides, et de 3 femmes pour un homme dans celui des tentatives de suicide. Preuve supplémentaire du profil « à part » du sous-groupe des récidivistes, ce déséquilibre homme/femme n'y existe pas. Bien que plus souvent hospitalisées, les filles ne paraissent pourtant pas présenter un taux de récurrence plus élevé que celui des garçons. (13)

Il n'existe pas de différence significative en terme de sexe pour le risque de répétition suicidaire, alors que les chiffres globaux des tentatives de suicide montrent une nette surreprésentation féminine dans la population des jeunes suicidants, et une surmortalité suicidaire relative des jeunes garçons. (58) (48) (99)

3-2-2-3-Facteurs sociaux

Les facteurs personnels cités précédemment sont par ailleurs amplifiés par des situations de rupture ou d'isolement affectif et social, les séparations et les divorces étant plus fréquents chez les multisuicidants que chez les primosuicidants.

Davidson et Philippe, dans leur ouvrage, décrivent comme principaux facteurs de risque socio-économiques de récurrence suicidaire : un bas niveau d'instruction, le chômage, les difficultés professionnelles, et l'existence de problèmes judiciaires. (53) (58)

Les difficultés d'insertion socioprofessionnelle sont plus nombreuses, comme le chômage (20% versus 14% chez les primosuicidants pour Chastang ; 72% versus 50% pour Forman), ou l'absence d'activité professionnelle régulière (42% versus 32%), y compris chez les plus jeunes. (37) (59)

Ces difficultés, pour certains en relation avec des vulnérabilités psychologiques et sociales de l'enfance, renvoient également à la notion de désintégration du lien social, et au concept de disqualification sociale (70) (105) ; Montgomery, en 1996, émet l'hypothèse que les difficultés psychologiques et sociales de l'enfance sont prédictives de périodes de chômage prolongées à l'âge adulte, après avoir suivi 2256 hommes de l'enfance à l'âge adulte. (105)

Le fait d'avoir un emploi serait à lui seul considéré comme un facteur protecteur diminuant le risque de récurrence. (13)

Pour Choquet et al. le risque de récurrence suicidaire est indépendant de la situation sociale et familiale. (42)

Courregelongue ne retrouve pas de différence significative pour les facteurs sociodémographiques entre primosuicidants et multisuicidants. (48)

Mechri et al dans leur étude dégagent certaines caractéristiques des suicidants à répétition, avec des taux significativement plus élevés de chômage, de séparation conjugale ou de divorce, et l'appartenance à une famille nombreuse (>4 dans la fratrie). (99)

Tableau 6 -Facteurs de risque sociodémographique des récives suicidaires

Auteur Année	Etude	Echantillon	Age	Durée	Résultats
Cremniter 1997	Etude prospective, cohorte de 457 patients	N=221 NR=59 (≥3 TS) NP=64 (1 ou 2 TS) NO=98 (0 TS)	Adulte, âge moyen : 38 ans	5 ans	-Plus de célibataires
Chastang et al. 1998	Etude Prospective Hospitalière R vs P	N=541	Adolescents de + de 15 ans et adultes	6 mois	-Plus de chômage -Absence d'activité professionnelle régulière, y compris chez les plus jeunes -Appartenance à des classes sociales défavorisées
Courregelongue 2003	Etude Rétrospective Hospitalière R vs P	N=203	Adolescents de 11 à 19 ans		-Pas de différence significative pour les données sociodémographiques
Forman et al. 2004	Etude transversale Hospitalière R vs P	N=153 NR=114 NP=39	Adulte de 18 à 65 ans	1 an	-Plus de chômage -Plus de difficultés relationnelles -Plus de problèmes sociaux -Pas de différence pour l'âge, le sexe, l'éducation, l'ethnicité
Choquet et al. 2004	Etude Prospective Hospitalière R vs P	N=158	12-24 ans	1 an	-Risque de récive indépendant de la situation sociale ou familiale
Mechri et al. 2005	Etude transversale hospitalière R versus P	N=92 NR=38 NP=52	Adulte	6 mois	-Pas de différence significative pour le sexe -Plus de chômage -Plus de séparation conjugale ou de divorce -Appartenance à une famille nombreuse (plus de 4 dans la fratrie)

Abréviations utilisées : R : récidivistes ; P : primosuicidants ; N : nombre total de patients étudiés ; NR : nombre de suicidants récidivistes ; NP : nombre de primosuicidants ; NO : nombre de patients n'ayant jamais effectué de TS.

3-2-3-Facteurs familiaux (cf tableau 7 p. 53)

Si de nombreuses études ont mis en évidence l'importance fondamentale de la structure familiale dans le processus suicidaire, peu ont étudié leur impact sur les récurrences.

Une étude menée à Caen en 1994 montre que chez les jeunes de moins de 30 ans, les antécédents familiaux de dépression et de tentatives de suicides sont significativement plus fréquents chez les récidivistes et s'avèrent être d'authentiques facteurs de risque d'un nouveau geste suicidaire. (37)

Le milieu familial des multisuicidants est souvent plus « chaotique » avec une fréquence importante des séparations précoces : placements précoces et durables dans l'enfance, familles éclatées ou dissociées. (37) (38)

Vajda et al. retrouvent plus d'antécédents familiaux de tentatives de suicide ainsi que plus de traitements psychiatriques familiaux chez les adolescents récidivants versus primosuicidants. (140)

Reynolds et al. notent aussi plus d'antécédents familiaux de comportements suicidaires chez les multisuicidants versus primosuicidants. (122)

Forman et al. mettent en avant l'importance des antécédents familiaux de maladie mentale ou d'abus de toxiques qui sont plus fréquents dans les familles de multisuicidants, évalués à 68% versus 34% chez les primosuicidants. (59)

Une étude caennaise portant sur plus de 600 suicidants retrouve 33% d'éthylisme dans les familles de multisuicidants contre 23% dans les familles de primosuicidants, et 41% de dépression ressentie contre 28% ; les pourcentages sont similaires chez les jeunes suicidants, avec 36% d'éthylisme et de dépression familiale chez les réitérants, 27% d'éthylisme et 34% de dépression chez les primosuicidants. (38)

Les conduites suicidaires familiales sont également plus nombreuses. Elles sont estimées à 41% dans les familles de multisuicidants et à 21% dans les familles de primosuicidants (59) ; ces résultats sont très proches de ceux retrouvés dans une étude caennaise menée spécifiquement sur les réitérations suicidaires chez des adolescents de moins de 19ans. (48)

Chastang et al. retrouvent dans une étude 23% de conduites suicidaires intrafamiliales chez les réitérants contre 15% chez les primosuicidants, 29% de conduites suicidaires dans les familles des récidivistes de moins de 30 ans, et 15% dans les familles des primosuicidants. Le

risque de réitération suicidaire est multiplié par 2,5 chez les moins de 30 ans en cas de conduites suicidaires intrafamiliales. (38)

Mechri et al. (99) retrouvent plus d'antécédents psychiatriques familiaux chez les multisuicidants, mais sans différence significative pour les antécédents suicidaires familiaux.

Tableau 7- Facteurs de risque familiaux des récives suicidaires

Auteur Année	Etude	Echantillon	Age	Durée	Résultats
Reynolds et al. 1986		N=463 NR=99 NP=364			-Plus d'antécédents familiaux de comportements suicidaires
Chastang et al. 1998	Etude Prospective Hospitalière R vs P	N=541	Adolescents de + de 15 ans et adultes	6 mois	-Milieu familial plus chaotique : fréquence importante des séparations précoces (placements précoces et durables dans l'enfance, familles éclatées) -Plus d'éthylisme chronique familial -Plus de dépression familiale -Plus d'antécédents familiaux de TS
Vajda et al. 2000	Etude prospective hospitalière R versus non R dans l'année	N=112	Adolescents de 15 à 20 ans	1 an	-Plus d'antécédents familiaux de TS -Plus d'antécédents de traitements psychiatriques familiaux
Forman et al. 2004	Etude transversale hospitalière R vs P	N=153 NR=114 NP=39	Adulte de 18 à 65 ans		-Plus d'antécédents familiaux de maladie mentale et/ou d'abus de toxiques -Plus d'antécédents familiaux de TS
Mechri et al. 2005	Etude transversale hospitalière R vs P	N=90 NR=38 NP=52	Adulte	6 mois	-Plus d'antécédents psychiatriques familiaux -Pas de différence pour les antécédents suicidaires familiaux

Abréviations utilisées :

R : récidivistes ; P : primosuicidants ; N : nombre total de suicidants ; NR : nombre de suicidants récidivistes ; NP : nombre de primosuicidants

En résumé, il apparaît que plusieurs facteurs, individuels et familiaux sont plus fréquents chez les suicidants réitérants. Ainsi, la psychopathologie personnelle, en particulier l'existence d'un trouble mental, ou la notion d'antécédents traumatiques, intervient très probablement dans l'apparition des comportements suicidaires répétés. Mais ce sont les facteurs familiaux (antécédents psychiatriques familiaux notamment dépression et abus de toxique ; comportements conduites suicidaires familiaux), mais aussi les perturbations précoces et sévères des relations intrafamiliales, qui semblent jouer un rôle déterminant dans le processus de réitération suicidaire. (48)

3-3-Fonctions du geste suicidaire

Vers la fin des années cinquante, Stengel et Cook (132) se sont intéressés aux fonctions du geste suicidaire. Pour Moron (108), le geste suicidaire a une fonction et est donc sous-tendu par une sorte d' « intentionnalité », qui comporte :

- une fonction auto-agressive gouvernant la velléité suppressive de soi ; c'est une fonction floue, complexe et dont l'intensité n'est pas forcément proportionnel au geste accompli.
- une fonction hétéro-agressive, consciente et inconsciente ; en 1917, Freud, dans Deuil et mélancolie (60), rappelle que « nous savions, bien sûr, depuis longtemps, qu'un névrosé n'éprouve pas d'intention suicidaire qui ne soit le résultat d'un retournement sur soi d'une impulsion meurtrière contre autrui ». Le plus souvent, cette agressivité est inconsciente, mais elle eut aussi être délibérée, dans un souci de vengeance, dans le désir de provoquer du remords chez autrui.
- une fonction d'appel : le sujet réclame un secours face à une situation qu'il se sent incapable d'assumer seul ; cette fonction semble présente chez les sujets non déprimés, consolidant l'idée que chez eux, le suicide marque le début, la nécessité de changement, sans les distorsions pessimistes morbides dont souffrent les déprimés, pour qui le suicide représente une fin.
- une fonction de fuite : le sujet, impuissant à faire face à une situation insupportable, ne trouve qu'une issue acceptable : la mort ou la maladie (qui permet grâce à la régression affective et sociale d'éviter un choix ou une échéance). Les suicides réactionnels à un deuil en sont une parfaite illustration.

- une fonction « chantage » : recherche consciente ou non d'un bénéfice secondaire, plaçant le tiers auquel elle s'adresse dans une situation inconfortable ; classiquement, l'intentionnalité de mort n'est jamais vraie et la tentative de suicide ne représente qu'un moyen d'obtenir ce qui est refusé. Mais cette fonction de chantage du geste suicidaire peut aboutir à un acte mortel, et cette motivation peut être mise faussement en avant par les suicidants pour échapper à la thérapeutique psychiatrique. Le suicidant espère survivre, malgré son désir de faire croire qu'il veut mourir. La tentative de suicide ne sera en tout cas jamais sans risque.
- une fonction ordalique (de défi vis-à-vis de la mort) ou oblatrice (visant à satisfaire les besoins d'autrui aux dépens des siens propres) : la tentative de suicide est vécu comme un « coup de poker », avec une part laissée au hasard ou au destin, « ça passe ou ça casse ». Ces suicides ont également été « qualifiés de suicides ludiques, il s'agit de mettre en jeu sa vie en prenant un tiers à témoin. On retrouve fréquemment cette fonction dans les tentatives de suicide à répétition.

4-Approche psychopathologique

4-1-Réflexions psychopathologiques dans les récurrences suicidaires

« Toute tentative de suicide dénonce une fragilité psychologique actuelle grave » énonçait en 1968 A. Gorceix et N. Zimbacca. Mais cette fragilité est-elle structurelle ou conjoncturelle, ou bien les deux ? Quelle place ont les événements de vie dans la répétition des tentatives de suicide ?

De nombreux arguments plaident en faveur d'une relativisation des données proprement psychiatriques qui feraient du suicide l'expression d'une pathologie psychiatrique considérée comme une entité, la sommation des pathologies ne faisant qu'aggraver le risque. Inversement, la qualité même des données objectivant ces facteurs psychiatriques fait ressortir la nécessité d'une vision plus globale qui redonne au sujet une place essentielle et rend nécessaire une approche psychopathologique , afin de redonner un sens au geste suicidaire par rapport à l'histoire du sujet et à sa façon d'appréhender son lien avec lui-même, avec ses proches et avec le monde. (80)

Beaucoup de questions nous viennent à l'esprit lorsqu'on aborde le phénomène de la répétition suicidaire : l'attaque réitérée du corps a-t-elle un sens ? Que cherche-t-on à tuer de manière itérative ? Les patients faisant de tels passages à l'acte parlent souvent peu de leur geste, et le contexte d'impulsivité, la pathologie même des patients ou la dimension parfois auto-érotique du comportement renforcent cette absence d'élaboration verbale et/ou la tentation de garder le silence et le secret, renvoyant alors à la dimension alexithymique.

D'autres pistes de réflexions semblent incontournables dans les récurrences suicidaires: une forme de dépression est-elle plus souvent présente ? Existe-il un ou des profils psychopathologiques chez les récidivistes ? (41)

Comme nous avons pu le voir précédemment dans les analyses épidémiologiques et cliniques, les patients multirécidivistes présenteraient un profil clinique plus sévère que chez les patients primosuicidants, sur le plan psychiatrique (59), mais également d'un point de vue psychopathologique. (88)

Plusieurs auteurs s'accordent sur ces constatations, après avoir comparé des populations de primosuicidants versus multisuicidants. Ainsi, Forman en 2004 met en évidence chez les récidivistes :

- plus de désespoir
- plus de dépression avec des traits cliniques de dépression plus marqués,
- un fonctionnement global plus pauvre au niveau de la résolution de problèmes, et plus de difficultés relationnelles. (59)

Rudd et al. (123) rejoignent ces données, mettant en avant l'importance de la dépression, du désespoir, et de moindres compétences sociales.

Mechri et al (99) décrivent des symptômes dépressifs plus marqués chez les récidivistes comparés aux primosuicidants, avec un score plus élevé à l'échelle MADRS ; ils notent également une intensité plus élevée des facteurs de stress vécus au cours du semestre précédent le passage à l'acte.

Pour Reynolds et Eaton (122), les dimensions de désespoir, de dépression sont également plus fréquemment retrouvées chez les multirécidivistes comparés aux primosuicidants. Ils décrivent par ailleurs d'autres dimensions psychopathologiques, à savoir moins d'impulsivité, une plus grande chronicité dans leur symptomatologie, une intentionnalité corrélée au désespoir. Ils soulignent aussi plus de difficultés dans leur « capacité à faire face » (coping).

Cremniter, dans une étude prospective à 5 ans de 457 patients, où trois sous-groupes sont identifiés, les non suicidants, les primosuicidants (1 à 2 tentatives de suicide), et les multirécidivistes (plus de 3 tentatives de suicide), met en évidence des caractéristiques

psychopathologiques spécifiques dans le groupe des multirécidivistes : la persistance de troubles psychopathologiques entre les épisodes aigus, et le diagnostic de trouble de personnalité qui est de loin le plus fréquent. (49)

La présence d'un trouble de la personnalité est en effet fréquemment incriminé chez les individus récidivistes, et la personnalité la plus régulièrement retrouvée parmi les sujets récidivistes est la personnalité borderline, à tel point que, d'une part, les menaces suicidaires font partie des critères de cette personnalité dans le DSM IV, et que, d'autre part, certains auteurs défendent encore l'hypothèse d'un lien diagnostique plus étroit encore entre le fait d'être un récidiviste majeur et le fait d'avoir une personnalité borderline. Ainsi, il a été mis en évidence que parmi les individus présentant plus de 15 critères en faveur d'un trouble de la personnalité borderline de type B, on recensait 53% de récidivistes majeurs, tandis qu'on en recensait seulement 9% chez ceux présentant moins de 15 critères. (13)

Pour Brezo, l'anxiété et l'impulsivité sont des dimensions plus fréquemment retrouvées chez les suicidants réitérants comparés aux primosuicidants. (19)

Enfin, certains auteurs insistent sur la dimension « ordalique » des conduites suicidaires répétées, et met en avant la répétition d'un comportement exposant à une mise en danger de soi-même, bien réelle, qu'elle soit consciente ou non ; Adès et Lejoyeux relient ainsi les conduites suicidaires répétées à une dimension d'impulsivité et de « recherche de sensations » (1) ; ils rapprochent également ces conduites avec les addictions, en prenant l'exemple de la toxicomanie : l'assuétude se caractérise ici par la répétition du comportement, sa fonction de recours défensif, la recherche notamment au moyen de l'intoxication médicamenteuse, mais aussi de l'agressivité physique automutilatrice, d'un état second procurant un sentiment de désafférentation du réel, l'éprouvé au décours du geste, d'un apaisement cathartique lié à l'effet de la prise de risque et à son issue. Pour ces mêmes auteurs, ces conduites sont le fait d'un point de vue clinique de personnalités pathologiques essentiellement représentées par les états-limites, les personnalités narcissiques et abandonniques.

4-2-Concept de répétition

4-2-1-Définitions

La répétition est un concept qui semble familier et simultanément complexe dans son acceptation stricte et sa problématique propre.

La répétition d'une conduite, c'est sa réitération, son recommencement. Concernant les tentatives de suicide, on retrouve dans la littérature, aussi bien les termes de tentatives répétées, réitérées, renouvelées, regroupées sous le terme de récidives (que la fonction soit la même ou pas d'ailleurs). (119)

Dans la littérature psychanalytique, la discussion de ce concept apparaît confuse et souvent reprise : elle fait intervenir des options sur les notions les plus cruciales de l'œuvre freudienne comme celle du principe de plaisir, de pulsion, de pulsion de mort.

Dans le monde du spectacle, la répétition consiste à travailler et répéter des rôles, par exemple d'une pièce de théâtre pour s'exercer jusqu'à la représentation générale ; il nous a semblé exister une illustration et une homologie- plus qu'une métaphore- entre la répétition de la scène et celle des conduites suicidaires. Cette transposition est illustrée par des autopsies psychologiques –ou pathographies- de suicidés célèbres ; ils ont répété pendant leur vie des comportements suicidaires (tentatives ou équivalents) tels des galops d'essai jusqu'à leur suicide final au terme d'une vie impossible. (40)

La répétition fait signe : elle fait signe à l'entourage et notamment au psychiatre qui, d'un point de vue clinique, la désignera alors sous le registre de conduites (conduites à risque) ou dans le cadre d'entités syndromiques (addictions). Nous serions alors du côté de la répétition des besoins.

Du côté du sujet, la répétition fait symptôme, dans le sens où elle reproduit, de façon plus ou moins déguisée, des conflits intrapsychiques du passé. Les mises en actes répétées, sous la forme de conduites suicidaires, apparaissent alors comme l'illustration d'un symptôme (au sens analytique) ; nous sommes alors du côté du besoin de répétition. (54)

Une autre réflexion nous semble intéressante concernant la « fonction » de la répétition. Partant de la notion classique qu'un acte suicidaire peut avoir différentes fonctions (appel, fuite...) comme nous l'avons vu précédemment, il apparaît pour Eudier et al. fondamental de ne pas considérer le comportement suicidaire à répétition comme à chaque fois « équivalent » dans sa signification (même si le geste reste le même). Il suppose ainsi l'existence de deux types de récidives :

-la répétition vraie, désignant un geste suicidaire qui se fonderait sur la même intention, qui aurait la même fonction que la tentative qui a précédé ;

-la reproduction non identique, pour un geste suicidaire dont l'intention et la fonction seraient différentes de la tentative précédente. (56)

4-2-2-Approche psychanalytique

4-2-2-1-Concepts freudiens : pulsion de mort et compulsion de répétition

La contribution psychanalytique à la compréhension du suicide trouve ses origines dans l'œuvre de Freud lui-même, bien que la thématique suicidaire n'ait pas vraiment fait l'objet d'une réflexion spécifique.

Dans la clinique suicidaire, la répétition présente une connotation dans le registre de l'inconscient avec les événements de vie par leur sommation et leur vécu répétitif, la pulsion de mort, le narcissisme et le masochisme. (40)

Les concepts de pulsions de mort et de compulsions de répétition ont été introduits par Freud en 1920 dans « Au-delà du principe de plaisir » puis repris en 1923 dans « Le moi et le ça » et en 1924 dans « Le problème économique du masochisme ». Ces concepts ont été élaborés de façon concomitante à la deuxième topique, et ont contribué au remaniement de la première théorie des pulsions tout en maintenant la dualité pulsionnelle puisqu'ils s'opposent à la pulsion de vie. (61) (62) (63)

C'est à partir du suivi en analyse de patients souffrant de névrose post-traumatique, et en observant attentivement le jeu des enfants, en particulier celui de son petit-fils Ernest, que Freud va concevoir ce qu'il va appeler la compulsion de répétition. En effet, Freud observe le jeu répétitif de son petit-fils de 18 mois qui joue à jeter et faire disparaître puis réapparaître une bobine au bout d'un fil. La disparition est accompagnée d'un « O » compris comme « Fort » (« loin »), la réapparition d'un « A », comme « Da » (« là »). Pour Freud, le jeu exprime le fait que l'enfant a accompli un renoncement pulsionnel pour permettre le départ de sa mère sans manifester d'opposition, et il se dédommage, avec un objet qu'il peut saisir, en mettant lui-même en scène la même disparition/apparition. De passif, il devient actif, et affirme son indépendance avec une pulsion d'emprise. Puis Freud va en conclure que même sous la dénomination du principe de plaisir, il existe plus d'une voie et d'un moyen que ce qui est en soi déplaisant devienne l'objet du souvenir et de l'élaboration psychique.

Cette compulsion à répéter, illustrée par de jeu du « Fort-Da », a été repérée par Freud dans d'autres circonstances, notamment dans le traitement psychanalytique des névrosés. Le malade est obligé de répéter le refoulé ; cette reproduction a toujours comme contenu un fragment de la vie sexuelle infantile et elle se joue régulièrement dans le domaine du transfert. Le psychanalyste, à l'aide du transfert, va s'efforcer de pousser le plus de contenu possible dans la voie de la remémoration et d'en abandonner ainsi le moins possible à la répétition.

Dans la vie quotidienne, la répétition est à l'œuvre chez ces « personnes dont le destin les poursuit, dont l'existence paraît engagée dans une orientation démoniaque ». Cet « éternel retour du même » paraît alors assiéger la personne qui semble vivre passivement quelque chose sur quoi elle n'a aucune part d'influence et pourtant elle ne fait que revivre toujours la répétition du même destin (61). C'est à partir de ce type d'observation et du destin des hommes que Freud tend à admettre l'existence d'une compulsion de répétition qui se place au-delà du principe de plaisir.

La compulsion de répétition est un concept paradoxal fait de deux éléments contradictoires. La contrainte à répéter peut tantôt apaiser, en permettant un travail de liaison (comme dans les névroses traumatiques où ce travail est réalisé par le mécanisme de répétition pour assurer une maîtrise de la tension interne), tantôt perturber en ravivant des tensions pénibles (comme dans la névrose de transfert, où il y a une répétition de manifestations pulsionnelles perturbantes). On pourrait alors dire que la compulsion de répétition n'est pas « au-delà » mais « en deçà » du principe de plaisir quand elle est au service de ce principe, mais qu'elle se place « en dehors et au-dessus » de ce principe dans son caractère démoniaque.

Dans le champ des conduites suicidaires à répétition, un des exemples les plus caractéristiques de cette attaque répétitive du corps est la phlébotomie qui peut ou non accompagner une prise de médicaments ou d'alcool. (41)

Freud voit dans ce phénomène de répétition une disposition fondamentale du psychisme humain, plus radicale encore que la recherche de satisfaction libidinale et ne pouvant se laisser réduire à une simple tentative de maîtrise des expériences déplaisantes. Il s'agit d'une force irrépressible, indépendante du principe de plaisir et susceptible de s'opposer à lui. C'est ce qu'il nomme la Pulsion de mort.

La pulsion de mort est caractérisée par l'automatisme de répétition, répétition inexorable et inconsciente. Elle œuvre pour son propre compte au mépris du bien-être de l'individu. Son but est le retour à l'inorganique, au plus bas niveau d'Énergie, à la destruction de toute vie. Dans la conceptualisation dualiste de Freud, elle s'oppose au principe de vie ou Eros.

Dans la répétition suicidaire, nous pouvons voir que ceux qui se suicident ou tentent de se suicider expriment souvent un sentiment d'incomplétude, voire de vide qui est souvent le moteur de leur récurrence. Il paraît exister un fléchissement de vitalité : on se tue parce

qu'on n'aurait plus la capacité de vivre (41). L'acte inéluctable survient quand finalement le travail de liaison ne peut se faire que vers la pulsion de mort.

Le concept de pulsion de mort est paradoxal. Dans « Au-delà du principe de plaisir », Freud va définir cette pulsion comme une tendance à l'état de tension minima, et donc à l'extrême à l'absence de tension, c'est-à-dire la mort. La pulsion de mort ainsi définie, va sous tendre la fonction apaisante de la compulsion de répétition. Mais plus tard, dans « le problème économique du masochisme », la pulsion de mort semble plutôt sous tendre la fonction perturbatrice de la compulsion de répétition.

Du côté de la pulsion de mort, l'équivalent suicidaire vient traduire l'expression de l'angoisse, des tensions, des conflits, parfois des traumatismes. La mort, implicite, toujours possible, apparaît comme une solution où le sujet se précipiterait (54). Le désir de mort n'est pas clairement explicite, parfois il n'est pas reconnu par le sujet. Mais pour autant, la personne est parfois amenée à mettre sa mort en acte, sous des formes plus ou moins déguisées. La répétition des conduites à risque illustre ce jeu pulsionnel et traduit le besoin de faire taire les fantasmes tel l'inceste et le meurtre parental.

En conclusion, pour Freud, la pulsion de mort va désigner à la fois :

- la compulsion de répétition
- la réduction des tensions à zéro, désigné comme le principe de Nirvana
- la tendance à la destruction.

Avec le concept de Pulsion de mort qui s'illustre dans la compulsion à répéter, Freud situe la répétition non seulement dans le champ du pathologique mais la considère comme faisant partie intégrante du sujet. Le sujet ne saurait se manifester que comme répétition et répétition inconsciente. En effet, cette compulsion témoigne du travail de l'inconscient et répète les symptômes à l'insu de l'individu qui n'en maîtrise ni la cause, ni le sens, ni la répétition, et ainsi, prend part dans le destin de l'homme.

Par ailleurs, la pulsion de mort s'exprime dans le masochisme et le sadisme, eux-mêmes à l'œuvre dans les conduites d'autodestruction et notamment les conduites suicidaires.

D'un point de vue économique, l'existence de la tendance masochiste dans la vie pulsionnelle est une énigme, car à première vue, le masochisme ne s'accorde pas avec le principe de plaisir. En 1924, dans « Le problème économique du masochisme », Freud a cherché à répondre à cette énigme en étudiant les rapports entre d'une part le principe de plaisir et d'autre part les pulsions de vie et les pulsions de mort. Si tout déplaisir coïncidait avec une élévation des excitations et tout plaisir à une diminution de cette tension

d'excitation, alors le principe de plaisir serait totalement au service des pulsions de mort et irait contre les revendications des pulsions de vie. Pour Freud, cette conception ne peut être correcte, et il peut exister des tensions s'accompagnant de plaisir et des détonnes déplaissantes. La tendance de la pulsion de mort s'exprimerait dans le principe du nirvana comme une tendance à la stabilité et au maintien aussi bas que possible de la somme des excitations. (63)

Le masochisme peut se présenter sous trois formes : comme mode de l'excitation sexuelle, comme l'expression de l'être de la femme, et comme norme du comportement dans l'existence. En fonction de cela, il distingue :

-un masochisme originaire, érogène, défini comme le plaisir de la douleur ;

-un masochisme féminin, nommé ainsi car en interprétant les fantasmes de patients masochistes, Freud a montré que le masochiste veut être traité comme un petit enfant méchant, en détresse et dépendant. Ces fantasmes placent le sujet dans une position caractéristique de la féminité et ils signifient être castré, subir le coït ou accoucher. Sous cette nomination, Freud décrit ce qui fait l'essence même de la perversion masochiste chez l'être humain ; ce masochisme féminin repose sur un masochisme primaire, érogène, le principe de la douleur ;

-un masochisme moral, plus éloigné de la sexualité. Il ne nécessite pas une souffrance infligée par autrui mais concerne ces personnes qui se blessent elles-mêmes, voire s'autodétruisent, et semble relever d'un besoin de punition qui témoigne de la nécessité à maintenir une certaine quantité de souffrance. Il correspond donc à un retournement vers son propre soi de la pulsion de destruction. Il serait la conséquence d'un sentiment de culpabilité inconscient à l'œuvre dans diverses situations rencontrées en clinique comme dans la « réaction thérapeutique négative ». Cette dernière a été observée par Freud chez des patients qui réagissent de façon inverse au progrès de la cure analytique ; leur état s'aggrave au lieu de s'améliorer provoquant un renforcement momentané de leur souffrance. Le besoin d'être malade l'emporte sur la guérison. La satisfaction de ce sentiment de culpabilité inconscient est peut-être le bénéfice le plus important de la maladie. Freud rattache l'origine de ce sentiment inconscient de culpabilité à un conflit psychique entre Moi et Surmoi, qu'il définit comme le représentant du ça et du monde extérieur. (62)

En parlant de masochisme, il faut éviter la confusion entre « le vrai masochisme », où la jouissance est procurée par la douleur (ce qui est un mécanisme pervers), et un « faux masochisme », où le déplaisir ressenti dans un lieu psychique, permet un plaisir dans un autre lieu (il s'agit alors d'un mécanisme névrotique). Le masochisme pervers est un mécanisme possible d'un phénomène de répétition ; il est régi par le principe de plaisir. (55)

A la suite des données freudiennes, il semble intéressant d'étudier le concept lacanien de répétition et de jouissance, qui permet d'appréhender la rupture des liens entre le sujet et

le discours, réalisé par l'acte suicidaire, et la recherche de satisfaction absolue qui se place au-delà du principe de plaisir, et qui ne cesse de se répéter.

Rappelons tout d'abord le découpage de façon schématique de l'espace psychique, réalisé par J. Lacan, selon trois ordres : le symbolique, l'imaginaire et le réel. Toute relation intersubjective se joue sur les trois registres à la fois, mais Lacan insistera sur la primauté du symbolique sur le réel et l'imaginaire.

Si Freud pose la répétition comme sceau de la pulsion de mort, Lacan va développer ce concept selon deux axes : celui du symbolique et du réel.

4-2-2-2-Concepts lacaniens de répétition et de jouissance

4-2-2-2-1-L'axe du symbolique

Lacan insiste sur le fait que les symbolismes socioculturels et langagiers s'imposent avec leur structure comme ordres déjà constitués avant l'entrée du sujet. Le symbolique vient désigner ce qui fait défaut, ou ce qui a été perdu. L'ordre du symbolique est celui du signifiant qui vient symboliser ce manque. Le fonctionnement de la chaîne des signifiants, dans laquelle le sujet a à se reconnaître comme tel et doit frayer la voie de sa parole, repose sur l'opération de la répétition ; et si les signifiants font sans cesse retour, ce qui est, un fait de structure langagière, c'est bien parce qu'ils dépendent d'un signifiant premier, qui a disparu originellement et auquel cette disparition donne en quelque sorte valeur de trauma inaugural. (86)

4-2-2-2-2-L'axe du réel

Le réel apparaît chez Lacan dans la dernière partie de son œuvre (85) ; il n'est pas la réalité perçue par le sujet qui, elle, a été ordonnée par le symbolique, mais précisément ce qui échappe à la prise totale du symbolique. Selon Lacan, le réel était déjà là, avant l'avènement du symbolique. C'est ce dernier, véhiculé par les signifiants, qui permet au sujet de l'expulser du champ de sa représentation, la réalité. Le réel va donc désigner ce qui est pour le sujet « l'impossible » : l'impossible à symboliser (ce qui ne peut être complètement symbolisé dans la parole ou l'écriture), l'impossible à affronter pour un sujet.

Lacan propose de distinguer les deux versants de la répétition en se servant de deux concepts aristotéliens : la *tuche* et l'*automaton*. L'*automaton* désigne l'instance des signes, ce principe de la chaîne symbolique ; la *tuche*, c'est ce qui est à l'origine de la répétition, c'est ce qui déclenche cette insistance-le trauma, en somme-, c'est la rencontre qui n'a pour une fois pas pu être évitée de quelque chose d'insupportable au sujet.

Le réel est à chercher au-delà du rêve, dans ce que celui-ci nous a caché, derrière ce qui tient lieu de représentation, nous dit Lacan. Le réel est donc le registre du hors-signifiant. Lacan souligne son caractère irréductible ; comme non symbolisable, le réel resurgit et revient toujours à la même place dans la réalité, là où le sujet vient buter sur lui.

Ainsi, il détermine l'automatisme de la répétition au principe de la chaîne symbolique, c'est-à-dire l'insistance des signes, le retour des signifiants qui marque le destin d'un sujet. La répétition est donc, pour Lacan, au nœud de la structure, elle produit et promeut l'organisation symbolique, et reste à l'arrière plan de toutes les échappatoires imaginaires.

4-2-2-3-Concept de jouissance

Historiquement, le premier sens de ce terme est un sens juridique défini par le dictionnaire Robert comme « le fait d'user d'une chose et d'en percevoir les fruits : l'usufruitier a la jouissance d'un bien sans en avoir la propriété ». Par la suite, banalisé, l'acceptation la plus courante en fait un synonyme des plaisirs charnels et sexuels.

Lacan lui donne un sens psychanalytique à saisir bien au-delà de la figure de la satisfaction sexuelle qui la représente habituellement. La jouissance se différencie du plaisir, et exprime, soit un excès intolérable de plaisir, soit une manifestation du corps plus proche de la tension extrême, de la douleur et de la souffrance. En cela, elle se situe au-delà du principe de plaisir.

Pour Nasio, la jouissance consiste en un maintien ou en une vive augmentation de la tension. C'est l'expérience d'éprouver une tension intolérable, mélange d'ivresse et d'étrangeté. Elle n'est pas immédiatement ressentie, mais se manifeste indirectement lors des tensions maximales que doivent traverser le corps et la psyché, le sujet tout entier. (110)

Aller à la rencontre de la jouissance, c'est aller à la rencontre du point limite avant de basculer dans le vide, où la jouissance surgit. C'est donc dans l'échec de la parole, là où le patient est dépassé par son dire, que la jouissance apparaît. Elle fait fi des mots et de la pensée pour ne se dire que dans l'action. En ceci, la jouissance appartient au domaine du réel, de l'impossible, de l'indicible.

Par son recours à l'acte, témoin de l'échec de la parole, de la rupture des liens entre le sujet et le discours, la conduite suicidaire nous paraît étroitement liée à la question de la

jouissance. L'acte suicidaire, par sa tentative de réduction des tensions internes, réalise une connexion directe avec la jouissance primordiale. Pourtant, la tentative de suicide constitue fréquemment un appel, sollicite une mobilisation de l'entourage, témoignant donc de la dimension relationnelle de l'acte qui vient réintroduire un tiers dans une relation dont il est exclu.

La répétition du geste suicidaire peut renvoyer à une quête incessante de la jouissance primordiale. Mais comme nous l'avons vu, avec Freud, ce qui cherche à se répéter, c'est l'inconscient non verbalisé, qui, selon Lacan, s'actualise dans une chaîne inconsciente de signifiants.

La conduite suicidaire itérative semble donc le reflet du fonctionnement de la chaîne signifiante. Sa répétition vient à la place de l'élaboration verbale, comme un « dire ». Le moteur de cette répétition inconsciente, c'est la jouissance primordiale, qui appartient au réel, à ce qui ne peut être nommé, à l'impossible, l'indicible, le non symbolisable. (18)

4-2-3-Approche cognitive

Le phénomène de répétition s'explique par l'action sur le fonctionnement mental des schémas cognitifs dysfonctionnels ; ces schémas sont des structures mentales, semi-autonomes, fonctionnant en grande partie hors du champ de la conscience et qui sous-tendent toutes les souffrances affectives récurrentes, les comportements répétitifs et les représentations douloureuses compulsives. L'absence d'accommodation de ces schémas à la réalité explique la répétition pathogène.

Selon Beck, la psychothérapie lutte contre les mécanismes mentaux qui provoquent des affects négatifs, ce qui présuppose que le patient est sous l'influence d'un schéma cognitif et que son motif de consultation est un lien direct avec les perturbations comportementales et affectives exercées par ce schéma.

Rapportée à la problématique du comportement suicidaire à répétition, dans une vision cognitive, Beck émet l'hypothèse que lorsque le « mode suicidaire » est activé, l'individu est en relation avec les cognitions liées au suicide, des affects négatifs et une motivation pour un comportement suicidaire. Quand ce mode se répète, il devient de plus en plus accessible en mémoire, exigeant alors des stimuli de plus en plus petits pour qu'il puisse être activé. (59)

Pour Young, la psychothérapie vise les mécanismes mentaux qui empêchent les affects ou les représentations en lien avec un schéma cognitif d'émerger. Il décrit des schémas originaux appelés « schémas dysfonctionnels précoces », correspondant à des croyances fondamentales développées à partir d'expérience affectives relationnelles vécues avec les

personnes significatives pendant l'enfance. Le modèle de Young permet de comprendre les mécanismes mentaux qui nous poussent à répéter ce qui nous fait souffrir. Il existe deux catégories de mécanismes psychiques conduisant au maintien des schémas et donc à la répétition : la conscience sans remise en cause (capitulation ou auto validation), et l'absence de conscience défensive (évitement/fuite, contre attaque/surcompensation)

Young décrit deux types de répétitions dans les mécanismes psychopathologiques:

-la répétition de type I : concerne les biais cognitifs et l'auto validation des schémas ; le schéma activé induit « une vision en tunnel » qui conduit à son auto confirmation.

-la répétition de type II : les mécanismes de défense qui empêchent l'activation du schéma et la souffrance affective ont intérêt à se maintenir en place ; il y a méconnaissance du schéma sous-jacent et donc impossibilité de le modifier. Cela correspond au mécanisme de fuite et de contre attaque.

Les mécanismes responsables du maintien des schémas et donc de la répétition sont de trois types : la capitulation (consistant à organiser notre vie de manière à reproduire ce qui a marqué notre enfance ; ainsi nous déformons notre point de vue spécifique de manière à renforcer et à maintenir notre schéma), la fuite (consistant à chasser les schémas de ses pensées, ce qui implique que le sujet renonce à ses émotions et qu'il est incapable de faire l'expérience tant du plaisir que de la douleur), et le contrôle par la contre attaque (le sujet n'est pas conscient du schéma qui l'affecte et la contre attaque permet de déjouer le schéma en convainquant que la réalité réside dans son contraire). (55)

4-3-Conduites à risque

Nous allons aborder ici les conduites à risque, c'est-à-dire les conduites de certains sujets qui recherchent de façon volontaire à se mettre en danger de mort. Comme nous avons pu le voir dans la définition des conduites à risque, ce terme est ambigu ; en effet, tout propos, toute action novatrice impose une prise de risque ; ainsi, le sujet qui s'obligerait à éviter, à refuser toute prise de risque, se verrait contraint de vivre dans un cadre assez immuable, de manière passive. Inversement, il est très difficile de définir quand la prise de risque devient pathologique, comme s'il existait un continuum entre l'individu inhibé, peureux, et le sujet qui recherche systématiquement les situations dangereuses.

Par ailleurs, il existe actuellement un effet de mode qui valorise les conduites à risque, encourageant même de telles conduites. Par exemple, de nombreux adolescents prennent pour modèle identificatoire tel sportif ou tel animateur télévisé et sont « initiés » à la

pratique de conduites à risque. Pourtant tous ne poursuivent pas et « seule la répétition du comportement, ou l'aggravation du risque pris, viendront signifier le caractère éventuellement pathologique de la conduite».

Nous pourrions alors imaginer qu'il existerait des individus prédisposés et que la rencontre de ces individus avec ce type de conduites aboutirait à des conduites suicidaires, nommées équivalents suicidaires.

N'importe qui peut avoir l'expérience d'une conduite à risque mais n'importe qui ne va pas la reproduire. C'est donc la répétition d'un tel comportement qui permettra de repérer que le sujet va construire, élaborer quelque chose autour de cette conduite qui va alors prendre un sens particulier. Nous pouvons rapprocher cela de la bouffée délirante aigue ou de l'expérience du premier flash d'héroïne : à partir de cette première expérience, des sujets seront délirants chroniques, d'autres non ; certains seront toxicomanes, d'autres non.

Ce n'est donc pas la prise de risque en tant que telle qui est pathologique mais plutôt le vécu personnel de cette conduite, le sens particulier que vient prendre chez certains sujets la pratique d'une telle conduite. (94)

Les paradigmes psychopathologiques des conduites à risques sont en chantier et se fondent souvent sur des conceptions émanant de la psychopathologie de l'adolescence. Actuellement, quatre interprétations, non contradictoires, prévalent pour rendre compte de la recherche du risque pour le risque. La première conçoit le risque comme un « frisson du danger », et propose de modéliser ces comportements selon l'opposition sensations/affect en mettant l'accent sur la recherche de sensations. La deuxième met en cause la difficulté à supporter l'excitation déclenchée par l'objet libidinal. La troisième modélisation fait référence au modèle de l'ordalie que nous détaillerons par la suite, modèle selon lequel la confrontation au risque de mort comporterait une fonction défensive et une tentative unificatrice du sujet (illusoire et temporaire). La dernière, issue des travaux sur l'addiction, met l'accent sur la constitution d'une économie nouvelle et sur les conditions de nécessité d'une répétition. (116)

Dans le champ de la suicidologie, plusieurs auteurs ont inclus les tentatives de suicide à répétition dans les conduites à risque, décrivant ainsi les passages à l'acte suicidaire répétés comme étant plus une conduite de risque que la mise en acte d'un authentique désir de mort. Ce rapprochement peut s'expliquer par la répétition du comportement, sa fonction de recours défensif, la recherche notamment au moyen de l'intoxication médicamenteuse, mais aussi de l'agressivité physique automutilatrice, d'un état second procurant un état de désafférentation du réel, et l'éprouvé au décours du geste suicidaire d'un apaisement cathartique lié à l'effet de la prise de risque et à son issue. (1) (2) (116)

4-4-Modèle de l'ordalie

Dans le cadre des répétitions suicidaires, vues sous l'angle des conduites à risque, nous nous intéressons ici au concept de l'ordalie.

L'ordalie était un rite judiciaire qui en appelait au jugement divin pour dire sans équivoque l'innocence ou la culpabilité d'un homme sur qui pèse un soupçon. Elle ne permet donc pas le doute, elle condamne à mort ou désigne triomphalement celui qui est du côté de Dieu.

L'ordalie moderne n'est plus un rite culturel mais un recours individuel, ou une figure inconsciente à travers laquelle un sujet demande à la mort, par l'intermédiaire de la prise de risque, si son existence a encore un prix.

Dans l'intention de rendre compte du mécanisme inconscient des tentatives de suicide itératives, A. Charles-Nicolas et M. Valleur (31) (32) ont introduits l'hypothèse ordalique. Ce modèle permet de comprendre la place qu'occupe l'agir dans le rapport du sujet à son identité. En effet, le risque et les sensations qu'il procure possèdent des particularités : la sensation du risque est liée à l'éventualité de la destruction de soi-même et à la dimension héroïque.

Dans la répétition suicidaire, la répétition de la conduite permet d'obtenir un état particulier où « le temps semble s'être arrêté », et où l'individu éprouve le sentiment d'être au-delà du réel. Cet état est décrit dans les conduites ordaliques, en soulignant que dans la conduite ordalique il n'y a pas de désir de destruction immédiate mais bien au contraire un désir de vivre la mort en la défiant, pour pouvoir revivre ensuite, l'individu ayant le sentiment de « renaître de ses cendres ». (94)

La notion de conduite ordalique n'est pas une catégorie nosologique ; ce qui fait qu'une mise en péril répétée devient ordalique c'est la place qu'elle occupe dans l'économie psychique et l'imaginaire du sujet.

Les conduites ordaliques, diffraction psychopathologique de l'ordalie, sont définies comme des actes répétés de mise à l'épreuve, de prises de risques, visant une régénération (« auto-engendrement ») par confrontation à la mort qui possède alors un statut particulier. (33)

Ce modèle souligne que la destruction de soi n'est pas recherchée d'emblée, mais que l'interrogation sur son être et sa destinée est en cause. Le sujet tente de maintenir son identité en considérant que sa survie est une « autorisation d'être et de vivre », une « reconnaissance de son être », sans oublier le triomphe mégalomane de qui s'est affronté à une expérience mortelle, qui pourrait aussi représenter une confrontation, dans le réel, à la castration, déniée ou rejetée.

Mais cette conduite ordalique est insuffisante à fonder le sujet ; elle nécessite d'être répétée, répétition qui possède trois sources : la compulsion de répétition inhérente à la déliaison produite par le jeu et la pulsion de mort, la jouissance mégalomane de triomphe sur l'objet, et l'échec de la durabilité de l'effet identifiant de la conduite. La conduite ordalique comporte donc plusieurs propriétés : dans la relation à l'identité corporelle (se donner des limites, se constituer un corps libidinal unifié), dans la relation au Moi-idéal (expérience de toute-puissance), à l'identité symbolique (identification primordiale par inscription dans une filiation), à l'Œdipe (confrontation à la castration non assumée). La jouissance corporelle obtenue est secondaire au triomphe sur la mort, la répétition du danger (« au risque d'en mourir) implique la jouissance mégalomane. Ainsi, la conduite ordalique restitue par l'acte un Autre tout-puissant qu'il convient de défier, mais aussi de rendre compte de la possibilité d'exister ; elle est en fait la répétition d'une situation visant à répondre à la question de la dette symbolique à laquelle le sujet ne peut accéder du fait du déni de la castration.

4-5-Modèle des addictions

4-5-1-Définitions

La problématique de la répétition a été reprise depuis plusieurs dizaines d'années dans une autre direction conceptuelle d'intérêt clinique évident. Elle repose sur les termes d'addiction ou de conduites addictives qui sont de plus en plus utilisés dans la clinique comportementale et relationnelle pour mieux caractériser des sujets qui s'expriment par « la recherche avide d'un objet, la répétition, l'apparente dépendance, l'utilisation risquée du corps, la recherche de satisfaction immédiate et la proximité de la mort et de la destruction ». (118)

Rappelons que selon Goodman, l'addiction est un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles, utilisé d'une manière qui implique deux « symptômes-clés » : l'échec répété de contrôler ce comportement, et la poursuite du comportement malgré ses conséquences négatives. En 1990, Goodman établit une liste de critères délimitant le champ des addictions, à savoir :

- impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement
- sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- plaisir ou soulagement au moment de l'action
- sensation de perte de contrôle en débutant le comportement
- présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

- ◆ Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation
- ◆ Engagement plus intense et plus long que prévu dans le comportement
- ◆ Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
- ◆ Temps considérable passé à réaliser le comportement ou à se remettre de ses effets
- ◆ Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales, du fait du comportement
- ◆ L'engagement dans ce comportement empêche de remplir les obligations sociales, familiales, professionnelles
- ◆ Poursuite du comportement malgré ses conséquences négatives au niveau social, financier, psychologique ou physique
- ◆ Tolérance marquée
- ◆ Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement

-certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Le terme d'addiction a longtemps été limité aux consommations abusives d'alcool ou de drogues illicites comportant une dépendance physique (consommation régulière et quotidienne d'une substance, tolérance, syndrome de sevrage lors de l'interruption du produit) et une dépendance psychique (besoin irrépressible de consommer le toxique de manière répétée et sensation de malaise si la consommation est interrompue). Les définitions plus récentes de la dépendance n'imposent plus la présence de signes physiques de dépendance (tolérance ou sevrage) pour porter le diagnostic. Cette extension de la notion d'addiction permet donc de décrire de « nouvelles addictions », ou addictions comportementales dans lesquelles un comportement tient lieu de drogue. Ces addictions provoquent, comme l'alcool ou la drogue, des réactions de plaisir, de désinhibition ou d'euphorie (90). Ainsi, certains incluent les troubles du comportement alimentaire, les achats compulsifs, la kleptomanie, le jeu pathologique, l'hypersexualité ou encore, ce qui nous intéresse particulièrement ici, les tentatives de suicide à répétition parmi ces « nouvelles addictions ».

4-5-2-Notion « d'addiction suicidante »

Les conduites addictives sont caractérisées par des actes répétés dans lesquels prédominent la « dépendance » à une situation ou à un objet matériel, qui sont recherchés et consommés avec avidité. Si le suicide est unique, par définition, car il aboutit à la mort, la tentative de suicide, quant à elle, a la propriété de pouvoir être répétée ; nous pouvons alors nous poser la question de l'existence d'une logique dans la répétition suicidaire: la répétition suicidaire peut-elle être comprise à partir du concept d'addiction ? (21)

Plusieurs auteurs ont été tenté de rapprocher des addictions certains comportements suicidaires répétés.

Les tentatives de suicide à répétition peuvent s'inscrire en lieu et place d'une conduite de dépendance ou s'associer à une autre conduite addictive (143); en effet, la surreprésentation des conduites addictives (alcool, toxiques) chez les multisuicidants par rapport aux primosuicidants est un constat épidémiologique, sans que cela ne préjuge forcément d'un lien de causalité.

Selon Pedinielli (117), pour qu'il y ait addiction, il faut qu'il y ait, à la fois, impulsion, consommation avide et passionnelle, répétition et dépendance. Il souligne les difficultés liées aux limites de la notion d'addiction comportementale. Il qualifie « d'addictive » certaines tentatives de suicides répétées, sous forme d'une métaphore du terme dans la mesure où elle s'appuie sur des parentés avec les autres addictions, comme la manière dont ces suicidants évoquent leurs gestes ou comme l'existence de la prise de risque et d'une conduite ordalique. Ainsi, dans la tentative de suicide « addictive » -qui représente plus une conduite à risque qu'une réelle recherche de la mort- repère-t-on la recherche d'une situation antérieure qui a porté une forme de plaisir (par excitation et/ou apaisement), une interrogation sur la vie (« dois-je vivre ? ») qui implique un tiers (le Destin, l'Autre, l'Institution Médicale...) garant de l'existence et de la survie du sujet ? (116)

Pour Vedrinne (141), en dehors des toxicomanies et des troubles du comportement alimentaire, la question s'est en effet posé de l'extension de ce concept à d'autres conduites (jeu pathologique, hypersexualité), et plus récemment aux tentatives de suicide à répétition. Bien qu'il s'agisse de comportements différents sur le plan clinique et environnemental, on y retrouve une parenté psychopathologique incontestable:

-la prédominance de l'économie narcissique qui renvoie à la tension intérieure, à la douleur psychique, à l'angoisse devant le vide intérieur ;

-la notion d'acte-symptôme opérant à la fois une décharge et une mise à l'écart de l'imaginaire ;

-la place de l'objet (drogue, alcool, nourriture, médicament) qui va de sa découverte « initiatique » au statut d'objet réel, consommable, en passant par les étapes de sa transformation d'objet de plaisir en objet de besoin réifié, qui rend de ce fait impossible tout travail de deuil et toute reconnaissance de l'autre ;

-la notion de perversion qui s'appuie moins sur le clivage du moi que sur l'aspect auto-érotique de la conduite et le déni de l'altérité, qui donnent à ces comportements leur dimension régressive.

Cela étant, les rapports entre comportements suicidaires répétés et conduites addictives sont complexes : d'une part, nombre de ces conduites sont considérées comme des « équivalents suicidaires » ; d'autre part, il est classique de reconnaître aussi à l'éthylisme et à la toxicomanie en général un rôle protecteur (du moins pendant un certain temps) contre le suicide...en dépit de sa fréquence chez les toxicomanes.

Enfin, il envisage d'une autre façon les relations entre tentatives de suicide et addiction : chez certains sujets, une alternance apparaît entre des conduites addictives, souvent multiples, et des tentatives de suicide répétées. Le geste suicidaire n'a pas alors un statut très différent des autres comportements addictifs, parmi lesquels il prend place comme un équivalent, au mécanisme particulier. Il s'agit alors d'un prolongement de l'addiction par un autre moyen, d'autant que toutes les gradations, toutes les proportions peuvent être observées entre consommation addictive et tentative de suicide manifeste.

D'où l'hypothèse tentante d'une « addiction suicidante » (118), susceptible de mieux mettre en perspective certaines réalités cliniques.

La référence aux notions de répétitions, d'objet-chose, de dépendance, se montre aisément dans nombre de tentatives de suicide à répétitions, plus par un rôle de court-circuit de l'activité de pensée, de fonction d'économie de la douleur interne, que par la recherche de la mort. (141)

En étudiant la période adolescente, Béraud considère qu'au-delà des circonstances, les spécificités psychopathologiques fondamentales entre les passages à l'acte suicidaire récidivants et le processus adolescent amène à penser l'existence d'un lien entre les deux comme un équivalent de conduite addictive. Selon lui, les tentatives de suicide à répétition partagent avec la notion d'addiction, sur le plan de leur élaboration psychopathologique et dans l'économie psychique du sujet, une fonction de « court-circuitage » par la mise en acte du travail de mentalisation et de prévention d'une décompensation dépressive. (12)

Pour Corcos, la spécificité du passage à l'acte suicidaire récidivant et des conduites addictives ont en commun la fragilité des assises narcissiques et la dimension auto-agressive directement portée sur le corps. (47)

« L'habitude suicidaire » devient au même titre que la dépendance psychique à un produit, une conduite et une pathologie de l'agir et du corps, sous tendue par une compulsion de répétition, où se manifeste un désir permanent à son recours et des efforts infructueux pour la contrôler, et par une relation de dépendance à un objet originel. (12)

Nous voyons donc que les conduites suicidaires itératives peuvent être lues avec les éléments psychopathologiques qui sous-tendent les conduites d'addiction. En effet, nous retrouvons la mise en jeu destructive du corps, la notion d'abaissement de la tension, d'évitement de conflit, la prédominance de l'agir sur l'imaginaire, le recours à l'acte comme « acte-symptôme » qui a fonction de court-circuit de la pensée, d'économie de la douleur interne. (18)

La répétition de l'acte peut être comprise dans le cadre d'une restauration de l'intégrité narcissique (144) ; elle semble inscrite dans un projet inconscient de reconstruction de soi, en rapport avec la défaillance narcissique et les difficultés identificatoires, empêchant la constitution d'une identité.

Selon l'approche de Pedinielli, tout geste suicidaire comprend une dimension synchronique et diachronique. La dimension synchronique correspond à la répétition du geste et renvoie aux gestes précédents. La dimension diachronique correspond à la recherche de l'identique, à la recherche d'un état antérieurement connu lors d'un précédent passage à l'acte, et tient compte de l'histoire personnelle et familiale suicidaire du geste, comme d'une « mémoire du geste », d'un « comportement appris » auquel le sujet pourrait se référer en cas de mal être insurmontable. La répétition du geste suicidaire peut donc être regardée comme un effet de la reproduction de l'identique (les mêmes événements se reproduisant, le même geste suicidaire se reproduit), et comme la recherche de l'identique. La tentative de suicide itérative combine ces deux perspectives avec l'apparition de difficultés vécues comme incontournables, associées à des représentations plus liées à son ou ses gestes précédents ; ainsi, cette approche incite à prêter fortement attention aux expériences antérieures, en particulier, à l'histoire suicidante du sujet, et à ce qu'il peut en dire. (21)

Certains multisuicidants décrivent une réelle addiction à l'autolyse, avec une distance de plus en plus faible au geste dont ils peuvent garder une certaine nostalgie. La pensée suicidaire peut même se déclencher quasi automatiquement lorsque la personne est confrontée dans sa vie à un événement apparemment minime la mettant en difficulté ou lors d'un conflit intrapsychique. Ces éléments renvoient à un malaise intérieur constant par le biais de défaillances narcissiques, ainsi qu'à des difficultés identificatoires précoces empêchant la permanence du sentiment d'identité.

Ainsi, les rapports entre les différents gestes suicidaires et les traces mnésiques qu'ils laissent évoquent bien, chez les sujets multirécidivistes, une forme « d'addiction suicidante ». (117)

4-6-Notion d'impulsivité

L'impulsivité est un construit psychologique important jouant un rôle prédominant dans la compréhension et le diagnostic de diverses formes d'états psychopathologiques.

Elle a été définie en 1993 par Daruna et Barnès comme une « variété de comportements réalisés prématurément, excessivement risqués, inappropriés à la situation et pouvant entraîner des conséquences indésirables ».

Pour certains elle se manifeste par la présence de comportements d'assauts envers autrui, d'irritabilité et d'autres manifestations d'agressivité (17). D'autres considèrent l'impulsivité comme un trait de personnalité et donc une caractéristique plutôt immuable de l'individu (11). Enfin, certains suggèrent que l'impulsivité soit plutôt liée à la planification d'une action. (20)

Ainsi nous retrouvons toute une palette complexe des conceptualisations de l'impulsivité, et il ne semble pas y avoir de consensus quant à la manière de la définir et de la mesurer.

Cependant, certains auteurs se mettent d'accord sur la nature multidimensionnelle de l'impulsivité. C'est dans ce cadre que Whiteside et Lynam (2001) ont mené une étude dont les résultats permettent d'extraire quatre facteurs qui donneront lieu à une échelle d'évaluation, l'UPPS : Impulsive Behavior Scale. Les quatre dimensions sont définies de la manière suivante :

- « l'urgence » comme la tendance à exprimer des réactions fortes, surtout dans des contextes émotionnels intenses (souvent dans le but de diminuer des affects négatifs),
- « le manque de préméditation » c'est-à-dire la tendance à ne pas prendre en compte les conséquences positives ou négatives d'une décision ou d'une action avant de s'y engager,
- « le manque de persévérance » comme l'incapacité de rester concentré lors d'une tâche pouvant être difficile ou ennuyeuse, et enfin,
- « la recherche de sensations » comme la tendance à s'engager dans des activités excitantes et l'ouverture face à de nouvelles expériences.

Un grand nombre d'études montre l'existence d'un lien spécifique entre ces quatre facettes de l'impulsivité et certains troubles psychopathologiques et/ou comportements problématiques.

L'impulsivité constitue d'ailleurs un critère diagnostique fréquemment mentionné dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV ; American Psychiatric Association, 1994).

Le DSM-IV comprend une section entièrement dédiée aux troubles du contrôle des impulsions. L'impulsivité apparaît notamment dans les troubles de personnalité borderline, les troubles de personnalité antisociale, les troubles d'hyperactivité et d'attention, la boulimie nerveuse, la dépendance à l'alcool et autres drogues, les troubles bipolaires et les activités sexuelles à risque.

C'est essentiellement dans le champ de l'addictologie que les différentes facettes de l'impulsivité décrites par Whiteside et Lynam ont été étudiées.

Dans le champ de la suicidologie, peu d'études se sont intéressées au rôle de l'impulsivité dans les comportements suicidaires, et particulièrement dans la répétition suicidaire.

Parmi elles, une étude menée par McGirr en 2008 met en évidence un lien entre impulsivité et décès par suicide ; il retrouve un degré élevé d'impulsivité (comme trait de personnalité) jouant un rôle plus important dans le suicide des adolescents, cette influence diminuant avec l'âge. (98)

Beautrais et al. mettent en évidence un lien entre impulsivité (comme trait de personnalité) et tentative de suicide : un degré élevé d'impulsivité augmenterait de 6,2% le risque de tentative de suicide. (11)

Pour Horesh et al. l'impulsivité agit comme médiateur des comportements suicidaires (idéations ou tentatives), c'est-à-dire qu'elle n'agit pas comme facteur unique, mais elle contribue aux comportements suicidaires en la présence d'autres facteurs de risque. Par ailleurs ces mêmes auteurs notent que l'impulsivité est davantage corrélée aux manifestations suicidaires chez les garçons que chez les filles. (77)

Kashden et al. soulignent que les adolescents hospitalisés pour idéation ou tentative de suicide sont plus impulsifs que les adolescents non suicidaires. (82)

Enfin, Brown et al. notent que les adolescents dont la tentative n'était pas impulsive avaient un degré plus élevé de dépression et de perte d'espoir, en comparaison de ceux dont la tentative était impulsive (20). L'impulsivité pourrait ainsi précipiter le suicide chez les adolescents vulnérables ou augmenter leur vulnérabilité.

Plus récemment, en 2000, Damy et al. mènent une étude rétrospective sur les liens possibles entre impulsivité et tentatives de suicide ; ils incluent 94 patients, en fonction du nombre et de l'ancienneté des antécédents de tentatives de suicide. Vingt-sept patients avaient fait une tentative de suicide dans les quinze derniers jours, 41 en avaient fait une ou plusieurs dans les douze derniers mois (quinze derniers jours exclus) et 38 au-delà des douze derniers mois. L'impulsivité a été mesurée à l'aide d'un questionnaire, l'Impulse Control Scale (ICS) et à l'aide de l'Échelle d'Impulsivité de Lecrubier (IRS). Les résultats montrent que les patients ayant fait une tentative de suicide dans les quinze derniers jours avaient des notes plus élevées à l'IRS que ceux qui n'en avaient pas fait. Les notes obtenues à l'ICS et à l'IRS étaient d'autant plus élevées que les patients avaient un nombre élevé d'antécédents de tentatives de suicide survenues dans l'année passée. Au-delà de l'année passée, aucun lien entre l'impulsivité et les tentatives de suicide n'a été mis en évidence. (51)

Ces études nous montrent que d'une manière générale, l'ensemble des résultats appuie la relation entre l'impulsivité et l'augmentation des comportements suicidaires ; l'impulsivité ne serait cependant pas caractéristique de toutes les tentatives de suicide. Enfin il convient de noter que la plupart des études concerne une population adolescente.

4-7-Aspects et enjeux relationnels des multisuicidants

Les multisuicidants induisent avec les soignants ou du moins le thérapeute un mode relationnel spécifique proche du challenge. Face à ces patients, le médecin se sent souvent seul et impuissant car il ne contrôle pas cette spirale suicidaire qui épuise également l'institution hospitalière. Entre coopération et hostilité, le risque le plus fréquent est de cataloguer ces patients et de les réduire à l'une de leurs modalités relationnelles, comme par exemple « manipulateur, hostile, ou opposant » ou à un diagnostic comme le trouble de personnalité borderline.

Le lien thérapeutique ne peut s'effectuer que si l'on accède à la dynamique psychique et relationnelle dans laquelle est inscrit l'individu multisuicidant. (52)

Chez ces patients à risque, en répétition d'un comportement prenant parfois des allures addictives, Chavagnat note qu'il est nécessaire d'avoir en soi une part de « Don Quichotisme », car c'est une lutte démesurée contre le désir de mort. Pour conserver le courage nécessaire, il paraît indispensable que le thérapeute remplisse deux conditions : la première est d'accepter sa propre dépression et la relativité de sa pratique ; la seconde consiste en la reconnaissance de son ambivalence et éventuellement son dépassement. Cet auteur insiste également sur l'importance du climat d'empathie, sur le pouvoir que doit avoir le thérapeute de verbaliser à la place du patient le désir de vie dont il est venu nous demander, plus ou moins consciemment, de favoriser le maintien. L'acte thérapeutique n'est pas un passage à l'acte, ou une prise de pouvoir, mais le rétablissement d'un échange, non verbal au début, mais inscrit dans le registre symbolique et permettant une élaboration ultérieure. (41)

Sous un angle systémique, le geste suicidaire, comme tout passage à l'acte, n'est pas seulement une caractéristique du sujet, mais aussi une propriété du système, du contexte dans lequel ce sujet évolue. Comme nous l'avons vu précédemment, on retrouve fréquemment chez les patients multisuicidants des antécédents suicidaires aux générations précédentes. Le patient a souvent une fonction familiale particulière comme par exemple résoudre un problème qui le dépasse, soigner un ascendant, remplacer un mort ou incarner des valeurs familiales. Il peut être pris dans des conflits parentaux ou conjugaux ouverts ou larvés, conflits de loyauté non formulables. Le positionnement familial est mal différencié, avec confusion des rôles et confusion générationnelle. Des ruptures sentimentales interrogeant la sexualité et la capacité à s'autonomiser ou à créer de nouvelles « appartenances » agissent comme des révélateurs. Les problématiques familiales sexuelles sont fréquentes : climat relationnel incestueux, violences sexuelles. On retrouve souvent aussi une pauvreté de la communication tant quantitativement que qualitativement, interprétée comme un manque d'amour ou pire encore comme de l'indifférence. Les non-dits, les secrets, très destructeurs, sont caractéristiques du fonctionnement des familles dans

lesquelles se produisent des abus sexuels intergénérationnels, situation très fréquemment associée aux tentatives de suicide à répétition. (23)

Une lecture systémique de ces situations semble donc indispensable afin de repérer et décoder les secrets, les non-dits, les mythes familiaux, afin de permettre aux suicidants réitérants une prise de distance quant à la répétition et aux identifications aux images mortifères. Sinon, le risque est que, face à une situation de crise ou de rupture, le sujet multirécidiviste continue à se référer et s'identifier, parfois de manière inconsciente, aux modèles offerts par son entourage qui a été confronté à une situation similaire.

PARTIE II : ETUDE OBSERVATIONNELLE

Aux Urgences de l'Hôtel Dieu à Nantes, l'Unité Médico-Psychologique (UMP) compte 9000 entrées par an, et 2900 concernent des tentatives de suicide, soit environ un tiers des admissions qui ont pour motif une tentative de suicide. Les statistiques montrent également qu'un patient qui a fait une tentative de suicide va récidiver une fois sur deux : dans 50% des cas les patients récidiveront dans l'année, et dans 1% des cas la récurrence a lieu dans les 24 heures.

Au vu de cette temporalité, nous avons réalisé une étude observationnelle, prospective, de patients admis aux Urgences Médico-Psychologiques du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes pour tentatives de suicide répétées et rapprochées, afin de mieux connaître les aspects cliniques et psychopathologiques de ces sujets, en étudiant en particulier deux dimensions : l'impulsivité et l'intentionnalité suicidaire.

1-Matériel et méthode

1-1-Population étudiée

- Critères d'inclusion :
 - Tout patient âgé de plus de 15 ans et 3 mois (âge minimum d'admission aux Urgences adultes),
 - Admis aux Urgences Médico-Psychologiques de Nantes pour TS (TS index) et/ou geste auto agressif
 - Sur la période du 1^{er} novembre 2010 au 1^{er} mai 2011 (6 mois)
 - Et ayant fait au moins une TS dans les trois mois précédant la TS index.

- Critères d'exclusion :
 - Impossibilité d'auto-évaluation (auto-questionnaire)
 - Diagnostic de retard mental (auto-questionnaire)
 - Patient mineur de moins de 15 ans et 3 mois
 - Impossibilité de recueillir un consentement (information orale)

1-2-Recueil des données-Critères étudiés

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, d'une population hospitalière de patients admis aux UMP de Nantes, remplissant les critères d'inclusion.

Cette étude se déroule sur une période de 6 mois, du 1^{er} novembre 2010 au 1^{er} mai 2011.

1-2-1-Questionnaire de l'étude

➤ **Données sociodémographiques**

- Sexe
- Age
- Statut familial/marital
- Statut socioprofessionnel

➤ **Antécédents personnels et familiaux**

- ATCD personnels :
 - ATCD de TS
 - ATCD psychiatriques
 - Comorbidités (somatiques, addictions)
 - ATCD traumatiques
 - ATCD d'hospitalisations en psychiatrie
 - ATCD de traitement psychotrope antérieur et/ou actuel
 - ATCD de suivi (médecin traitant, psychiatre)
- ATCD familiaux
 - ATCD suicidaire familial (TS, suicide)
 - ATCD psychiatrique familial

➤ **Données cliniques**

- Symptomatologie clinique lors de l'entretien aux Urgences Médico-Psychologiques

➤ **Prise en charge/Orientation**

➤ **Caractéristiques du geste suicidaire**

- Evènement de vie précipitant/déclenchant
- Moyen/mode
- Délai entre les 2 TS étudiées
- Gravité somatique du geste
- Regret/Critique du geste
- Préméditation du geste
- Fonction du geste

➤ **Données psychopathologiques**

- Impulsivité : questionnaire UPPS
- Intentionnalité : échelle SIS
- Retentissement affectif/ émotionnel
- Dimension cognitive/conscience du risque léthal
- Désespoir
- Dimension relationnelle
- Traits de personnalité pathologique

1-2-2-Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

Description et objectifs initiaux de l'échelle :

La *Suicidal Intent Scale* (SIS de Beck, 1974) est un instrument psychométrique permettant d'évaluer l'importance de l'intentionnalité suicidaire avant le passage à l'acte. Elle est administrée par un clinicien entraîné chez des sujets suicidants, c'est-à-dire ayant survécu à une TS. Cette échelle est constituée de 15 items, regroupés en deux parties :

-la première section (items 1 à 8) correspond aux circonstances objectives du geste suicidaire, c'est-à-dire aux aspects factuels liés à l'évènement, comme le lieu de la TS, l'isolement, la préparation active de la TS, la présence d'une lettre, les précautions prises contre la découverte...

- la deuxième section (items de 9 à 15), subjective, concerne les conceptions du sujet sur son acte (léthalité potentielle, possibilité d'intervention des secours, préméditation, but allégué de la TS).

L'intégrité de l'échelle est reproduite en annexe.

Chaque item est coté de 0 à 2, avec un score total variant de 0 à 30.

Son objectif initial relevait essentiellement du domaine de la recherche : Beck proposait son utilisation comme variable dépendante afin de déterminer quelles caractéristiques chez les suicidants étaient significativement corrélées à l'intention suicidaire. Elle a secondairement été proposée dans la pratique clinique en tant que complément à l'évaluation clinique des suicidants, son utilisation ayant été recommandée lors de la Conférence de Consensus sur la Crise Suicidaire. (4)

La *Suicidal Intent Scale (SIS)* mise au point par A.T.Beck en 1974 est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la TS qui vient d'avoir lieu. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidants et qui sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa TS. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide abouti ultérieur (mais non du risque de nouvelle TS). La version initiale a été élaborée par A.T.Beck en 1974 et comporte 20 questions, divisée en 3 sections.

L'échelle que nous utiliserons pour notre étude est la version révisée par D.W.Pierce en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisée en 3 sections :

- les circonstances de la TS
- les propos rapportés par le patient
- deux questions sur la létalité évaluée par le médecin

Le score total d'intentionnalité suicidaire est la somme des 12 questions. Il varie de 0 à 25. Cette échelle a également l'intérêt sémiologique de structurer l'entretien avec le suicidant.

1-2-3-Auto-questionnaire d'impulsivité : échelle UPPS

Modèle UPPS (Whiteside & Lynam, 2001)

C'est essentiellement dans le champ de l'addictologie que les différentes facettes de l'impulsivité décrites par Whiteside et Lynam (2001) ont été étudiées.

Dans le domaine de la suicidologie, peu d'études se sont intéressées au rôle de l'impulsivité dans les comportements suicidaires, et particulièrement dans la répétition suicidaire.

Nous avons choisi d'utiliser ce questionnaire dans notre étude pour plusieurs raisons : d'une part, le constat épidémiologique d'une surreprésentation des conduites addictives (alcool, toxiques) chez les multisuicidants par rapport aux primosuicidants est une réalité clinique ; d'autre part, nous avons pu voir que les conduites suicidaires itératives peuvent être lues avec les éléments psychopathologiques sous-tendant les conduites d'addiction avec l'hypothèse développée précédemment d'une « addiction suicidante » .

Pour faire face au manque de consensus quant à la manière de mesurer et de définir l'impulsivité, le modèle à quatre facteurs de Whiteside et Lynam (2001) aide à une meilleure compréhension de ce construit. Les quatre facteurs peuvent être définis de la manière suivante :

- « l'urgence » comme la tendance à ressentir de fortes impulsions, le plus souvent dans des conditions d'affects négatifs,
- « la préméditation » comme la tendance à penser et réfléchir aux conséquences d'un acte avant de s'y engager,
- « la persévérance » comme la capacité de rester concentré sur une tâche pouvant être difficile ou ennuyeuse, et enfin,
- « la recherche de sensations » comme la tendance à s'engager dans des activités excitantes et l'ouverture face à de nouvelles expériences pouvant être ou non dangereuses.

Pour chaque facteur, les items aux saturations les plus élevées ont été sélectionnés afin de constituer la version finale de l'échelle UPPS d'impulsivité comportant 45 affirmations qui doivent être jugées sur une échelle de Likert en quatre points (1=tout à fait d'accord ; 2=plutôt d'accord ; 3=plutôt en désaccord ; 4=tout à fait en désaccord).

Cette échelle comporte 12 items pour la dimension « Urgence », 11 items pour la dimension « Préméditation », 10 items pour la dimension « Persévérance » et enfin 12 items pour la « Recherche de sensations ».

2- Objectifs

2-1- Objectif principal

-Mettre en évidence des spécificités cliniques et psychopathologiques du geste suicidaire répété et rapproché, en étudiant en particulier l'impulsivité et l'intentionnalité suicidaire

2-2- Objectifs secondaires

-Identifier les caractéristiques sociodémographiques

-Connaître le type de prise en charge proposé après le passage aux Urgences Médico-psychologiques.

3- Résultats

Au total : 22 patients remplissaient les critères d'inclusion et ont été recrutés pour notre étude sur la période considérée, du 1^{er} novembre 2010 au 1^{er} mai 2011.

Les résultats sont ramenés sous forme de tableaux ci-dessous.

Tableau 1- Données sociodémographiques

Données sociodémographiques	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
<u>Sexe</u>	
-femmes	15 (68%)
-hommes	7 (32%)
<u>Age</u>	
-Age moyen (années)	29.5
-Age moyen des femmes (années)	27.7
-Age moyen des hommes (années)	33.5
-Ages extrêmes (années)	15,5 à 55
<u>Statut marital</u>	
-Célibataire	13 (59%)
- Vit seul	9 (41%)
- Vit au domicile parental	4 (18%)
-En couple	9 (41%)
- Marié(e)	4 (18%)
- Séparé(e) ou divorcé(e)	5 (23%)
<u>Statut socioprofessionnel</u>	
-Sans emploi	9 (41%)
-Activité professionnelle	8 (36%)
-Etudiant (scolarisé ou en apprentissage)	5 (23%)
-Précarité sociale et/ou financière	1 (4%)

Tableau 2- Antécédents personnels et familiaux

Antécédents	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
<u>Antécédents psychiatriques personnels :</u>	21 (95%)
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de TS (avant la période étudiée) : <li style="padding-left: 20px;">- 1 TS <li style="padding-left: 20px;">- 2 TS <li style="padding-left: 20px;">- Plus de 2 TS • Antécédents psychiatriques <li style="padding-left: 20px;">- Trouble de l'humeur : <ul style="list-style-type: none"> - Trouble dépressif - Trouble bipolaire <li style="padding-left: 20px;">- Addiction à l'alcool <li style="padding-left: 20px;">- Trouble de personnalité <li style="padding-left: 20px;">- Trouble psychotique <li style="padding-left: 20px;">- Trouble anxieux <li style="padding-left: 20px;">- Sans diagnostic • Comorbidités : <li style="padding-left: 20px;">- Addiction à l'alcool <li style="padding-left: 20px;">- Maladie somatique grave • Antécédents traumatiques • Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie • Antécédent de traitement psychotrope • Antécédent de suivi (médecin traitant, psychiatre) 	14 (63%) 4 (18%) 2 (9%) 8 (36%) 6 (27%) 5 (23%) 1 (4%) 6 (27%) 4 (18%) 3 (14%) 1 (4%) 2 (9%) 12 (54%) 10 (45%) 2 (45%) 8 (36%) 17 (77%) 19 (86%) 22 (100%)
<u>Antécédents psychiatriques familiaux :</u>	5 (23%)
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent familial suicidaire (TS, suicide) • Antécédent psychiatrique familial 	2 (9%) 3 (14%)

Tableau 3- Données cliniques

Données cliniques	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
Symptômes anxio-dépressifs	4 (18%)
Syndrome dépressif caractérisé	4 (18%)
Trouble délirant	1 (4%)
Traits de personnalité pathologique :	14 (64%)
-état-limite	8 (36%)
-dépendant	3 (14%)
-histrionique	2 (9%)
-évitant/anxieux	1 (4%)
Présence d'idées suicidaires	2 (9%)

Tableau 4-Prise en charge/Orientation

Prise en charge/Orientation	Nombre de patient : n (%) (N total=22)
<p>➤ <u>Au décours de la 1^{ère} TS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour à domicile • Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Libre - Sous contrainte (SDT) <p>➤ <u>Au décours de la TS index :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour à domicile : - Suivi psychiatrique en consultation (RDV proche) - Suivi avec le médecin traitant - Aucun suivi prévu • Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Libre - Sous contrainte (SDT) 	<p>10 (45%)</p> <p>12 (54%)</p> <p>11 (50%)</p> <p>1 (4%)</p> <p>14 (64%)</p> <p>12 (55%)</p> <p>0 (0%)</p> <p>2 (9%)</p> <p>8 (36%)</p> <p>4 (18%)</p> <p>4 (18%)</p>

Tableau 5- Caractéristiques du geste suicidaire

Caractéristiques du geste suicidaire	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
<u>Evènement de vie précipitant/déclenchant :</u>	18 (82%)
- Séparation conjugale/sentimentale	6 (27%)
- Difficultés relationnelles interpersonnelles	7 (32%)
- Difficultés professionnelles	1 (4%)
- Difficultés financières	1 (4%)
- Résurgences traumatiques de l'enfance	1 (4%)
- Vécu abandonnique	2 (9%)
<u>Moyen/Mode</u>	
- Intoxication médicamenteuse volontaire	17 (77%)
- Pendaïson	1 (4%)
- Phlébotomie	1 (4%)
- Scarification	3 (14%)
➤ Même moyen utilisé pour les 2 TS	17 (77%)
➤ Ingestion d'alcool associée	6 (35%)
<u>Délai entre les 2 TS</u>	
- Délai moyen (jours)	27,5
- Délais extrêmes (jours)	1 à 45
- Délai ≤ 1 mois	17 (77%)
- Délai ≤ 2 semaines	11 (50%)
- Délai ≤ 1 semaine	7 (32%)
<u>Gravité somatique (passage en réanimation) :</u>	0 (0%)
<u>Regret/critique du geste :</u>	10 (45%)
<u>Préméditation du geste :</u>	4 (18%)
<u>Fonction du geste</u>	
- Anxiolytique/Hypnotique	7 (32%)
- Appel	5 (23%)
- Auto-agressive/Autolytique	4 (18%)
- « Chantage » avec bénéfices secondaires	2 (9%)
- Fuite	1 (4%)
- Pas de fonction décrite	3 (14%)

Tableau 6- Données psychopathologiques

Données psychopathologiques	Nombre de patients : n (%) (N total= 22)
<u>Impulsivité</u>	
➤ Questionnaire UPPS (4 dimensions)	
- Urgence (score moyen/48)	39/48
- Manque de préméditation (score moyen/44)	23/44
- Manque de persévérance (score moyen/40)	22,5 /40
- Recherche de sensation (score moyen/48)	30/48
➤ Geste décrit comme impulsif	11 (50%)
<u>Intentionnalité (échelle SIS de Beck)</u>	
- Moyenne d'intentionnalité (score/25)	6,7 /25
- Extrêmes (score/25)	De 0/25 à 16/25
- Intentionnalité légère ($0 \leq \text{score} \leq 3$)	6 (27%)
- Intentionnalité moyenne ($4 \leq \text{score} \leq 10$)	11 (50%)
- Intentionnalité élevée ($11 \leq \text{score} \leq 25$)	5 (23%)
<u>Retentissement affectif/émotionnel</u>	
- Dimension alexithymique	10 (45%)
<u>Conscience du risque/dimension cognitive</u>	
- Conscience du risque légal du geste	8 (36%)
<u>Sentiment de désespoir :</u>	5 (23%)
<u>Dimension relationnelle du geste :</u>	17 (77%)
<u>Traits de personnalité pathologiques :</u>	14 (64%)
- Etat-limite	8 (36%)
- Dépendant	3 (14%)
- Histrionique	2 (9%)
- Evitant/Anxieux	1 (4%)

Tableau 7 - Impulsivité et intentionnalité suicidaire

Pour les 3 sous-groupes en fonction de l'intentionnalité suicidaire, nous avons calculé la moyenne des scores pour les 4 sous dimensions d'impulsivité à l'UPPS :

Intentionnalité Impulsivité	Légère	Moyenne	Elevée
Urgence (score/48)	39,8 /48	39,8/48	36,6/48
Manque de préméditation (score/44)	23/44	23,5/44	23/44
Manque de persévérance (score/40)	21,6/40	22,9/40	22,6/40
Recherche de sensation (score/48)	25,2/48	29,8/48	35/48

Au vu de ces résultats, nous avons cherché à savoir s'il existe une corrélation entre l'intentionnalité suicidaire et les 4 sous dimensions d'impulsivité étudiées.

Nous avons pour cela réalisé un test statistique de Spearman ; la corrélation de Spearman (nommée d'après Charles Spearman) est étudiée lorsque deux variables statistiques semblent corrélées sans que la relation entre les deux variables soit de type affine. Elle consiste à trouver un coefficient de corrélation, non pas entre les valeurs prises par les deux variables mais entre les rangs de ces valeurs. Elle permet de repérer des corrélations monotones. Il faut également souligner que la corrélation de Spearman utilise les rangs plutôt que les valeurs exactes. Cette corrélation est utilisée lorsque les distributions des variables sont asymétriques.

Nous utilisons comme facteur d'étude quantitatif l'intentionnalité suicidaire, et comme variables de réponse qualitatives ordinales les 4 sous dimensions d'impulsivité : l'urgence, le manque de préméditation, le manque de persévérance, et la recherche de sensations.

Nous voulons réaliser une corrélation linéaire simple avec des variables ordinales. Nous avons recours à un coefficient, que nous noterons r_s .

Définition de l'hypothèse nulle (HO) : pas de corrélation entre les variables ($r_s=0$).

Loi de la statistique sous HO : Student à n-2 degrés de liberté.

La valeur p (en anglais *p-value*) est la probabilité d'obtenir la même valeur (ou une valeur encore plus extrême) du test si l'hypothèse nulle était vraie. Si cette valeur p est inférieure à la valeur du seuil préalablement défini (traditionnellement 5 % ou 1 %), on rejette l'hypothèse nulle. En d'autres termes, la valeur p est la probabilité de commettre une erreur de première espèce, c'est-à-dire de rejeter à tort l'hypothèse nulle et donc d'obtenir un faux positif.

En général, on considère les seuils suivants :

- $p < 0,01$: très forte présomption contre l'hypothèse nulle
- $0,01 < p < 0,05$: forte présomption contre l'hypothèse nulle
- $0,05 < p < 0,1$: faible présomption contre l'hypothèse nulle
- $p > 0,1$: pas de présomption contre l'hypothèse nulle

Les résultats se retrouvent dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 - Test de corrélation de Spearman

Facteur d'étude Variables	Intentionnalité suicidaire
Urgence	$p=0,32$: test non significatif
Manque de préméditation	$p=0,92$: test non significatif
Manque de persévérance	$p=0,48$: test non significatif
Recherche de sensations	$p=0,02$: test significatif

4- Discussion

4-1- Données rejoignant la littérature

Dans les données sociodémographiques, nous retrouvons une nette prédominance féminine, ce qui rejoint la littérature. L'âge moyen est jeune (29,5 ans) avec, en moyenne, des hommes qui sont un peu plus âgés que les femmes (33,5 ans versus 27,7 ans).

Au niveau socioprofessionnel, nous constatons une plus grande proportion de patients célibataires, et sans activité professionnelle.

Il nous semble important de noter l'absence de personne âgée ; cela pourrait s'expliquer par les données épidémiologiques dans lesquelles les TS sont plutôt le fait d'une population jeune et diminuent après 55 ans.

Nous remarquons également l'absence de patient Sans Domicile Fixe dans l'étude. Cela induit l'hypothèse d'une plus grande difficulté dans l'accès aux réseaux de soins pour ces patients, avec peut-être plus de TS passées inaperçues car non médicalisées.

95% des patients ont des antécédents personnels psychiatriques avec des antécédents de TS antérieures à la période étudiée dans 63% des cas, ce qui rejoint la grande majorité des études sur les multisuicidants (cf études de Choquet et al. 2004, Colman et al. 2004).

Les deux diagnostics principaux retrouvés en majorité et en proportion égale sont les troubles de l'humeur (trouble dépressif), et les troubles addictifs (dépendance à l'alcool). Resterait à savoir si la dépression est primaire ou secondaire à une problématique éthylique, et inversement. Parmi les patients présentant un trouble de l'humeur, la moitié présentent une comorbidité addictive à l'alcool.

Comme dans la plupart des études décrivant plus de comorbidités addictives chez les multisuicidants (cf études de Forman et al., Vajda et al., Cremniter, Reynolds et al.), notre étude retrouve chez presque la moitié des patients une addiction à l'alcool (conduites à risques ou dépendance à l'alcool). Dans le champ des addictions avec substance, nous ne retrouvons pas de toxiques autre que l'alcool et le tabac. Nous ne notons pas de comorbidité addictive dans le champ des addictions comportementales.

Un diagnostic de trouble de la personnalité a été posé chez seulement 18% des patients (que des femmes) avec un diagnostic de trouble de personnalité borderline pour ces 4 patientes. Or, nous avons retrouvé des traits de personnalité pathologique chez 14 patients (64%). Ces résultats peuvent questionner quant à une possible sous-représentation

d'un tel diagnostic (par rapport à la littérature) ; de plus il semble judicieux d'interroger la pertinence de poser un diagnostic de trouble de personnalité en période de crise suicidaire...

Cela amène également à différencier le trait et l'état (ou trouble) pathologique. En effet, chez un sujet donné, l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles, l'agencement de ces différents facteurs constituent les traits de personnalité, à savoir les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement. Quant au trouble de la personnalité, il est énoncé lorsque certains traits de la personnalité se rigidifient entraînant soit une souffrance, soit des dysfonctionnements. Il s'agit d'une affection chronique.

Nous retrouvons une nette prédominance des états limites (57%), ce qui rejoint les données de la littérature (cf études de Forman et al. 2004, Rudd et al. 2004, Vajda et al. 2000 ; Cremniter 1997). Une majorité de traits pathologiques appartenant au cluster B et C (personnalité borderline, histrionique, dépendante, évitante/anxieuse...) se retrouve dans notre étude comme dans la plupart des données littéraires.

Plus d'un tiers des patients ont des antécédents de traumatismes dans leur passé, à noter que toutes sont des femmes. Ces patients décrivent des traumatismes subis par le passé (abus sexuels dans l'enfance, carences affectives, maltraitance, violences physiques et/ou psychologiques), ce qui rejoint les données de la littérature (cf études de Courregelongue 2003, Vajda et al. 2000, Choquet et al. 2004, Forman et al. 2004).

Tous les patients ont un suivi médical et/ou psychiatrique : 64 % des patients ont un médecin traitant (14/22 patients), et 59% des patients ont un psychiatre (13/22 patients). Cela rejoint les données littéraires relevant une grande consommation de soins chez les multisuicidants (cf étude de Coquet et al. 2004), avec plus d'antécédents de suivi psychiatrique (cf étude de Mechri et al. 2005). Nous pouvons cependant interroger la régularité et la fréquence du suivi nécessaire. Soit le suivi n'est pas régulier : dans ce cas nous ne sommes alors pas surpris qu'il soit insuffisant. Soit le suivi est bien réel et régulier : dans ce cas, il n'empêche pas les récives suicidaires, et n'est donc pas adapté.

Comme la plupart des études ramenant une plus grande consommation de psychotropes chez les multisuicidants, nous notons une large majorité de patients (86%) ayant un traitement psychotrope en cours ; ces résultats interrogent quant à l'usage du traitement avec la question de prescriptions peut être pas toujours adaptées, et également l'interrogation d'une mauvaise observance des patients. Nous pouvons questionner l'aspect peut être parfois « utilitaire » du suivi dans le but d'obtenir une prescription médicamenteuse, avec la question de savoir si le patient demande une prescription à visée anxiolytique ou dans le but d'accumuler les comprimés pour se suicider.

En effet, le lien entre l'importance des prescriptions de psychotrope et le moyen suicidaire qui est médicamenteux dans la grande majorité des cas ne peut que susciter notre attention sur l'aspect iatrogène...

Nous retrouvons une fréquence importante des évènements de vie déclenchant, présents dans 82% des cas. Pour la majorité d'entre eux, il s'agit de séparations récentes, de disputes et de difficultés relationnelles interpersonnelles. Il est intéressant de voir que l'évènement de vie précipitant/déclenchant est le même pour les 2 TS rapprochées dans 61% des cas (11/18 patients), ce qui montre la non-résolution d'une crise suicidaire à l'origine de conduites répétitives déclenchées par un même stimulus (cf approche cognitiviste).

Les TS sont majoritairement unimodales, par intoxication médicamenteuse volontaire dans la grande majorité des cas ; cela n'est pas surprenant car il s'agit d'une méthode « facile », simple, à la portée de tout le monde. Concernant la nature des médicaments ingérés, les produits utilisés sont essentiellement des psychotropes, avec en grande proportion les benzodiazépines.

Nous remarquons qu'une grande majorité des patients (77% des cas) utilisent le même moyen pour les 2 TS rapprochées. Quel que soit le moyen autolytique, une ingestion d'alcool y est associée dans 35% des cas, avec, pour les patients ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire, une ingestion d'alcool associée dans 83% des cas. Tous les patients ayant ingéré de l'alcool au moment de leur geste présentaient une dépendance à l'alcool. Ces résultats soulignent donc l'importance et la fréquence des comorbidités addictives chez les patients suicidants réitérants, comme dans la plupart des études sur les multisuicidants (cf étude de Cremniter 1997, Mechri et al.2005, Vajda et al. 2000).

Aucune TS n'a nécessité une prise en charge somatique lourde (réanimation...). Ces résultats, portant sur les conséquences somatiques du geste, montrent bien la relative bénignité de celles-ci dans les récurrences suicidaires rapprochées. Cela rejoint l'étude de Sakinofski et al. décrivant un geste à potentiel moins léthal chez les réitérants.

Le délai moyen est court entre les 2 TS (< à 1 mois). Les récurrences sont en grande majorité précoces car plus des trois quart des patients récidivent leur geste dans un délai < à 1 mois, résultats conformes à ce qui est décrit dans la littérature.

Une grande majorité des patients ont déjà été hospitalisés en psychiatrie 77%, avec un traitement psychotrope antérieur et/ou actuel dans 86% des cas, et un suivi dans 59% des cas. Ces données rejoignent la plupart des études montrant une plus grande consommation de soins médicaux chez les multisuicidants (cf études de Cremniter 1997, Chastang et al.1998, Choquet et al.2004, Mechri et al.2005).

Les scores d'intentionnalité suicidaire restent majoritairement moyens dans cette étude (moyenne de 6,7 / 25), faisant alors ressortir la notion d'ambivalence quant au désir de mourir chez ces patients. En effet, seulement 9% des patients (2/22) ont pris des précautions pour ne pas être découverts (isolement...); de plus, ces précautions étaient « passives » (porte non fermée à clef...). Une intervention d'autrui pendant ou après le geste était probable dans 68% des cas (15/22 patients). Cela rejoint les données littéraires sur la fonction du geste suicidaire, avec pour une majorité des patients une fonction apaisante,

anxiolytique du geste, bien avant une fonction purement autolytique et/ou autoagressive du geste. Irait également dans ce sens la faible proportion de patients (23%) décrivant un sentiment de désespoir.

4-2- Données se dégageant de la littérature

Certaines données cliniques et psychopathologiques de l'étude se différencient de ce qui est décrit dans la littérature.

Tout d'abord, nous observons une faible proportion de patients ayant des antécédents familiaux psychiatriques (contrairement à ce qui est décrit dans la plupart des études) : à peine un quart des patients présentent des antécédents familiaux, avec surtout des antécédents de troubles psychiatriques qui sont plus importants que les antécédents familiaux de TS ou de suicide.

Nous retrouvons peu d'antécédents somatiques graves (2/22 patients), et aucun patient ne ramène son geste suicidaire en lien avec la pathologie somatique, alors que la plupart des études ramène chez les patients multisuicidants plus de plaintes somatiques chroniques (cf étude de Choquet et al. 2004), ainsi qu'un moins bon état de santé physique (cf étude de Colman et al. 2004).

D'un point de vue thymique, nous notons une faible proportion de patient présentant un syndrome dépressif caractérisé (18%), ce qui se différencie de la plupart des études décrivant chez les multisuicidants plus de dépressions comparativement aux primosuicidants.

La fréquence des traits de personnalité histrionique n'est pas négligeable et ne doit pas être négligée car s'agissant de patients faisant souvent apparaître les menaces suicidaires comme « inauthentiques », nous savons maintenant que les patients présentant ce type de personnalité passent souvent à l'acte.

Il nous semble également important de souligner l'absence dans notre étude de trouble de personnalité de type psychopathe ; cela peut paraître surprenant, car comme le souligne A.Cailleau et al., la psychopathie est associée à un risque suicidaire accru devant l'accumulation de nombreux facteurs de risque et l'impulsivité inhérente à cette organisation de personnalité. (24)

Seulement 9 % des patients expriment des idées suicidaires au moment de l'entretien. Ces données se différencient de plusieurs études caractérisant les patients multisuicidants

comme ayant plus d'idéations suicidaires. Cela induit l'hypothèse d'un effet cathartique du passage à l'acte.

On note une faible proportion d'hospitalisation, avec moins d'hospitalisations lors de la 2^{ème} TS (TS index) que lors de la TS initiale. Cela peut paraître étonnant, car si une hospitalisation de principe est à envisager devant tout premier geste suicidaire, elle devrait l'être à fortiori pour les récidivants, que l'on sait fragiles et à haut risque suicidaire. Par ailleurs, nous observons que 37,5 % des patients hospitalisés lors de la TS index avaient déjà été hospitalisés suite à la TS initiale (3/8 patients).

Cela questionne également quant à l'efficacité d'une hospitalisation et encore plus d'hospitalisations rapprochées qui n'ont parfois comme seul but d'éviter une escalade de passage à l'acte en proposant une « pause » dans leur fonctionnement.

La prise en charge du suicidant serait peut être plus facile si celui-ci se trouvait immédiatement dans un milieu spécialisé à l'issue de son passage aux urgences ; mais vu le nombre important de suicidants, tous ne peuvent pas être transférés dans les services de psychiatrie. D'où toute l'importance du suivi en ambulatoire qui semble indispensable mais qui reste problématique du fait d'une difficulté d'observance chez ces patients.

Pour les patients non hospitalisés, lors d'un retour à domicile , l'orientation vers un suivi spécialisé psychiatrique est présent dans 86% des cas, et ce, le plus souvent, de façon très rapprochée avec un rendez-vous programmé le jour même ou dans les jours qui suivent dans 71% des cas (10/14 patients).

Concernant le lien avec le médecin traitant, nous sommes étonnés de voir l'absence d'orientation vers celui ci pour tous les patients non hospitalisés, sachant que la majorité d'entre eux avaient un médecin traitant référent. Nous pouvons nous poser la question de savoir si le médecin traitant a été contacté, et/ou s'il était joignable au moment voulu. L'absence de contact avec ce dernier pourrait peut-être s'expliquer par des difficultés voire l'impossibilité de se mettre en lien téléphonique à des heures tardives aux UMP qui assurent une permanence de soins 24 heures sur 24.

Presque la moitié des patients expriment un regret de leur geste ou bien le critiquent, ce qui montre bien l'ambivalence des patients au cours de la crise suicidaire, et leur volonté de trouver une autre solution à donner à leur souffrance actuelle.

On ne retrouve que 18% de patients ayant prémédité leur geste, donc pour plus des trois quart des cas (82%) le passage à l'acte n'était pas programmé et/ou préparé, ce qui amène l'importance de la notion d'impulsivité que nous détaillerons par la suite.

Le geste suicidaire a une fonction anxiolytique majoritairement ; cela induit la question de la recherche d'un « mieux-être » chez ces patients ; la fonction d'appel du geste, retrouvé pour

un quart des patients, nous montre toute l'importance de la dimension relationnelle comme enjeu majeur dans le passage à l'acte à répétition.

Une grande majorité de patients (77%) décrit son geste dans le but de mobiliser leur entourage, amenant ainsi la question d'une incapacité chez ces patients à mentaliser les conflits avec une tendance à l'agir. Cela peut nous interroger sur l'existence de failles dans leur capacité à communiquer ou bien sur la possibilité d'un réflexe suicidaire acquis face à un stimulus déclenchant.

Une minorité de patients reconnaît le risque encouru après son passage à l'acte, cela interroge sur la conscience du trouble. Ce manque de discernement serait-il un facteur de récurrence en soi ? Le patient qui répète des gestes suicidaires sait-il qu'il prend le risque de mourir à chaque fois, ou bien recommence-t-il ce comportement parce qu'il l'ignore et qu'il le considère comme un jeu relationnel, de l'ordre de l'ordalie ?

La réalité de cette conscience du risque pris relève en partie des compétences cognitives -les fonctions frontales en particulier- qui peuvent être diminuées en cas de troubles psychiques (trouble de l'humeur, trouble de personnalité).

Contrairement à la plupart des études, un sentiment de désespoir est retrouvé dans moins d'un quart des cas. Il est possible que cette évaluation soit faussée par une difficulté à exprimer ou verbaliser leurs émotions (dimension alexithymique retrouvée dans 45% des cas). Les patients seraient alors majoritairement dans l'espoir d'un changement après leur passage à l'acte. Les patients seraient ainsi plus dans une dynamique d'espoir dans la relation thérapeutique qu'oblige et qu'amène leur geste suicidaire.

4-3- Impulsivité et intentionnalité

La dimension d'impulsivité mérite une attention particulière puisque la moitié des patients a décrit son geste comme impulsif au moment de l'entretien.

A travers le questionnaire UPPS, deux sous-dimensions ressortent : l'urgence et la recherche de sensations.

Ainsi, en reprenant les définitions des sous-dimensions d'impulsivité, les patients présentent donc surtout une tendance à exprimer des réactions fortes, surtout dans des contextes émotionnels intenses (dans le but d'éliminer des affects négatifs le plus souvent), et ont tendance à s'engager dans des activités excitantes et à s'ouvrir face à de nouvelles expériences.

Les résultats statistiques mettent en évidence une corrélation entre l'intentionnalité suicidaire et la recherche de sensations, avec une différence significative. Plus l'intentionnalité suicidaire est élevée, plus la recherche de sensation est importante.

Ainsi, les patients exprimant une volonté de mourir ne recherchent-ils pas plutôt des sensations fortes comme solution escapiste à des épreuves existentielles apparemment insolubles ?

Plusieurs auteurs ont relié les conduites suicidaires répétées à une dimension d'impulsivité et de « recherche de sensations » (1), en rapprochant ces conduites avec les addictions, les conduites de risque et l'ordalie. Nos résultats viennent donc confirmer ces données, et peuvent également répondre, en fonction d'une approche plus sociologique, aux suicides « ludiques » de la typologie de Baechler (6), amenant la dimension d'ordalie et de « jeu avec la mort ».

Cependant, il convient de rester prudent face à des résultats qui ne préjugent pas d'un lien de causalité entre intentionnalité et recherche de sensations. Il serait intéressant d'approfondir ce travail (à l'aide de l'échelle de recherche de sensation de Zuckerman par exemple), ce qui permettrait d'affiner et de mieux comprendre ces mécanismes psychopathologiques complexes.

Un lien entre intentionnalité suicidaire et sentiment de désespoir a été décrit dans la littérature (cf étude Reynolds et Eaton), ce que nous ne retrouvons pas dans cette étude puisque sur les 23% de patients exprimant un sentiment de désespoir, on note une intentionnalité suicidaire moyenne de 7,6/25, avec des extrêmes allant de 5 à 11/ 25.

Concernant l'intentionnalité suicidaire et le retentissement émotionnel du geste: on retrouve une part importante (45%) de patients présentant une dimension alexithymique avec des difficultés à verbaliser leur état émotionnel, et un mode de pensée souvent « opératoire »; chez ces patients nous avons pu observer que les scores d'intentionnalité suicidaire étaient particulièrement élevés par rapport à la moyenne.

Après avoir mis en évidence un lien entre intentionnalité élevée et la recherche de sensations, ces résultats amènent donc à discuter l'articulation entre alexithymie et recherche de sensations.

Cela induit l'hypothèse que le lien « intentionnalité élevée - recherche de sensation » s'expliquerait en réponse à une alexithymie, avec l'idée d'une fonction défensive dans la dimension alexithymique qui vient rendre compte de la dialectique recherche de sensation/évitement des émotions.

La dimension impulsive dans la recherche de sensation serait ainsi le reflet d'un déficit de contrôle émotionnel, ou encore, dans une perspective psychanalytique, un « évitement » des affects.

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses : soit l'intentionnalité suicidaire amène la dimension alexithymique avec une difficulté à verbaliser les émotions, soit au contraire c'est la conséquence d'une difficulté à distinguer les affects et les émotions qui se traduirait à certains moments par une brusque explosion amenant cette intention de vouloir mourir et aboutissant au passage à l'acte.

Ces données restent à confirmer, ce qui amène en perspective de rechercher un lien ou une corrélation entre l'intentionnalité suicidaire et l'alexithymie (à l'aide de l'échelle d'alexithymie de Bermond-Vorst par exemple).

4-4- Limites, faiblesses et forces de l'étude

Limites et faiblesses de l'étude :

- Il s'agit d'un petit échantillon de patients (22 patients)

-Définition arbitraire de 3 mois entre les 2 TS avec l'argument que, dans cet espace de temps, sont concentrés des éléments psychopathologiques critiques, dans le cadre d'une crise suicidaire.

- Durée de l'étude courte (6 mois)

- Biais :

- recueil de données : données manquantes avec des dossiers parfois mal remplis, données non recherchées par le médecin psychiatre (avec souvent un manque de temps dans un contexte d'urgence).
- biais liés à l'observateur : examen psychiatrique fait par des médecins différents, avec donc des appréciations différentes.
- biais de recrutement :
 - période de l'année : saison hivernale pouvant influencer la clinique et le type de pathologies psychiatriques.
 - biais liés à un accès aux soins inégal : rappelons l'absence de patient SDF dans notre étude.

- biais d'incidence-prévalence (biais de Neyman) : nous incluons dans l'étude les patients ayant survécu à leur tentative de suicide, nous sélectionnons donc peut être les cas les moins « graves ».
- infos déclaratives : informations parfois erronées
- biais de mémorisation : oublis des patients ; patients présentant des troubles mnésique liées à une imprégnation benzodiazépinique lors d'une IMV par exemple.

-Faiblesse méthodologique :

- absence de population de comparaison
- nombre de cas sous-estimés, avec l'absence de toutes les TS non médicalisées et non hospitalisées
- absence de suivi longitudinal

Forces de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et exploratoire, permettant de mieux connaître la clinique et les enjeux psychopathologiques propres aux patients récidivistes.

Nous avons sélectionné un échantillon de patients réellement récidivistes, et ce de façon rapproché dans le temps, avec l'argument épidémiologique que le trimestre suivant la tentative de suicide est la période où le risque est de récidence est le plus important.

L'intérêt de ce travail tient également sur le recrutement d'une population « tout venant » dans le but de se dégager de toutes les études précédentes sur le sujet, qui ont, en grande majorité, porté sur des populations spécifiques en terme d'âges (population adolescente beaucoup étudiée), de pathologies (troubles bipolaires, psychoses...), ou encore en populations comparées.

L'originalité du travail aura été d'utiliser le questionnaire d'impulsivité UPPS qui, jusqu'alors, n'a jamais été employé dans le domaine de la suicidologie (questionnaire utilisé essentiellement en addictologie) et de le corrélér à l'intentionnalité suicidaire ; cela permet d'articuler ces deux domaines sous-tendus par des éléments psychopathologiques communs (décrits précédemment) avec l'idée d'une réelle dimension addictive dans les gestes suicidaires répétées et rapprochées.

PARTIE III : APPROCHE THERAPEUTIQUE-REFLEXIONS EN MATIERE DE PREVENTION

Si les tentatives de suicide font l'objet de plusieurs centaines d'articles par an, rares sont ceux qui s'intéressent plus spécifiquement aux sujets récidivistes. Or, pour certains, il s'agit incontestablement d'un sous-groupe que l'on peut isoler à partir de plusieurs arguments : anamnestiques, symptomatiques, évolutifs. Quand nous voyons que la proportion de sujets, souvent jeunes, faisant des tentatives de suicide à répétition est en augmentation, et que la comorbidité liée à ces gestes est importante, nous comprenons l'importance que devrait avoir la prévention du comportement suicidaire à répétition. Pourtant les études contrôlées sont rares ; il faut dire que la méthodologie de telles études, déjà complexes chez les suicidants « tout venant » est accrue chez les récidivants.

1-Position des soignants face à la répétition suicidaire : les « risques »

Le risque de récurrence suicidaire représente une véritable hantise régulièrement invoquée tant par les soignants, les familles, relayées parfois par les instances officielles, le psychiatre se trouvant mandaté, mis en demeure d'assumer seul l'évaluation et la prévention de ce risque.

L'usure des soignants peut être rattachée d'une part à l'instantanéité de la répétition de situations de crise, et d'autre part aux à-coups de cette répétition. La représentation de la récurrence suicidaire ne renvoie pas uniquement à des données statistiques, mais aussi à la crainte des soignants auxquels s'impose cette possibilité. Parfois même lorsque des soignants s'imaginent dans une impasse thérapeutique, il peut leur arriver de penser que la mort est inévitable sinon la meilleure solution ; une telle attitude peut mettre en péril les sujets en recherche d'appui. Pour se défendre de cette contamination, de nombreux moyens peuvent être utilisés : défaut d'écoute, prescription médicamenteuse et /ou institutionnelle (hospitalisation sous contrainte) inappropriée ou inopportune, recherche éperdue des causes du geste. Or, dans la tentative de suicide, l'histoire actuelle, quelle qu'elle soit, n'est pas la racine du dernier geste, elle en est la fleur.

En outre, nous pouvons observer la tendance à étiqueter en vrai ou faux suicide selon le moyen utilisé, le nombre de comprimés ingérés. Il convient aussi de souligner la fréquence de la dérive sémantique concernant la façon de nommer le geste suicidaire (autolyse, pseudo-suicide, para-suicide) ou de le disqualifier en évoquant des termes comme suicide-

chantage, suicide-comédie... Dans les services d'urgence, la gravité du sens du geste se mesure souvent à la gravité des effets somatiques, signe de la nécessaire mise à distance du retentissement de la confrontation à la souffrance du suicidant, à son vécu douloureux d'échec, de perte.

Ce questionnement sur l'évacuation des mauvais objets et sa non résolution est au centre de la problématique de l'interaction multisuicidant et institution et ce, pour différentes raisons. La première est le fait que l'institution d'urgence n'a pas d'histoire à elle : elle ne peut pas toujours garder une trace mnésique tant par l'hémorragie permanente de ses patients, que par le « turn-over » trop rapide de ses soignants (dossier médical parfois incomplet, mal rempli, dans un contexte d'urgence, par manque de temps le plus souvent). Le récidiviste, lui, vient questionner sur ce qu'on a fait de son histoire et tester dans le regard posé sur lui et les paroles échangées, s'il existe encore et de quelle manière. La deuxième raison est l'impossibilité dans laquelle se trouve l'institution à faire le deuil de ses patients. Le récidiviste vient troubler le soignant en ce sens qu'il rappelle brutalement par son retour dans le réel l'illusion du déni de sa perte et de l'absence de réparation. Nous comprenons alors ainsi à travers la résonance qu'entretiennent ces deux problématiques identiques, le danger de l'installation d'un « transfert impossible » ou, du moins, la scotomisation de l'écoute du suicidant, gage de la récurrence. La violence en retour se manifeste plus intensément vis-à-vis des suicides à répétition, le suicidant déjà qualifié implicitement de malade devient mauvais. Il met en échec le désir de réparation des soignants.

Du côté des soignants, le vécu de disqualification, d'être manipulé est très souvent verbalisé : se vivant dans l'impuissance de leur fonction, dans une remise en cause de leur identité professionnelle, de par la charge, la répétition des traumatismes, ils sont également atteints dans leur narcissisme, dans leur identité personnelle. La projection de la dépression des suicidants, générant le sentiment de ne pas avoir fait suffisamment, est, chez les soignants, source d'un comportement que l'on reconnaît comme une agitation maniaque, défense d'un processus dépressif des soignants, fréquemment observé dans les services d'urgence. En effet, le thérapeute peut être pris dans une forme de déni hypomane de la gravité du geste suicidaire, par un activisme institutionnel ne laissant guère de place à une alternative aux tâches de tri des patients. (142)

Nous voyons donc que la répétition des gestes suicidaires peut induire des mécanismes de défenses fort délétères pour le soin psychique. Le caractère automatique de la répétition de l'accueil des multisuicidants peut entraîner un certain automatisme thérapeutique se manifestant par une stéréotypie de la prise en charge.

La maîtrise de la répétition, en devenant opératoire, est également un risque. L'institution adopterait une forme de comportement alexithymique, en s'interdisant de nommer ses émotions. La répétition serait alors mise à distance par une désaffectation de l'approche du patient, qui pourrait renfermer une certaine agressivité. Anticiper la répétition peut également être un danger ; il s'agirait alors de devancer l'abord du patient par une

surinvestigation de sa problématique, en fouillant tous les dossiers précédents et en joignant les éventuels intervenants de sa prise en charge avant même de le rencontrer. Le premier entretien, souvent riche en information sur le contexte psychique et relationnel de la crise ne pourrait alors par remplir ce rôle. La menace d'érotisation de la répétition par la suppression de la distance à l'égard des patients multisuicidants existe également, si nous ne prenons pas garde de rester identifiés à notre fonction de thérapeute en nous dégageant des mouvements affectifs des patients. Les suicidants présentent en effet souvent des symptômes caractériels, hystériques, psychopathiques ou abandonniques qui nous obligent à garder notre position d'interlocuteur « neutre », empathique et attentif. (52)

En résumé, la répétition incarne une forme d'acte itératif auquel nous ne pouvons répondre par des passages à l'acte thérapeutiques. Il ne s'agit pas pour nous de prendre position mais de réinscrire le geste suicidaire dans une parole échangée qui puisse redonner sens à cette crise, dans la dynamique historique, psychique et relationnelle du patient.

2-Prise en charge thérapeutique des multisuicidants

2-1-Consommation de soins médicaux

Pour les patients multisuicidants, les données statistiques relèvent une consommation de soins médicaux plus importante avec des patients plus fréquemment hospitalisés, ou vus en consultation, et une plus grande consommation de médicaments. 80% de ces patients ont consulté un médecin généraliste ou un psychiatre peu avant leur passage à l'acte. Dans une étude comparative, Reynolds et Eaton notent que les patients multisuicidants sont en proportion plus souvent admis à l'hôpital après leur geste suicidaire que les primosuicidants. (122)

Il a été retrouvé une diminution des répétitions suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgences ; en effet, Eudier retrouve dans une étude une réduction significative des taux de répétition à un mois à la suite du passage aux urgences entre 2000 et 1994 et il fait le lien avec la présence depuis 2000 d'une équipe psychiatrique complète au sein du service d'urgences, présente 24H/24, 7 jours sur 7, semblant être à l'origine de cette baisse des taux de répétition suicidaire. (57)

De plus, en fonction des pathologies psychiatriques, les résultats et les constatations ne sont pas les mêmes ; c'est le constat de Walsh et al. , qui, dans une étude concernant des patients psychotiques chroniques, ne mettent pas en évidence de différence significative en terme de comportement suicidaire après une prise en charge intensive des patients psychotiques chroniques, en comparaison avec une prise en charge standard. (148)

D'où l'importance chez les patients multi-récidivants d'un meilleur repérage des maladies mentales, avec notamment la fréquence des troubles dépressifs chez les multi-récidivants, l'importance du dépistage et du traitement des comorbidités, et la prise en compte d'interrelations entre troubles thymiques et certains troubles de la personnalité. En prenant l'exemple du trouble de personnalité borderline, fréquemment retrouvé chez les patients multisuicidants, Cailhol souligne que la présence de ce diagnostic chez ces patients n'avait pas d'influence sur l'orientation proposée depuis les urgences ; or cette donnée est discordante du fait d'un risque de récurrence suicidaire supérieur. Cela met donc en avant le hiatus entre la plus grande sévérité apparente de ce sous-groupe et l'absence de prise en compte du diagnostic dans l'orientation ultérieure, contrairement aux recommandations d'experts. (22)

Par ailleurs, on note une faible compliance des patients multisuicidants au suivi proposé par les équipes qui ont effectué les enquêtes, en particulier après le passage aux urgences ou l'hospitalisation de courte durée (10 à 50% des patients, selon les études, suivent l'orientation proposée). Certaines études montrent l'augmentation de la compliance de ces patients lorsque les équipes ont mis en œuvre une relance systématique (téléphone ou courrier). (4)

2-2-Prise en charge aux urgences

Pour les équipes de soins, la répétition des passages aux urgences des multisuicidants est généralement vécue comme assez agressive et parfois même décourageante. Plus que quiconque, ces patients demandent aux soignants de leur garantir en dépit de tout un cadre thérapeutique stable dont ils ont besoin et qu'ils ne cessent d'attaquer, à la manière des divers échecs de leur vie et plus particulièrement de leur enfance.

Il est primordial d'instaurer un cadre thérapeutique dès leur entrée aux urgences avec quelques grands principes à savoir que chez ces patients, même dans la répétition, il n'existe aucune corrélation entre la gravité somatique et la gravité psychologique du geste. Un geste peut un jour devenir fatal sans raison apparente car certains sujets sont en véritable état de mal suicidaire. Notons également que les facteurs associés aux gestes précédents ne sont pas forcément ceux qui induisent la réitération, et les symptômes de crise suicidaire, bruyants lors des premiers gestes, sont souvent émoussés chez le multi-suicidant.

L'évaluation aux urgences du potentiel suicidaire demeure bien sûr primordiale, avec le bilan des facteurs de risque, l'évaluation de la dimension d'impulsivité, de l'intentionnalité suicidaire, du degré d'urgence et de la dangerosité (accès aux moyens létaux) ; cependant, nous ne développerons pas cette partie qui n'est pas une spécificité de la prise en charge du

patient multi-suicidant. Enfin, il convient de souligner l'importance des enjeux relationnels lors du premier entretien aux urgences chez les patients multisuicidants.

2-3-L'hospitalisation

L'intérêt d'une hospitalisation, y compris courte, est un élément essentiel de la prise en charge ; elle peut et doit être proposée au multi-suicidant. Elle souligne ainsi l'importance accordée au geste, permettant alors la réévaluation de la situation en dehors du cadre strict de l'urgence, la mobilisation de l'entourage, ainsi que l'organisation ou la réorganisation de la prise en charge.

Elle peut constituer parfois un véritable facteur de prévention de la récurrence suicidaire. C'est notamment le cas en ce qui concerne l'adolescent. Une étude française fait apparaître qu'à cet âge, 75% des récidivistes à 3 mois n'ont pas été hospitalisés lors de leur précédente tentative de suicide. (4)

Il existe cependant de nombreuses carences dans la prise en charge hospitalière des patients suicidants (130). Les forts pourcentages de fugues ou de sorties contre avis médical (jusqu'à 25% des suicidants examinés aux urgences-porte) témoignent de nos difficultés face aux suicidants et de leur profil psychologique. (129)

Par ailleurs, la question du lieu de l'hospitalisation se pose. Il peut être important d'éviter les hospitalisations répétées dans les services de psychiatrie de secteur, s'il n'existe pas de pathologie psychiatrique de l'axe I, ce qui n'est pas toujours possible, compte tenu des troubles psychiques chroniques associés à la répétition, et plus particulièrement les troubles graves de personnalité.

Un dispositif de référence extrahospitalière solide et disponible a toute son utilité dans de tels contextes. Plus que le lieu en tant que tel, c'est le sens donné à l'hospitalisation et les connexions entre l'équipe qui reçoit et l'équipe référente si elle existe qui sont importants pour le patient multi-suicidant, qui a trop souvent rencontré solitude, lassitude, souffrance, désespoir et ruptures multiples dans sa vie et dans son parcours de soins. Un bref séjour en unité d'hospitalisation de courte durée, afin de garantir la sécurité somatique, permet alors d'offrir un temps « neutre » d'évaluation avant le retour dans le monde extérieur. Cela permet ainsi d'éviter les phénomènes de renforcement liés aux réhospitalisations indéfinies dans les services de psychiatrie avec lesquels certains patients multisuicidants revivent les interactions précoces qui ont sans doute contribué à forger leur structure de personnalité borderline ou psychopathique.

2-4-Suicidalité et pharmacologie

L'approche pharmacologique repose sur une utilisation adéquate des psychotropes chez des patients multisuicidants, porteurs de troubles psychiques identifiés. Peu d'études contrôlées portent spécifiquement sur le syndrome suicidaire. On pourrait penser que le traitement des pathologies suicidogènes constitue une réponse adéquate à cette problématique, mais il n'en est rien, car en dépit des efforts consentis depuis 1995 avec les programmes régionaux de santé et les conférences de consensus, la mortalité suicidaire reste incompressible en France.

2-4-1-Antidépresseurs

Nous savons que les antidépresseurs diminuent les idées suicidaires en rapport avec la présence d'un épisode dépressif, mais rares sont les études portées sur la suicidalité elle-même. Il n'a pas été retrouvé de tendance significative à la réduction des tentatives de suicide et des suicides lors de l'utilisation des antidépresseurs chez les patients suicidaires déprimés, avec des résultats variables en fonction de la molécule choisie.

Une des études les plus convaincantes quant à la capacité de programmes de prise en charge de la dépression sur l'infléchissement des gestes suicidaires est celle réalisée sur l'île de Gotland par Rutz et al. en 1989; la mise en place sur cette île en 1982 et 1983 d'un programme de formation aux divers aspects de la suicidologie et de la reconnaissance et du traitement de la dépression a fourni des résultats positifs, avec une diminution de 60% des taux de suicide, de 75% des hospitalisations en psychiatrie, de 50% des consultations de psychiatrie, et de 50% des arrêts de travail pour dépression. Parallèlement, la consommation d'antidépresseur augmentait de 50 à 80% et la prescription de lithium de 30%. Cependant, ces résultats ont dû être nuancés : tout d'abord le bénéfice de cette démarche ne concernait que la population féminine, les taux de suicide sont restés élevés chez les hommes ; enfin il a été noté une remontée des indicateurs de dépression 3 ans après en dépit d'une stabilité de la prescription d'antidépresseurs. (125)

Concernant les troubles anxieux, le risque suicidaire est augmenté en cas de comorbidité anxiété/dépression ; cependant, peu d'études ont évalué l'impact réel des antidépresseurs sur le risque suicidaire lié à l'anxiété.

Quant aux troubles de la personnalité, les études sont également rares ; nous retiendrons l'étude de Verkes et al. qui s'est intéressée à l'efficacité d'un IRS (la paroxétine) dans la prise en charge de patients récidivistes présentant un trouble de personnalité borderline (91 sujets récidivistes inclus dont 90 présentant un trouble de personnalité borderline), avec l'hypothèse d'une possible efficacité des IRS sur la prévention du comportement suicidaire

itératif. Cette étude constate que l'IRS n'est efficace que chez les seuls récidivistes mineurs, c'est-à-dire ceux ayant fait moins de 5 tentatives de suicide, et ne présentant pas de dépression majeure. Cette efficacité n'est pas retrouvée chez les récidivistes majeurs, chez qui la diminution du nombre de récurrence n'est pas significative. De même, il constate que l'IRS ne se révèle efficace que chez les individus présentant moins de 15 critères en faveur d'un trouble de personnalité de type B, tandis qu'il ne l'est pas chez ceux en présentant plus de 15. (145)

Enfin, n'oublions de rappeler le potentiel « suicidogène » des antidépresseurs en termes d'effets indésirables, en début de traitement (surtout dans les 10 premiers jours), avec la levée d'inhibition psychomotrice et le risque de passage à l'acte suicidaire.

2-4-2-Thymorégulateurs

Plusieurs méta-analyses récentes montrent que le lithium est apparu comme la substance de référence dans la prévention des réitérations suicidaires, après avoir comparé les taux de suicide et de tentative de suicide chez des sujets souffrant de troubles de l'humeur. (7) (45)

Nous pouvons alors nous poser une question : le lithium préviendrait-il les réitérations suicidaires en dehors des troubles thymiques caractérisés ? Malheureusement, l'hypothèse d'une action « anti-suicide » du lithium étendue à d'autres catégories diagnostiques en dehors des troubles de l'humeur, et plus précisément les multisuicidants, n'a pas encore été scientifiquement envisagée.

Qu'en est-il des autres thymorégulateurs ? La méta-analyse de Cipriani et al. (45) donne des résultats concordants favorisant le lithium par rapport au placebo, à l'amitriptyline, la carbamazépine et à la lamotrigine. Goodwin (67) retrouve dans une étude portant sur des sujets bipolaires deux fois plus de tentatives de suicide et d'hospitalisations pour tentative de suicide sous divalproex que sous lithium. Par ailleurs, Thies-Flechner et al. (134) mènent une étude chez 378 patients traités soit par lithium, soit par carbamazépine, soit par amitriptyline, et retrouvent sur un suivi de 2ans et demi, 9 suicides, 5 tentatives de suicides chez les sujets traités par carbamazépine, mais aucun évènement chez les patients sous lithium.

En résumé, les données s'accumulent non seulement en faveur du lithium, mais aussi pour faire penser que les thymorégulateurs anticonvulsivants pourraient avoir une action (faiblement) suicidogène à l'instar des antidépresseurs. (23)

2-4-3-Antipsychotiques

La plupart des études de suicidalité, ramène l'existence d'un effet spécifiquement « anti-suicide » de la clozapine, au sein des agents antipsychotiques. En effet, dans le trouble schizophrénique, Hennen et Baldessarini (74) ont recensé 6 études de prescription de clozapine comparée à d'autres antipsychotiques et ont procédé à une méta-analyse de ces résultats comportant une évaluation du risque suicidaire; ils concluent que le risque de geste suicidaire est 2,38 fois plus important avec les neuroleptiques prescrits, de première ou de deuxième génération, qu'avec la clozapine.

Une autre étude, certainement la plus solide, menée par Meltzer en 2003, compare la clozapine et l'olanzapine chez 980 patients souffrant de troubles schizo-affectifs ou de schizophrénie, l'ensemble étant repéré par des tentatives de suicide antérieures : il en ressort que la clozapine est significativement supérieure à l'olanzapine dans la prévention des tentatives de suicide. (100)

Enfin, citons Montgomery et al. qui ont étudié l'efficacité d'un autre antipsychotique, le flupenthixol versus placebo sur la réduction des comportements suicidaires répétés chez des individus à risque (seules des femmes étaient incluses). Les résultats montrent un taux de récurrence nettement inférieur dans le groupe traité par flupenthixol comparé au groupe sous placebo, avec une différence significative dès 4 mois de traitement, et plus encore à 6 mois. (106)

2-5-Suicidalité: approches psychothérapeutiques

La prise en charge des suicidants ne peut se concevoir en dehors d'une approche psychothérapeutique. Nous nous limiterons ici à une présentation des thérapies spécifiquement développées pour diminuer le risque suicidaire.

En 1999, la librairie Cochrane a publié une synthèse des 23 études contrôlées recensées, avec comme critère d'évaluation la répétition des gestes auto-agressifs (73), avec des résultats dans l'ensemble décevants concernant les interventions psychosociales. En effet, ces résultats montrent que :

- les techniques de résolutions de problèmes comparées au traitement standard réduisent de façon non significative les répétitions suicidaires (5 études)
- les soins intensifs assortis d'un contact ultérieur ne sont pas supérieurs aux soins standards (6 études)

-un suivi instauré par le premier thérapeute (rencontré aux urgences) améliore le suivi, mais ne permet pas de réduire les répétitions : curieusement, bien que la stabilité aboutisse à des taux de suivi supérieurs, il ya plus de répétitions qu'en cas de changement de thérapeute. (135)

-l'hospitalisation en hôpital général ou un suivi prolongé n'apportent aucun réel bénéfice.

-la thérapie familiale pratiquée à domicile ne montre aucune supériorité.

Cependant, même si ces approches psychothérapeutiques, codifiées, le plus souvent d'inspiration cognitivo-comportementale, peinent à démontrer des avantages, elles ne sont pas pour autant dépourvus d'intérêt, mettant en œuvre des outils utilisables dans une perspective clinique ouverte et synthétique.

2-5-1-Thérapie cognitivo-comportementale

2-5-1-1-Technique de résolution de problèmes

Les thérapies cognitives proposent ainsi des thérapies brèves fondées sur la résolution de problèmes. Il peut sembler évident qu'une meilleure capacité en résolution de problèmes va diminuer le poids des problèmes non résolus et diminuer l'idéation suicidaire ; le postulat est le suivant : le comportement survient lorsque le sujet n'a plus en sa possession les ressources psychologiques pour faire face et résoudre le problème posé. Cette technique comprend deux phases : l'analyse du problème, et la recherche de solutions adaptées. La relation entre le patient et le thérapeute est active, interactive, et vise à rendre le sujet conscient de ses distorsions cognitives et de ses pensées automatiques négatives générées par les mécanismes de sur-généralisation, d'attributions dysfonctionnelles ou d'adoption systématique de conclusions négatives.

2-5-1-2-Thérapie cognitive dialectique

Au sein de la thérapie cognitivo-comportementale il existe une variante de cette approche : la thérapie cognitive dialectique : pratique très proche mais avec un modèle théorique différent dérivé du modèle cognitif explicatif de la dépression. Spécifiquement développée par Linehan (93) pour traiter des sujets généralement de sexe féminin, caucasiennes, souffrant d'une problématique borderline, elle est dirigée vers le symptôme cible du comportement suicidaire ou auto-agressif itératif, qui est la composante comportementale la plus difficile à maîtriser chez ce type de personnalité. C'est probablement la thérapie

centrée sur la prévention de la réitération suicidaire qui semble la plus prometteuse et qui a donné les résultats les plus consistants. Elle n'a cependant pas été encore validée sur d'autres populations cliniques que celles dont elle est à l'origine, notamment les suicidants de sexe masculin et les suicidants itératifs en dehors du trouble borderline.

Le postulat est le suivant : la façon dont les sujets interprètent les événements et les expériences a un retentissement sur les affects et le comportement. Une des principales distorsions cognitives en rapport avec le comportement suicidaire est la pensée dichotomique. La stratégie dialectique permet alors au patient, dont le fonctionnement est généralement manichéen, d'envisager la réalité comme ambiguë et en constante évolution. Il s'agit de tenter de valider et d'accepter les comportements existants, tout en accompagnant la nécessité du changement. Le travail ne se réduit pas aux séances en face à face ; le patient est encouragé à travailler sa progression dans la maîtrise des compétences (à résister à l'auto-agression) en situation réelle. Il peut contacter son thérapeute entre les séances. Le but est de valider et de renforcer les comportements adaptés, et d'aider le patient à penser que l'interaction avec le thérapeute peut ne pas dépendre d'un moment de crise ou d'une menace suicidaire.

2-5-1-3-Thérapie interpersonnelle

Les difficultés interpersonnelles sont considérées comme une cause majeure de difficultés psychologiques, notamment dépressives, et de comportements suicidaires. La mise en œuvre rapide, dans la semaine qui suit la sortie, d'une thérapie interpersonnelle au domicile diminue significativement les répétitions à six mois, ainsi que l'idéation suicidaire. (69)

2-5-1-4- Thérapie de groupe

Une équipe anglaise a fait l'hypothèse qu'une thérapie de groupe associée à la prise en charge classique des individus suicidaires pourrait avoir un effet sur les comportements suicidaires à répétition. La thérapie de groupe ici étudiée comporte différents types de thérapies: cognitivo-comportementale, psychodynamique, et résolution de problèmes.

Les résultats de cette étude sont intéressants, car s'ils ne mettent pas en évidence d'efficacité sur la dépression ni sur les idées suicidaires, ils montrent une diminution de la répétition des comportements auto-agressifs : ceux-ci sont plus rares avec la thérapie de groupe, et le temps qui sépare la tentative de suicide index de la première récurrence, plus long (11,9 semaine en moyenne contre 7 dans le groupe témoin). L'impact le plus important de cette thérapie est sa capacité à diminuer le risque de rester récidiviste : ce taux est de 32%

dans le groupe témoin alors qu'il n'est que de 6% avec la thérapie de groupe, soit une diminution de 26%. (150)

Nous pouvons donc constater que l'étude des sujets récidivistes constitue un des premiers pas pour tenter de mieux cerner le vaste problème des tentatives de suicide, et d'avancer dans celui, encore plus vaste, posé par leur prévention. Nous remarquons que contrairement aux travaux conduits dans l'ensemble indifférencié des suicidants, dont les résultats sont négatifs, des données positives ont pu être recueillies dans le sous-groupe des récidivistes. Cependant, il convient de rester prudent, car ces données restent évidemment à confirmer. (13)

2-5-2-Psychothérapie familiale

Les psychothérapies systémiques représentent l'approche idéale pour évaluer et travailler, autour du suicidant itératif, les problématiques qui entretiennent les répétitions. Mais elles ne sont pas toujours applicables, en raison de la faisabilité, ou de la motivation insuffisante des groupes familiaux, qui ont naturellement tendance à refermer le couvercle une fois la crise passée.

2-6-Spécificités de la prise en charge des suicidants récidivistes

Les modalités de prise en charge du patient multi-suicidant reposent comme nous l'avons vu sur l'optimisation des traitements des troubles psychiques repérés, la prise en considération de la suicidalité en tant que telle avec réduction des comportements suicidaires, mais il convient également de prendre en compte certaines spécificités. Sans revenir sur l'importance des enjeux relationnels du multi-suicidant, aspect abordé précédemment, il convient ici d'évoquer la spécificité de ces patients en prenant en compte le champ des pensées dysfonctionnelles. Puis nous insisterons sur l'importance de pouvoir redéfinir avec ces patients un espace thérapeutique.

2-6-1-Abord des pensées dysfonctionnelles

Il semble important de reprendre avec le suicidant la nature et l'ampleur des pensées dysfonctionnelles. Ces pensées dysfonctionnelles sont nombreuses, quasi-permanentes, et donnent une tonalité dichotomique au monde et à leur environnement. Elles concernent soit leur perception du monde en général : « la vie ne vaut pas la peine d'être vécue avec toute cette souffrance », « rien ne vaut le coup », « ça ne peut pas continuer comme ça »...soit leur perception de leur propre mal-être : « je ne me sens bien nulle part », « je n'arrive à rien », « je me sens vide », « je ne pense qu'à la mort »..., comme si, reprenant les termes d'Albert Camus, « l'habitude du désespoir est pire que le désespoir lui-même ». (23)

2-6-2-Définir ou redéfinir un espace thérapeutique

Il semble également indispensable de bien définir ou redéfinir avec ces patients ce que peut être un espace thérapeutique dans lequel la propre perception de leur souffrance les conduit à considérer que le geste suicidaire est le mode de réponse prévalent aux problèmes, comment l'espace de soins peut permettre la gestion de perceptions de vie différentes entre le multi-suicidant et le thérapeute, comment concilier les extrêmes, entre le désir du thérapeute qui souhaite que le patient aille mieux, qui s'oppose aux croyances profondes du sujet « cela ne marche pas, la preuve ».

Vouloir à tout prix éliminer le comportement suicidaire peut paradoxalement conduire à le renforcer, d'où la nécessité d'aménager la relation afin d'éviter toute escalade symétrique entre le patient et son thérapeute, entre les multisuicidants et les équipes qui en ont la charge. Eviter les critiques, renforcer les dimensions positives du patient, lui apprendre patiemment et progressivement à externaliser les pulsions suicidaires peuvent servir de base au projet thérapeutique. Il est en tout cas prioritaire de sortir d'une dynamique systémique où le multi-suicidant perpétue des interactions avec la « néo-famille » que va représenter le cocon hospitalier, ce qui aboutit à faire perdre au message suicidaire sa spécificité interne, pour le faire évoluer en une modalité transactionnelle avec une structure soignante, tantôt contenante, tantôt rejetante. (23)

3-Réflexions sur des pistes de prévention

En 1996, une réflexion a été engagée sur la mise en œuvre d'actions et de prévention du suicide et des récurrences suicidaires avec pour objectif d'améliorer dans un but préventif des récurrences, la qualité de la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier général.

Il est important de souligner qu'il est difficile d'établir un véritable guide de bonnes pratiques cliniques en la matière, et qu'il est seulement possible de privilégier certaines procédures et certains savoir-faire ; ainsi, un consensus entre intervenants semble émerger peu à peu autour de la nécessité d'une évaluation psychopathologique et psychosociale de tout suicidant par un personnel psychiatrique entraîné ainsi que d'une prise en charge spécifique et préventive d'une récurrence ou d'un décès ultérieur. (64)

Des recommandations en termes de structures et de lieux d'accueil soulignent la notion de double urgence, somatique et psychiatrique, qui conditionne un accueil en urgence avec des degrés de gravité variable et une intrication des pathologies et des évaluations.

Pour la question du lieu, un service d'accueil des urgences paraît la structure la plus adaptée.

D'un point de vue temporel, une durée minimale d'hospitalisation de 3 jours devrait être recommandée à tout suicidant, quels que soient la gravité de son geste et son état somatique ; cette hospitalisation de 3 jours en première intention paraît justifiée quel que soit l'état psychologique initialement observé, afin de permettre une meilleure observation, autoriser des prises de contact avec l'entourage et le médecin traitant, permettre la gestion d'une crise ou la résolution d'un conflit, autoriser une coupure avec le milieu ambiant, favoriser une éventuelle mobilisation de l'entourage, bénéfique au patient, et afin de permettre la mise en route si besoin d'un traitement psychotrope.

En terme de personnel, les recommandations insistent sur l'importance d'une équipe pluridisciplinaire (urgentistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, assistantes sociales..), limité en nombre, et formé en matière de prise en charge des suicidants, avec organisation régulières de réunions médicales et paramédicales, de formation, afin de favoriser les échanges de compétences.

Quant aux modalités de prise en charge et de fonctionnement de la structure d'accueil, les recommandations distinguent trois temps.

Tout d'abord un temps d'évaluation peut débuter dès l'admission, dans un délai compatible avec la récupération d'une vigilance et de fonctions cognitives normales, donc après dissipation de tous les effets psychotropes des produits pris, et à distance suffisante du geste. En plus du recueil « classique » des données lors de l'examen psychiatrique, il convient d'insister sur l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire, avec la prise en compte cumulée de 3 indicateurs qui semblent avoir un intérêt pronostique, à savoir l'appréciation

de la létalité du geste par le patient, l'intention affirmée de se donner vraiment la mort et non pas seulement de vouloir dormir et oublier, et enfin la position du patient vis-à-vis de son geste, c'est-à-dire le fait d'être désolé ou non d'avoir survécu. Par ailleurs, les critères d'urgences doivent être vite repérés : une détermination suicidaire affirmée, la notion de préparatifs ou de précautions déjà prises, une angoisse intense, des idées délirantes ou un syndrome hallucinatoire, une restriction récente des activités et une discontinuité comportementale avec désinvestissement et isolement progressif. L'appréciation de la signification du geste est délicate, renvoyant à l'évaluation du désir de mort ; mais la symbolique d'appel est parfois claire : il convient alors d'estimer si l'appel a été entendu et quelles sont les capacités de mobilisation de l'entourage. Cette évaluation doit donc être complétée par une rencontre avec l'entourage, et d'évaluer la qualité de celui-ci ; de plus, une prise de contact avec le médecin traitant semble indispensable.

L'existence d'antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide constitue un facteur de risque de récurrence, le risque de suicide allant croissant avec le nombre de récurrences, de même que l'existence d'une pathologie psychiatrique avérée que doit permettre ce temps d'évaluation. Cependant, il existe un nombre important de cas où le geste suicidaire tend à fonctionner comme un moyen de régulation psychosociale des conflits (relationnels et affectifs), et aucun diagnostic psychiatrique ne peut être porté, sans pour autant que le risque soit moindre ! Il importe donc à l'examineur de faire la part des facteurs purement situationnels et contextuels et des facteurs de personnalité.

Le deuxième temps est un temps décisionnel, au terme de 3 à 5 jours d'évaluation, avec deux possibilités : soit la sortie est possible, et l'orientation doit se construire, soit l'hospitalisation paraît devoir être prolongée au-delà de ce délai. Dans ce cas, soit l'hospitalisation en milieu psychiatrique s'impose, soit un transfert dans une autre unité médicale spécifique (unité d'alcoologie-toxicomanie, unité pédiatrique...)

Enfin, le troisième temps est celui de l'orientation du patient et l'organisation d'un suivi. Nous savons que la sortie de l'hôpital représente un enjeu clinique majeur. Lorsque la sortie est acquise, le patient suicidant ne doit pas quitter le service sans un rendez-vous organisé dans un délai proche, ni sans les coordonnées du service d'accueil, et l'information de la possibilité d'accéder 24H/24 au service d'accueil et d'urgence, avec une liste de lieux-ressources accessibles. Le suivi ambulatoire et le rendez-vous peuvent être organisés soit par le médecin traitant, soit par le psychiatre (libéral ou psychiatre rencontré lors de son séjour), soit par des structures psychiatriques publiques (centre médico-psychologique, hôpital de jour...). Quant au départ du patient, il doit au mieux se faire entourer d'un ou plusieurs proches mobilisables et bienveillants.

Cependant, il semble important d'apporter quelques nuances. Car adresser le patient dans une autre institution de soins peut parfois conforter les soignants et la famille dans l'idée d'une certaine « protection » vis-à-vis d'une possible récurrence. Il semble que la qualité des conditions de sortie est indissociable de la qualité de la rencontre. Il est donc important pour

le suicidant de percevoir dans l'attitude du soignant non seulement une absence de jugement mais un respect vis-à-vis de son acte, et l'aide proposée ne doit pas être entièrement centrée sur la prévention d'un nouveau passage à l'acte, mais sur la souffrance du sujet. Ainsi, cette prise d'un certain risque est nécessaire pour maintenir l'ouverture laissée par le souvenir constructif d'une rencontre, qui donne envie de poursuivre le travail entrepris. La confiance du clinicien dans les capacités à vivre de son patient est pour ce dernier un appui de premier ordre. C'est dans de telles situations que le praticien est confronté à son éthique. D'où l'intérêt de préparer une « sortie » qui n'hypothèque point un éventuel retour, lequel ne serait pas un retour du même. (142)

3-1-Réflexions en terme de prévention tertiaire

Un sujet survivant à une tentative de suicide appartient de fait à un groupe à risque pour les conduites suicidaires (40% de récurrences sur la vie entière dont 20 à 25% sur les 12 mois suivant le geste initial). Prévenir le risque de suicide en général est donc efficace sur la prévention de la récurrence. Il semble important dans un premier temps de prendre en charge une pathologie somatique ou psychiatrique ayant participé au contexte suicidaire initial ; soigner une dépression, traiter un trouble bipolaire de l'humeur par un thymorégulateur, prendre en charge un trouble borderline de la personnalité, etc...Quelques essais ont été proposés dans le but spécifique de réduire ce taux de récurrences suicidaires. Certains dispositifs très interventionnistes se révèlent coûteux et difficiles à généraliser (interventions à domicile, psychothérapies brèves intensives menées à partir des urgences...). De façon parallèle, des dispositifs de « rester en lien » qui veillent à ne pas envahir la vie du suicidant, qui n'ont pas pour objectif de se substituer à un traitement, mais tentent de proposer des recours en cas de crise, se développent actuellement sur l'ensemble du territoire. (139)

3-2-Intérêt d'un recontact du suicidant à distance de son geste

Dans le cadre d'une étude de devenir de suicidants, à partir d'une observation clinique, Cucheval et al. amènent une réflexion sur le thème de la reprise de contact avec des patients à distance de leur geste. Ces auteurs notent que la reprise de contact à distance d'une tentative de suicide n'est pas une démarche anodine. En effet, le simple fait d'être « recontacté » peut pour certains patients être source de résurgence de symptômes par le réveil de souvenirs pénibles. Il semble donc indispensable de prendre des précautions pour éviter d'éventuelles conséquences néfastes. Parmi ces mesures, la nécessité de disposer d'une structure de soin susceptible de prendre en charge rapidement le patient en cas de mauvaise tolérance de la reprise de contact paraît incontournable. (50)

Le « recontact » à but thérapeutique serait une initiative émanant des soignants, visant à reprendre contact avec un patient examiné pour tentative de suicide dans un passé relativement proche. L'intention pourrait en être de proposer à nouveau un suivi, un entretien, ou de se mettre à disposition en fournissant les coordonnées utiles.

Parmi les arguments en faveur d'une telle relance figure son but, qui serait de prévenir les récurrences en tentant l'intégration dans un projet de soins. Cette démarche peut viser l'arrêt d'une dynamique de répétition du fait de sa nature d'initiative émanant des soignants. Cependant, certains arguments tendent à modérer l'intérêt potentiel d'une telle pratique, comme le risque pathogène d'un « recontact », avec des conséquences préjudiciables pour le patient ; de plus, toute proposition de soin en dehors d'une demande explicite du patient pose le problème de la limite à donner à l'intrusion des soignants.

Une relance ne saurait s'appliquer à tous les patients, et il est possible de tenter d'établir le profil des patients susceptibles d'être « recontactés » : ce pourrait être les patients qui n'auraient pas adhéré au projet de soins proposé au décours immédiat du geste ; il est également possible d'envisager d'inclure les patients qui auraient rapidement interrompu le suivi sans concertation. Reste également à définir des modalités pratiques, comme le choix du moment opportun (éviter les dates d'anniversaires), la désignation des acteurs de soin pour la relance, le choix du mode de reprise de contact (appel téléphonique, courrier, visite à domicile, implication du médecin traitant...), et la limite à donner au nombre de sollicitations. (50)

La notion de « recontact » permet d'affirmer et de signifier la préoccupation du soignant pour celui qui a fait une TS, d' « aller » vers le sujet, de vérifier à distance du geste suicidaire l'adéquation du projet et l'adapter, et enfin de faciliter le retour au soin si nécessaire.

Pour cela, différents supports sont possibles, avec différents niveaux d'interventions et de compétences. Parmi eux, nous retiendrons trois supports différents qui ont été étudiés :

Tout d'abord, le recontact par interventions à domicile qui consiste en des interventions psychothérapeutiques brèves au domicile pendant un mois ; une étude menée par Guthrie et al. en 2001 montre que ce mode de recontact a une efficacité sensible sur la récurrence. (69)

Le recontact sous forme de courrier a également été étudié ; Carter et al. en 2007 étudie sur une période de 24 mois l'effet d'un recontact sous forme de cartes postales envoyés à 1,2,3,4,6,8 et 10 mois après une tentative de suicide : les résultats ne montrent pas d'effet sur le nombre de suicidants récidivants, mais un effet sur le nombre total de récurrences. (25)

Enfin plusieurs auteurs ont étudié l'impact et l'efficacité d'un recontact téléphonique à distance d'un geste suicidaire ; parmi eux, Cederecke en 2002, a mené une étude sur le recontact au 4^{ème} mois et 8^{ème} mois après une tentative de suicide ; les résultats ne montrent pas d'efficacité en termes de récurrence et de mortalité. (29)

L'étude SYSCALL, menée en 2006, a permis d'évaluer l'intérêt d'un recontact téléphonique systématique des suicidants à distance de leur geste. Les objectifs étaient :

- d'évaluer les effets d'un contact et/ou d'une intervention téléphonique 1 mois (M1) ou 3 mois (M3) après une TS médicamenteuse, en comparaison à un suivi annuel.
- de comparer les 2 stratégies d'intervention en termes de récurrences suicidaires et de consommation de soins.

Il s'agit d'une étude contrôlée, randomisée, multicentrique (13 centres), incluant 605 sujets de plus de 18 ans, admis aux Urgences pour une TS médicamenteuse, et quittant les Urgences sans hospitalisation.

Les résultats sont les suivants :

- 605 sujets ont été suivis
- 150 récurrences suicidaires (24,9%) sont survenues sur les 13 mois de suivi, dont 48 au cours du premier mois. Ces résultats sont conformes à la littérature internationale sur une population générale de suicidants.
- il y a eu 3 décès par suicide (0,6%) et 56 perdus de vue (9,2%)

Les résultats en termes de récurrences suicidaires sont résumés dans le tableau ci-dessous (tableau II p.118).

Tableau II. Récidives suicidaires sur les 13 mois de suivi (Nombre de patients).

	Population témoin		Recontact à 1 mois		Comparison with controls <i>p</i> = .039 (<i>df</i> 1) <i>Khi2</i> = 4.3	Recontact à 3 mois		Comparison with controls <i>p</i> = .93
	<i>N</i> = 260	%	<i>N</i> = 107	%		<i>N</i> = 95	%	
Total récidives	87	31 %	21	20 %		27	29 %	
Nb moyen de récidives	2.17		2.24		<i>p</i> = .46	1.96		<i>p</i> = .39
(sd1,9)			(sd1,7)			(sd1,6)		
Récidive avant 1 mois	25	9 %	8	8 %	<i>p</i> = .74	11	12 %	<i>p</i> = .31
Récidive après 1 mois	62	22 %	13	12 %	<i>p</i> = .03 (<i>df</i> 1) <i>Khi2</i> = 4,7	16	17 %	<i>p</i> = .37
Récidive entre 1 et 3 mois	17	6 %	4	4 %	<i>p</i> = .3	6	7 %	<i>p</i> = .98
Récidive entre 3 et 6 mois	22	8 %	3	3 %	<i>p</i> = .14	4	4 %	<i>p</i> = .12
Récidive entre 1 et 6 mois	42	15 %	7	7 %	<i>fisher</i> = .015	10	11 %	<i>p</i> = .28
Récidive après 6 mois	17	6 %	6	6 %	<i>p</i> = .84	6	7 %	<i>p</i> = .89
Conduites à risque	67	24 %	16	16 %	<i>p</i> = .18	19	21 %	<i>p</i> = .76

Cette étude a permis de montrer une différence significative du nombre de récidives suicidaires dans le groupe recontact M1 versus groupe recontact M3 et groupe témoins, mais sans différence quant au recours aux soins.

La plupart des récidives suicidaires « évitées » dans cette stratégie du recontact systématique, ont été détectées lors de l'intervention téléphonique et été efficacement dirigées et prises en charge par les structures recours.

Nous pouvons voir cependant les limites de cette étude du fait d'un nombre élevé de récidives suicidaires avant la période du premier recontact téléphonique : 48 récidives suicidaires (1/3) sont survenues avant le premier recontact à un mois, dont 15 dans la première semaine (9 dans les trois premiers jours).

Cela amène à une perspective d'avancer ce moment du « recontact » pour une meilleure prévention... (138) Nous pouvons donc retenir de cette étude que le recontact téléphonique peut être considéré comme une mesure préventive efficace et relativement simple à mettre en œuvre avant la fin du premier mois.

CONCLUSION

Les récurrences suicidaires tiennent une place centrale dans le processus suicidaire. L'étude des sujets multisuicidants constitue un des premiers pas pour essayer de mieux comprendre le vaste problème des tentatives de suicide et la question de la prédiction de la récurrence reste problématique face à un comportement humain multi déterminé et redouté.

Nous avons pu voir que les conduites suicidaires itératives peuvent être lues avec les éléments psychopathologiques qui sous-tendent les conduites d'addiction, les conduites de risque, et la dimension d'ordalie.

L'intérêt de ce travail aura été d'utiliser le questionnaire d'impulsivité UPPS qui, jusqu'alors, n'a jamais été employé dans le domaine de la suicidologie, et de le corrélérer à l'intentionnalité suicidaire.

En matière d'impulsivité, les dimensions d'urgence et de recherche de sensation ressortent de l'étude, avec un lien statistiquement significatif entre l'intentionnalité suicidaire et la recherche de sensations.

Les scores d'intentionnalité suicidaire sont en moyenne peu élevés, faisant ainsi ressortir la notion d'ambivalence quant au réel désir de mourir chez ces patients.

Nous avons pu mettre en évidence l'importance de la dimension relationnelle du geste. Il semble en effet indispensable d'avoir une vision plus globale redonnant au sujet une place essentielle et rendant nécessaire une approche psychopathologique, afin de redonner un sens au geste suicidaire par rapport à l'histoire du sujet et à sa façon d'appréhender son lien avec lui-même, avec ses proches et avec le monde.

Le délai court entre les gestes suicidaires répétés oblige à se demander s'il s'agit d'une prise en charge thérapeutique insuffisante après le premier geste, et pose ainsi le problème d'une meilleure approche et évaluation des suicidants après leur premier passage à l'acte dans le but d'éviter certaines récurrences.

Nous voyons donc à travers ce travail que les patients multisuicidants présentent un profil clinique et psychopathologique sévère et complexe, rendant leur prise en charge d'autant plus difficile.

Mieux caractériser les dimensions d'impulsivité chez les sujets réitérants permettrait de proposer des axes de prise en charge plus spécifiques.

En comprenant les tentatives de suicide à répétition dans le cadre des conduites d'addiction, nous pouvons réfléchir à une prise en charge thérapeutique spécifique en prenant en compte la problématique de dépendance.

Enfin, il semble indispensable de réinscrire le geste suicidaire dans une parole échangée qui puisse redonner sens à cette crise, dans la dynamique historique, psychique et relationnelle du patient.

Annexes

1- Questionnaire de l'étude

➤ **Données sociodémographiques**

- Sexe : H/F

- Age :

- Statut marital :
 - Célibataire : O/N
 - Si oui, préciser :
 - séparé : O/N
 - divorcé : O/N

 - En couple : O/N
 - Si oui, préciser :
 - marié : O/N
 - pacsé : O/N
 - vit en concubinage : O/N

 - Vit seul : O/N
 - Vit chez ses parents : O/N

- Activité professionnelle : O/N
 - Si oui, laquelle :

- Etudiant (scolarité, apprentissage) : O/N

- Difficultés sociale et/ou financières : O/N
 - Si oui, lesquelles :

➤ **Antécédents personnels et familiaux**

- ATCD personnels :
 - ATCD de TS antérieures: O/N/Inconnu
Si oui, combien :
 - ATCD psychiatriques : O/N/Inconnu
Si oui, préciser :
 - Comorbidités (somatiques, addictions) : O/N/Inconnu
Si oui, lesquelles :
 - ATCD traumatiques : O/N/Inconnu
Si oui, lesquels :
 - ATCD d'hospitalisations en psychiatrie : O/N/Inconnu
Si oui, combien :
 - ATCD de traitement psychotrope antérieur et/ou actuel : O/N/Inconnu
Si oui, lequel :
 - ATCD de suivi (médecin traitant, psychiatre) : O/N/Inconnu
Si oui, préciser:

- ATCD familiaux
 - ATCD suicidaire familial (TS, suicide) : O/N/Inconnu
 - ATCD psychiatrique familial : O/N/Inconnu
Si oui, lesquels :

➤ **Données cliniques**

- Symptomatologie clinique lors de l'entretien aux Urgences Médico-Psychologiques :
 - troubles anxieux : O/N
 - troubles de l'humeur : O/N
 - trouble psychotique : O/N
 - addiction : O/N
 - trouble de personnalité : O/N
 - idées suicidaires actuelles : O/N

➤ **Prise en charge/Orientation**

- Hospitalisation : O/N
- Retour à domicile : O/N
- Suivi prévu : O/N
Si oui, lequel :

➤ **Caractéristiques du geste suicidaire**

- Evènement de vie précipitant/déclenchant : O/N
Si oui, lequel :
- Moyen/mode :
- Délai entre les 2 TS étudiées :
- Gravité somatique du geste (passage en réanimation) : O/N
- Regret/Critique du geste : O/N
- Préméditation du geste : O/N
- Fonction du geste : O/N/Inconnu
Si oui, préciser :

➤ **Données psychopathologiques**

- Impulsivité : cf échelle UPPS
- Intentionnalité : cf échelle SIS
- Retentissement affectif/ émotionnel : O/N
Si oui, préciser :
- Dimension cognitive/conscience du risque léthal : O/N
Si oui, préciser :
- Désespoir : O/N
- Dimension relationnelle : O/N
Si oui, préciser :
- Traits de personnalité pathologique : O/N
Si oui, lesquels :

2- Tableaux récapitulatifs de l'étude

- Tableau 1 : Données sociodémographiques
- Tableau 2 : Antécédents personnels et familiaux
- Tableau 3 : Données cliniques
- Tableau 4 : Prise en charge/Orientation
- Tableau 5 : Caractéristiques du geste suicidaire
- Tableau 6 : Données psychopathologiques
- Scores UPPS et scores d'intentionnalité suicidaire
- Tableau 7 : Impulsivité et intentionnalité suicidaire
- Tableau 8 : Test de corrélation de Spearman

Tableau 1- Données sociodémographiques

Données sociodémographiques	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
<u>Sexe</u>	
-femmes	15 (68%)
-hommes	7 (32%)
<u>Age</u>	
-Age moyen (années)	29.5
-Age moyen des femmes (années)	27.7
-Age moyen des hommes (années)	33.5
-Ages extrêmes (années)	15,5 à 55
<u>Statut marital</u>	
-Célibataire	13 (59%)
- Vit seul	9 (41%)
- Vit au domicile parental	4 (18%)
-En couple	9 (41%)
- Marié(e)	4 (18%)
- Séparé(e) ou divorcé(e)	5 (23%)
<u>Statut socioprofessionnel</u>	
-Sans emploi	9 (41%)
-Activité professionnelle	8 (36%)
-Etudiant (scolarisé ou en apprentissage)	5 (23%)
-Précarité sociale et/ou financière	1 (4%)

Tableau 2- Antécédents personnels et familiaux

Antécédents	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
<u>Antécédents psychiatriques personnels :</u>	21 (95%)
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de TS (avant la période étudiée) : 14 (63%) <ul style="list-style-type: none"> - 1 TS 4 (18%) - 2 TS 2 (9%) - Plus de 2 TS 8 (36%) • Antécédents psychiatriques <ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'humeur : 6 (27%) <ul style="list-style-type: none"> - Trouble dépressif 5 (23%) - Trouble bipolaire 1 (4%) - Addiction à l'alcool 6 (27%) - Trouble de personnalité 4 (18%) - Trouble psychotique 3 (14%) - Trouble anxieux 1 (4%) - Sans diagnostic 2 (9%) • Comorbidités : 12 (54%) <ul style="list-style-type: none"> - Addiction à l'alcool 10 (45%) - Maladie somatique grave 2 (45%) • Antécédents traumatiques 8 (36%) • Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie 17 (77%) • Antécédent de traitement psychotrope 19 (86%) • Antécédent de suivi (médecin traitant, psychiatre) 22 (100%) 	
<u>Antécédents psychiatriques familiaux :</u>	5 (23%)
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent familial suicidaire (TS, suicide) 2 (9%) • Antécédent psychiatrique familial 3 (14%) 	

Tableau 3- Données cliniques

Données cliniques	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
Symptômes anxio-dépressifs	4 (18%)
Syndrome dépressif caractérisé	4 (18%)
Trouble délirant	1 (4%)
Traits de personnalité pathologique :	14 (64%)
-état-limite	8 (36%)
-dépendant	3 (14%)
-histrionique	2 (9%)
-évitant/anxieux	1 (4%)
Présence d'idées suicidaires	2 (9%)

Tableau 4-Prise en charge/Orientation

Prise en charge/Orientation	Nombre de patient : n (%) (N total=22)
<p>➤ <u>Au décours de la 1^{ère} TS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour à domicile • Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Libre - Sous contrainte (SDT) <p>➤ <u>Au décours de la TS index :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour à domicile : - Suivi psychiatrique en consultation (RDV proche) - Suivi avec le médecin traitant - Aucun suivi prévu • Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Libre - Sous contrainte (SDT) 	<p>10 (45%)</p> <p>12 (54%)</p> <p>11 (50%)</p> <p>1 (4%)</p> <p>14 (64%)</p> <p>12 (55%)</p> <p>0 (0%)</p> <p>2 (9%)</p> <p>8 (36%)</p> <p>4 (18%)</p> <p>4 (18%)</p>

Tableau 5- Caractéristiques du geste suicidaire

Caractéristiques du geste suicidaire	Nombre de patients : n (%) (N total=22)
<u>Evènement de vie précipitant/déclenchant :</u>	18 (82%)
- Séparation conjugale/sentimentale	6 (27%)
- Difficultés relationnelles interpersonnelles	7 (32%)
- Difficultés professionnelles	1 (4%)
- Difficultés financières	1 (4%)
- Résurgences traumatiques de l'enfance	1 (4%)
- Vécu abandonnique	2 (9%)
<u>Moyen/Mode</u>	
- Intoxication médicamenteuse volontaire	17 (77%)
- Pendaïson	1 (4%)
- Phlébotomie	1 (4%)
- Scarification	3 (14%)
➤ Même moyen utilisé pour les 2 TS	17 (77%)
➤ Ingestion d'alcool associée	6 (35%)
<u>Délai entre les 2 TS</u>	
- Délai moyen (jours)	27,5
- Délais extrêmes (jours)	1 à 45
- Délai ≤ 1 mois	17 (77%)
- Délai ≤ 2 semaines	11 (50%)
- Délai ≤ 1 semaine	7 (32%)
<u>Gravité somatique (passage en réanimation) :</u>	0 (0%)
<u>Regret/critique du geste :</u>	10 (45%)
<u>Préméditation du geste :</u>	4 (18%)
<u>Fonction du geste</u>	
- Anxiolytique/Hypnotique	7 (32%)
- Appel	5 (23%)
- Auto-agressive/Autolytique	4 (18%)
- « Chantage » avec bénéfices secondaires	2 (9%)
- Fuite	1 (4%)
- Pas de fonction décrite	3 (14%)

Tableau 6- Données psychopathologiques

Données psychopathologiques	Nombre de patients : n (%) (N total= 22)
<u>Impulsivité</u>	
➤ Questionnaire UPPS (4 dimensions)	
- Urgence (score moyen/48)	39/48
- Manque de préméditation (score moyen/44)	23/44
- Manque de persévérance (score moyen/40)	22,5 /40
- Recherche de sensation (score moyen/48)	30/48
➤ Geste décrit comme impulsif	11 (50%)
<u>Intentionnalité (échelle SIS de Beck)</u>	
- Moyenne d'intentionnalité (score/25)	6,7 /25
- Extrêmes (score/25)	De 0/25 à 16/25
- Intentionnalité légère ($0 \leq \text{score} \leq 3$)	6 (27%)
- Intentionnalité moyenne ($4 \leq \text{score} \leq 10$)	11 (50%)
- Intentionnalité élevée ($11 \leq \text{score} \leq 25$)	5 (23%)
<u>Retentissement affectif/émotionnel</u>	
- Dimension alexithymique	10 (45%)
<u>Conscience du risque/dimension cognitive</u>	
- Conscience du risque légal du geste	8 (36%)
<u>Sentiment de désespoir :</u>	5 (23%)
<u>Dimension relationnelle du geste :</u>	17 (77%)
<u>Traits de personnalité pathologiques :</u>	14 (64%)
- Etat-limite	8 (36%)
- Dépendant	3 (14%)
- Histrionique	2 (9%)
- Evitant/Anxieux	1 (4%)

Scores UPPS (auto-questionnaire) et scores d'intentionnalité suicidaire.

Patient 1

Urgence	42/48
Manque de préméditation	30/44
Manque de persévérance	29/40
Recherche de sensation	39/48

Intentionnalité : 16/25

Patient 2

Urgence	40/48
Manque de préméditation	16/44
Manque de persévérance	30/40
Recherche de sensation	37/48

Intentionnalité : 7/25

Patient 3

Urgence	45/48
Manque de préméditation	27/44
Manque de persévérance	31/40
Recherche de sensation	30/48

Intentionnalité : 8/25

Patient 4

Urgence	45/48
Manque de préméditation	36/44
Manque de persévérance	25/40
Recherche de sensation	34/48

Intentionnalité : 4/25

Patient 5

Urgence	47/48
Manque de préméditation	15/44
Manque de persévérance	18/40
Recherche de sensation	35/48

Intentionnalité : 9/25

Patient 6

Urgence	45/48
Manque de préméditation	20/44
Manque de persévérance	18/40
Recherche de sensation	21/48

Intentionnalité : 4/25

Patient 7

Urgence	42/48
Manque de préméditation	21/44
Manque de persévérance	19/40
Recherche de sensation	35/48

Intentionnalité : 2/25

Patient 8

Urgence	42/48
Manque de préméditation	25/44
Manque de persévérance	25/40
Recherche de sensation	14/48

Intentionnalité : 3/25

Patient 9

Urgence	37/48
Manque de préméditation	19/44
Manque de persévérance	20/40
Recherche de sensation	35/48

Intentionnalité : 10/25

Patient 10

Urgence	46/48
Manque de préméditation	23/44
Manque de persévérance	17/40
Recherche de sensation	31/48

Intentionnalité : 1/25

Patient 11

Urgence	29/48
Manque de préméditation	21/44
Manque de persévérance	12/40
Recherche de sensation	37/48

Intentionnalité : 7/25

Patient 12

Urgence	36/48
Manque de préméditation	30/44
Manque de persévérance	30/40
Recherche de sensation	33/48

Intentionnalité : 5/25

Patient 13

Urgence	33/48
Manque de préméditation	34/44
Manque de persévérance	29/40
Recherche de sensation	17/48

Intentionnalité : 7/25

Patient 14

Urgence	34/48
Manque de préméditation	17/44
Manque de persévérance	28/40
Recherche de sensation	17/48

Intentionnalité : 11/25

Patient 15

Urgence	43/48
Manque de préméditation	16/44
Manque de persévérance	10/40
Recherche de sensation	27/48

Intentionnalité : 4/25

Patient 16

Urgence	32/48
Manque de préméditation	22/44
Manque de persévérance	14/40
Recherche de sensation	32/48

Intentionnalité : 15/25

Patient 17

Urgence	40/48
Manque de préméditation	24/44
Manque de persévérance	20/40
Recherche de sensation	47/48

Intentionnalité : 12/25

Patient 18

Urgence	35/48
Manque de préméditation	22/44
Manque de persévérance	22/40
Recherche de sensation	40/48

Intentionnalité : 11/25

Patient 19

Urgence	34/48
Manque de préméditation	27/44
Manque de persévérance	24/40
Recherche de sensation	19/48

Intentionnalité : 2/25

Patient 20

Urgence	38/48
Manque de préméditation	25/44
Manque de persévérance	29/40
Recherche de sensation	22/48

Intentionnalité : 7/25

Patient 21

Urgence	35/48
Manque de préméditation	21/44
Manque de persévérance	20/40
Recherche de sensation	20/48

Intentionnalité : 0/25

Patient 22

Urgence	40/48
Manque de préméditation	21/44
Manque de persévérance	25/40
Recherche de sensation	32/48

Intentionnalité : 3/25

Tableau 7 - Impulsivité et intentionnalité suicidaire

Intentionnalité Impulsivité	Légère	Moyenne	Elevée
Urgence (score/48)	39,8 /48	39,8/48	36,6/48
Manque de préméditation (score/44)	23/44	23,5/44	23/44
Manque de persévérance (score/40)	21,6/40	22,9/40	22,6/40
Recherche de sensation (score/48)	25,2/48	29,8/48	35/48

Tableau 8 - Test de corrélation de Spearman

Facteur d'étude Variables	Intentionnalité suicidaire
Urgence	p=0,32 : test non significatif
Manque de préméditation	p=0,92 : test non significatif
Manque de persévérance	p=0,48 : test non significatif
Recherche de sensations	p=0,02 : test significatif

5/ Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : testament, cadeaux, assurance vie...)

- 0 - Aucune
- 1 - A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre
- 2 - A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs

6/ Lettre d'adieu

- 0 - Pas de lettre
- 1 - Lettre écrite mais déchirée ou jetée
- 2 - Présence d'une lettre

II – Propos rapportés par le patient

1/ Appréciation de la létalité du geste par le patient

- 0 - Pensait que son geste ne le tuerait pas
- 1 - N'était pas sûr que son geste le tuerait
- 2 - Etait sûr que son geste le tuerait

2/ Intention de mort

- 0 - Ne voulait pas mourir
- 1 - Incertain ou mélange de 0 et de 2
- 2 - Voulait mourir

3/ Préméditation

- 0 - Aucune, geste impulsif
- 1 - Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative
- 2 - Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative
- 3 - Suicide envisagé plus d'un jour avant la tentative

4/ Position actuelle vis-à-vis de la tentative

- 0 - Patient heureux de s'en être sorti
- 1 - Patient incertain ou mélange de 0 et de 2
- 2 - Patient désolé d'avoir survécu

III – Dangerosité

1/ Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (exemple : si quelqu'un n'était pas venu par hasard lui porter secours) ?

- 0 - Issue favorable certaine
- 1 - Mort improbable
- 2 - Mort probable ou certaine

2/ La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- 0 - Non
- 1 - Incertain
- 2 – Oui

Score /__/_

4- Questionnaire d'impulsivité UPPS (auto-questionnaire)

Questionnaire UPPS d'impulsivité

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé. Si vous êtes **Tout à fait d'accord** avec l'affirmation encerclez le chiffre **1**, si vous êtes **Plutôt d'accord** encerclez le chiffre **2**, si vous êtes **Plutôt en désaccord** encerclez le chiffre **3**, et si vous êtes **Tout à fait en désaccord** encerclez le chiffre **4**. Assurez-vous que vous avez indiqué votre accord ou désaccord pour chaque énoncé ci-dessous. Il y a encore d'autres énoncés sur la page suivante.

1= Tout à fait d'accord

2=Plutôt d'accord

3=Plutôt en désaccord

4=Tout à fait en
désaccord

1. J'ai une attitude réservée et prudente dans la vie.
2. J'ai des difficultés à contrôler mes impulsions.
3. Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes.
4. Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout.
5. Ma manière de penser est d'habitude réfléchie et méticuleuse.
6. J'ai des difficultés à résister à mes envies (pour la nourriture, les cigarettes, etc.).
7. J'essayerai tout.
8. J'ai tendance à abandonner facilement.
9. Je ne suis pas de ces gens qui parlent sans réfléchir.
10. Je m'implique souvent dans des situations dont j'aimerais pouvoir me sortir par la suite.
11. J'aime les sports et les jeux dans lesquels on doit choisir son prochain mouvement très rapidement.
12. Je n'aime vraiment pas les tâches inachevées.

13. Je préfère m'interrompre et réfléchir avant d'agir.
14. Quand je ne me sens pas bien, je fais souvent des choses que je regrette ensuite, afin de me sentir mieux tout de suite.
15. Ça me plairait de faire du ski nautique.
16. Une fois que je commence quelque chose je déteste m'interrompre.
17. Je n'aime pas commencer un projet avant de savoir exactement comment procéder.
18. Parfois quand je ne me sens pas bien, je ne parviens pas à arrêter ce que je suis en train de faire même si cela me fait me sentir plus mal.
19. J'éprouve du plaisir à prendre des risques.
20. Je me concentre facilement.
21. J'aimerais faire du saut en parachute.
22. J'achève ce que je commence.

23. J'ai tendance à valoriser et à suivre une approche rationnelle et « sensée » des choses.
24. Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir.
25. Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même si elles sont un peu effrayantes et non conformistes.
26. Je m'organise de façon à ce que les choses soient faites à temps.
27. D'habitude je me décide après un raisonnement bien mûri.
28. Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette ensuite.
29. J'aimerais apprendre à conduire un avion.
30. Je suis une personne productive qui termine toujours son travail.
31. Je suis une personne prudente.
32. C'est difficile pour moi de me retenir d'agir selon mes sentiments.
33. J'aime parfois faire des choses qui sont un petit peu effrayantes.

34. Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours.
35. Avant de m'impliquer dans une nouvelle situation, je préfère savoir ce que je dois en attendre.
36. J'aggrave souvent les choses parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié(e).
37. J'aimerais la sensation de skier très vite sur des pentes raides.
38. Il y a tant de petites tâches qui doivent être faites que parfois je les ignore simplement toutes.
39. D'habitude je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit.
40. Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients.
41. Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite.
42. J'aimerais aller faire de la plongée sous-marine.
43. Je suis toujours capable de maîtriser mes émotions.
44. J'aimerais conduire vite.
45. Parfois je fais des choses sur un coup de tête que je regrette par la suite.

Age :

Sexe : féminin / masculin

Langue maternelle française : non / oui

Cotation* (R = item renversé) :

Urgence : 2 (R), 6 (R), 10 (R), 14 (R), 18 (R), 24 (R), 28 (R), 32 (R), 36 (R), 41 (R), 43, 45 (R)

Manque de Préméditation : 1, 5, 9, 13, 17, 23, 27, 31, 35, 39, 40

Manque de Persévérance : 4, 8 (R), 12, 16, 20, 22, 26, 30, 34, 38 (R)

Recherche de Sensation : 3 (R), 7 (R), 11 (R), 15 (R), 19 (R), 21 (R), 25 (R), 29 (R), 33 (R), 37 (R), 42 (R), 44 (R)

* La cotation est faite de manière à ce qu'un score élevé à une sous-échelle corresponde à un niveau plus élevé d'impulsivité => on obtient des scores d'Urgence, de Manque de Préméditation, de Manque de Persévérance, et de Recherche de Sensation.

Bibliographie

1. Adès J, Lejoyeux M, Tassain V. (1994)
Sémiologie des conduites de risque.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris-France), Psychiatrie, 37-114-A : 7p
2. Adès J, Lejoyeux M. (2004)
Conduites de risque.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris-France), Psychiatrie, 201-215.
3. ANAES (1998)
Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.
4. ANAES (2000)
Conférence de consensus
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.
5. Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B. (1999)
Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35.
The British Journal of Psychiatry, 175:168-174.
6. Baechler J. (1975)
Les suicides
Paris: Calman-Lévy.
7. Baldessarini R.J, Tondo L, Hennen J. (2003)
Lithium treatment and suicide risk of major affective disorders: update and new findings.
Journal of Clinical Psychiatry, 64 (suppl.5), 44-52.
8. Bancroft J , Marsack P. (1977)
The repetitiveness of self-poisoning and self-injury.
The British Journal of Psychiatry, 131,394-399.
9. Batt A, Bellivier F, Delatte B, Spreux-Varoquaux O. (2005)
Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention, expertise collective.
Paris : INSERM.
10. Bayle L. (2007)
« Debora et les récidives »
Mémoire de DIU sur l'étude et la prise en charge des conduites suicidaires.
UFR Sciences Humaines et Arts. Poitiers.
11. Beautrais A.L. , Joyce P.R., Mulder R.T. (1999)
Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people.
Suicide and Life Threatening Behaviour, 29(1), 37-48.
12. Beraud J, Geneste J. (2004)
Tentatives de suicide à répétition : histoire d'une dépendance (qui n'en finit pas).
Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, janvier 2004, tome VIII, 72 : 51-54.
13. Bobin E, Sarfati Y. (2003)
Tentatives de suicide à répétition: peut-on arrêter les « récidivistes »?
Nervure, 16 (n° spécial) :14-8.
14. Bouvard MP, Doyen C. (1996)
Le suicide chez l'adolescent.
L'Encéphale, 4 :35-39.
15. Brand E.F, King E.A, Olson E, Ghaziuddin N, Naylor M. (1996)
Depressed adolescents with a history of sexual abuse: diagnostic comorbidity and suicidality
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35: 34-41.
16. Brent D, Kolko D, Waterlla M, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, et al. (1993)
Adolescent psychiatric inpatients 'risk of suicide attempt at 6-month follow-up.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32 (1): 95-105.

17. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Liotus L., Schweers J., Balach L., Roth C. (1994)
Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study.
Acta Psychiatrica Scand., 89(1) :52-8.
18. Breton L. (1994)
Conduites suicidaires itératives. Etude de leur répétition à la lumière des concepts d'addiction et d'ordalie.
Thèse d'exercice :Médecine: Brest.
19. Brezo J, Paris J, Hébert M, Vitaro F, Trambly R, Turecki G. (2008)
Broad and narrow personality traits as markers of one-time and repeated suicide attempts: a population-based study.
BioMed Central Psychiatry,8:15.
20. Brown L.K., Overholser J., Spirito A., Fritz G.K. (1991)
The correlates of planning in adolescent suicide attempts.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 95-99.
21. Brun A. (2001)
La dimension addictive dans les tentatives de suicide.
Mémoire de DIU « Etude et prise en charge des conduites suicidaires », septembre 2001, Nantes.
22. Cailhol L, Damsa C, Bui E, Klein R, Adam E, Schmitt L, Andreoli A. (2008)
La recherche d'un diagnostic de trouble de personnalité borderline chez les suicidants est-elle utile aux urgences?
L'Encéphale,34 :23-30.
23. Caillard V, Chastang F. (2010)
Le geste suicidaire.
Elsevier Masson SAS.
24. Cailleau A, Juan F, Sauvaget-Oiry A, Vanelle J.M. (2007)
Réflexion sur la prise en charge du psychopathe suicidaire.
L'Information Psychiatrique, 83, 4 : 285-92.
25. Carter G. et al. (2007)
Postcards from de Edge : 24-month outcomes of randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning.
Br J Psychiatry, 2007, 191.
26. Cartier-Artières M. (2000)
La récurrence suicidaire du sujet jeune.
Thèse d'exercice : Médecine : Montpellier.
27. Caubet A, Mignot G, Hermouet D, Curtes J.P. (1998)
Enquête sur le retentissement sur le personnel soignant de la prise en charge des tentatives de suicide, dans un Service d'Accueil-Urgences.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :53-54.
28. Caubet A, Goubin H, Paysant F, Curtes J.P. (1998)
Taux de récurrence de tentative de suicide dans quatre cohortes de primo-suicidants, en 1975, 1980, 1985,1990.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :55-57.
29. Cedereke M. et al. (2002)
A telephone contact with patients in the year after suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study.
European Psychiatry, 2002, 17.
30. Cedereke M, Ojehagen A. (2005)
Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months.
European Psychiatry, 20:101-109.
31. Charles-Nicolas A (1981)
Addiction : Passion et ordalie
In : Bergeret J editor, Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane.
Paris :Dunod , p 63-74.
32. Charles-Nicolas A, Valleur M. (1982)
Les conduites ordaliques
In : Olievenstein C editor, La vie du toxicomane.
Paris : PUF, p85-102.
33. Charles-Nicolas (1985)
A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose ?
Topique. 1985 ; 35 :207-239.

34. Charlet I. (2004)
Les récidives suicidaires et morts par suicide : étude d'une cohorte de 173 primosuicidants hospitalisés au CHR de Rennes.
Thèse d'exercice : Médecine : Rennes.
35. Chastang F, Leclerc L, Rioux P, Kovess V, Zarifian E. (2000)
P01-51 Medical follow-up of attempters in the year preceding suicide.
European Psychiatry, 15, 2:334.
36. Chastang F, Rioux P, Dupont I, Baranger E, Kovess V, Zarifian E. (1998a)
Suicide attempts and job insecurity: a complex association.
European Journal of Psychiatry, 13:359-64.
37. Chastang F, Dupont I, Rioux P, Kovess V, Zarifian E. (1998)
Récidives suicidaires chez les jeunes de moins de 30 ans: rôle des facteurs familiaux
European Journal of Psychiatry, 13, 4 :278
38. Chastang F, Rioux P, Kovess V, Zarifian E. (1998b)
Risk factors associated with parasuicide in French young people.
Acta Psychiatrica Scandinavica, 98, 474-470.
39. Chastang F, Caillard V, Zarifian E, Dollfus S. (1997)
Prévention des récidives suicidaires : à propos d'une expérience dans une unité de crise.
ORS de Basse-Normandie. Unité de crise et de post urgence du CHRU de Caen : bilan de deux ans de fonctionnement. Centre Esquirol, CHRU de Caen.
40. Chauvot B. (1998)
« De la répétition à la générale »
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :58-60.
41. Chavagnat JJ, Franc R. (1998)
Réflexions psychopathologiques dans les récidives de tentatives de suicide.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :14-16.
42. Choquet M, Granboulan V. (2004)
Les jeunes suicidants à l'hôpital
Paris : EDK.
43. Chowdhury N, Higgs R.C., Kreitman N. (1973)
Evaluation of an after-car service for parasuicide (Attempted suicide) patients.
Soc. Psychiat., 8: 67-81.
44. Christiansen E, Jensen BF. (2007)
Risk of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis.
Australian New-Zealand Journal of Psychiatry, 41, 3: 257-65.
45. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes J.R. (2005)
Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials.
The American Journal of Psychiatry, 162: 1805-1819.
46. Colman I, Newman SC, Schopflocher D, Bland RC, Dyck RJ. (2004)
A multivariate study o predictors of repeat parasuicide.
Acta Psychiatrica Scandinavia, 109, 4:306-12.
47. Corcos M. (1998)
Dépression et conduites d'addicton à l'adolescence.
In : *La dépression avant 20 ans*, p. 103-116. PRID, Masson :Paris,France.
48. Courregelongue C. (2004)
Rétérations suicidaires à l'adolescence.
Thèse d'exercice : Médecine : Caen.
49. Cremniter D. (1997)
Les conduites suicidaires et leur devenir
Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.
Tours 16-20 juin 1997. Paris : Masson.
50. Cucheval E, Siobud E, Vaiva G, Cottencin O, Niro V, Montegnie S, Goudemand M. (1998)
Recontacter un suicidant à distance de son geste : éthique et intérêt.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :39-41.

51. Damy A., Hatem N., Corruble E., Guelfi J.D. (2000)
Etude rétrospective des liens entre impulsivité et tentatives de suicide.
Annales Médico-Psychologiques, 158,8 : 673-676.
52. Danet F, Elchardus J.M. (1998)
Répétition de l'accueil de tentatives de suicide en service d'urgences : du déni de la mort à la dynamique de soins.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :45-47.
53. Davidson F, Philippe A. (1986)
Suicide et tentative de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique.
INSERM , Doin éditeurs ,Paris.
54. Duverger P. (1998)
Répétition et équivalents suicidaires à l'adolescence.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :48-49.
55. El Alami Zerhouni L. (2004)
Tentatives de suicide à répétition chez les adolescents.
Thèse d'exercice : Médecine : Reims.
56. Eudier F, Batt A, Levaou P. et al. (1998)
Les récidives suicidaires précoces : suivi et analyse des précautions prises.
Annales Médico-Psychologiques, 156,8 :529-539.
57. Eudier F, Gault S, Batt-Moillo A, Drapier D, Millet B. (2006)
Diminution des répétitions suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgence : Etude de deux cohortes.
La Presse Médicale, 35,5 :759-63.
58. Eudier F, Macqueron G, Badiche A. (1998)
Réflexions et impertinences à propos d'études épidémiologiques les récidives suicidaires.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :26-28.
59. Forman EM, Berck MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. (2004)
History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology.
American Journal of Psychiatry, 161, 3:437-43.
60. Freud S. (1917)
Deuil et mélancolie
In: Métapsychologie
Paris : Gallimard édit. , 1968.
61. Freud S (1920)
Au-delà du principe de plaisir
In : Essais de psychanalyse
Paris : Payot edit, 1981.
62. Freud S. (1923)
Le Moi et le ça
In : Essais de psychanalyse ;
Paris : Payot edit., 1981, p.219-275.
63. Freud S. (1924)
Le problème économique du masochisme
Névrose, psychose et perversion.
Paris : PUF edit. ; 1992
64. Garré JB. (1998)
Les récidives suicidaires : réflexions et sur un programme possible de prévention et de recommandations.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :17-21.
65. Gispert M, David M.S, Marsh L, Wheeler K. (1987)
Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents.
Hospital and Community Psychiatry, 38 (4): 390-393.
66. Goldston D, Sergent Daniel S, Reboussin B, Reboussin D, Kelley A, Frazier P. (1998)
Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatric unit.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37(9):924-932.

67. Goodwin R, Olfson M, Feder A, et coll. (2001)
Panic and suicidal ideation in primary care.
Depression and Anxiety, 14: 244-246.
68. Granboulan V, Rabain D, Basquin M. (1995)
The outcome of adolescent suicide attempts.
Acta Psychiatrica Scandinavica, 91 : 265-270.
69. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K. et coll. (2001)
Randomised control trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning.
British Medical Journal, 323: 135-138.
70. Halbwachs M. (2002)
Les causes du suicide (1^{ère} édition)
Paris : PUF.
71. Hardouin JB. (2004)
Les patients vus au centre hospitalier de Dreux en 2000 pour tentative de suicide.
Observatoire Régional de la Santé du Centre (ORS Centre).
72. Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A. (1994)
Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III links with suicidal behavior.
Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35: 1309-1319.
73. Hawton K, Sinclair J. (2003)
The challenge of evaluating the effectiveness of treatment for deliberate self harm.
Psychological Medicine, 33:955-958.
74. Hennen J, Baldessarini R.J. (2005)
Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis.
Schizophrenia Research, 73: 139-145.
75. Heyerdahl F, Asphjell Bjornaas M, Dahl R. et al. (2009)
Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study.
The British Journal of Psychiatry, 194:73-79.
76. Holmstrand C, Niméus A, Traskman-Bendz L. (2006)
Risk factors of future suicide in suicide attempters;a comparison between suicides and matched survivors.
Nord J. Psychiatry, 60, 2:162-7.
77. Horesh N., Gothelf D., Ofek H., Weizman T., Apter A. (1999)
Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients.
Crisis, 20(1):6-14.
78. Hulten A, Jiang GX, Wasserman D, Hawton K. et al. (2001)
Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors.
European Child and Adolescent Psychiatry, 10:161-169.
79. Jeammet P. (1981)
Peut-on parler d'une spécificité de la psychopathologie de l'adolescence?
Inform. Psych., 57,2 :171-181.
80. Jeammet P. (2001)
Facteurs de risque relatifs à l'individu associés à la crise suicidaire; réflexion sur les mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire.
La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge (conférence de consensus). Paris, John Libbey Eurotext.
81. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, Appleby L. (2006)
The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study.
Journal of Clinical Psychiatry, 67, 10:1599-609.
82. Kashden J., Fremouw W.J., Callahan T.S., Franzen M.D. (1993)
Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents.
Journal of Abnormal Child Psychology, 21(3), 339-353.
83. Kerkhof A.J.F.M. (2000)
Attempted suicide: patterns and trends.
In: K.Hawton, and K. Van Heeringen (Eds)
The international handbook of suicide and attempted suicide.
New York: John Wiley; pp49-64.
84. Kreitman N, Casey P. (1988)

- Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study.
The British Journal of Psychiatry, 153:792-800.
85. Lacan J. (1964)
Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, Séminaire, Livre XI.
Paris : Seuil.
86. Lacan J. (1966)
Ecrits
Paris : Seuil.
87. Ladame F. (1981)
Les tentatives de suicide des adolescents
Paris, Ed Masson, 98p.
88. Laget J, Plancherel B, Stéphan P, Bolognini M, Corcos M, Jeammet P, Halfon O. (2006)
Personality and repeated suicide attempts in dependant adolescents and young adults.
Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27, 4:164-171.
89. Latif T. (2000)
Tentative de suicide par précipitation d'un lieu élevé : étude clinique et psychopathologique à partir de 25 cas.
Thèse de Doctorat. Université de Rennes 1.
90. Lejoyeux M. (2002)
Les nouvelles addictions.
L'Encéphale du praticien, numéro 8 hors série , mai 2002, ed.Masson .
91. Legris J, van Reekum R. (2006)
The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behavior.
Canadian Journal of Psychiatry, 51, 3:131-42.
92. Lilley R, Owens D, Horrocks J, et coll. (2008)
Hospital care and repetition following self harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury.
The British Journal of Psychiatry, 192:440-445.
93. Linehan M.M, Armstrong H.E, Suarez A. et coll. (1991)
Cognitive behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients.
Archives of General Psychiatry, 48:1060-1064.
94. Macqueron G, Eudier F, Badiche A. (1998)
Répétition et équivalents suicidaires.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :22-25.
95. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. (2005)
Suicide prevention strategies: a systematic review.
JAMA, 294, 16:2064-74.
96. Marcelli D, Humeau M. (2006)
Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-216-H-10.
97. Mathieu D, Lambotte T. (1998)
Psychose et répétition suicidaire.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :34-35.
98. McGirr A., Renaud J., Bureau A., Seguin M., Lesage A., Turecki G. (2008)
Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide.
Psychol. Med., 38(3) : 407-17.
99. Mechri A, Mrad A, Ajmi F, Zaafrane G, Noura S, Gaha L. (2005)
Les récides suicidaires : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien.
L'Encéphale, 31 :65-71, cahier 1.
100. Meltzer H.Y, Alphs L, Green A.I, et coll. (2003)
Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT)
Arch Gen Psychiatry, 60:82-91.
101. Mette Q. (2006)
Récidive suicidaire : Evaluation du risque et perspective à propos de 224 observations.
Thèse d'exercice : Médecine : Amiens.

102. Michaelis B, Goldberg J, Singer T, Garno J, Ernst C, Davis G. (2003)
Characteristics of first suicide attempts in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder.
Comprehensive Psychiatry, 44, 1:15-20.
103. Millet B, Halfon O, Laget J, Barrie MD. (1994)
Tentatives de suicide de l'adolescent : indications d'une prise en charge institutionnelle.
Neuropsychiatr Enfance Adolec, 42(10) : 704-710.
104. Miranda S, Scott M, Hicks R, et coll (2008)
Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47:32-40.
105. Montgomery S.M., Bartley M.J., Cook D.G., Wadsworth M.E.J (1996)
Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain.
Journal of Epidemiology and Community Health, 50, 415-422.
106. Montgomery S.A, Deirdre B. Montgomery, Green M, Bullock T, Baldwin D. (1992)
Pharmacotherapy in the Prevention of Suicidal Behavior.
Journal of clinical psychopharmacology, 12, 275-315.
107. Morasz L, Danet F. (2008)
Comprendre et soigner la crise suicidaire
Editions Dunod, Paris, 2008
108. Moron P. (1994)
Les fonctions suicidaires
Psychologie médicale, 26, 11,1103-1107.
109. Mouquet MC, Bellamy V. (2006)
Suicides et tentative de suicide en France.
Dress, Etudes et Résultats, n°488.
110. Nasio J.D. (1992)
Cinq leçons sur la théorie de J.Lacan
Paris : Rivages.
111. Obadia J, Vaiva G, Bondu C, Goudemand M, et le C.L.E.P.S. (1998)
La dimension du mythe dans la répétition suicidaire.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :29-31.
112. Obadia J. (1999)
Contribution à l'étude des tentatives de suicides à partir d'éléments psychanalytiques et systémiques.
Thèse de doctorat de Lille II.
113. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire (Février 2012)
Suicide et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire-Bilan 2012.
114. Owen D, Horrocks J, House A. (2002)
Fatal and non-fatal repetition of self-harm.
The British Journal of Psychiatry, 181:470-475.
115. Palazzolo J, Favre P, Julerot J-M, Bougerol T. (2002)
Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide.
L'Encéphale, 38 :39-50.
116. Pardinielli JL, Rouan G, Gimenez G, Bertagne P. (2005)
Psychopathologie des conduites à risque.
Annales Médico-Psychologiques, 163 :30-36.
117. Pardinielli J.L, Rouan G, Bertagne P. (1997)
Psychopathologie des addictions.
Collection Nodules ; PUF.
118. Pardinielli J.L (1985)
Clinique des conduites addictives
Psychologie Médicale., 17 :1837-1839.
119. Petit L. (1994)
La répétition des tentatives de suicide à l'adolescence.
Thèse d'exercice : Médecine : Limoges.

120. Quemeneur S. (1992)
Contribution à l'étude des tentatives de suicide multi-récurrentes au C.H.R. de Brest. A propos de 31 cas.
Thèse d'exercice : Médecine : Brest.
121. Renaud J, Berlim M, McGirr A, et coll. (2008)
Current psychiatric morbidity, aggression /impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case control study.
Journal of Affective Disorders, 105: 221-228.
122. Reynolds P, Eaton P. (1986)
Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department.
Can J Psychiatry, 31:328-330.
123. Rudd MD, Joiner T, Rajad MH. (1996)
Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample.
J Abnorm Psychol, 105:541-550.
124. Rudd MD, Joiner TE, Rumzek H. (2004)
Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts.
Suicide Life Threat Behav, 34, 2:113-25.
125. Rutz W, Von Knorring L, Walinder J. (1989)
Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners.
Acta Psychiatrica Scandinavica,80:151-154.
126. Sakinofsky I, Roberts R.S. (1990)
Why parasuicides repeat despite problem resolution.
British Journal of Psychiatry, 156 (3): 399-405.
127. Sauvaget A. (2009)
Les tentatives de suicide multirécurrentes et rapprochées.
Mémoire de DIU « Etudes et prise en charge des conduites suicidaires », Nantes.
128. Slama F, Bellivier F, Leboyer M. (2007)
Le trouble suicidaire: entité nosologique à part entière?
La Lettre du psychiatre, 3, 1-2 :24-27.
129. Staikowsky F, Uzand D, Grillon N et al. (1995)
Intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'accueil des urgences.
La Presse médicale, 24 :1296-1300.
130. Staikowsky F, et le GETSSU (1999)
Les tentatives de suicide examinés dans les services d'urgence en France, résultats d'une étude multicentrique.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale ,24 :235-37.
131. Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G. (1998)
Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37:488-494.
132. Stengel E, Cook N.G. (1958)
Attempted suicide. Its social significance and effects
London, Oxford University Press.
133. Szymyslik J. (2001)
Etude épidémiologique sur 10 ans des tentatives de suicide et des récurrences, se présentant dans le service d'accueil des urgences, à l'hôpital général de Dijon, entre 1998 et 1997.
Thèse d'exercice : Médecine : Dijon.
134. Thies-Flechtner K, Müller-Oerlinghausen B, Seibert W. et coll. (1996)
Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders. Data from a randomized prospective trial.
Pharmacopsychiatry, 29:103-107.
135. Torhorst A, Moller H.J, Burk F. et coll. (1987)
The psychiatric management of parasuicide patients: a controlled clinical study comparing different strategies of outpatient treatment.
Crisis, 8: 53-61.
136. Tullis K. (1998)
In my opinion: a theory of suicide addiction
Sex Addict Compuls., 5: 311-324.

138. Vaiva G, Ducrocq F, Philippe A, Cottencin O, Libersa C, Goudemand M. (2006)
Le recontact téléphonique systématique des suicidants à distance du geste.
Etude SYSCALL : Etude régionale prospective, randomisée en simple aveugle, avec bénéfice individuel direct.
CHRU de Lille, CIC 9301, INSERM U513. Pontoise, Janvier 2006.
139. Vaiva G, Jardon V, Vaillant A, Ducrocq F. (2011)
Prévention tertiaire du suicide : que faire pour éviter la récurrence ?
La Revue du Praticien, vol. 61 : 202-207.
140. Vajda J, Steinbeck K. (2000)
Factors associated with repeated suicide attempts among adolescents.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34(3): 437-445.
141. Vedrinne J, Sorel P, Weber D. (1996)
Sémiologie des conduites suicidaires.
EMC (Elsevier,Paris), Psychiatrie,37-114-A-80.
142. Vedrinne J, Gaud A. (1998)
Tentative de suicide, répétition et usure des soignants.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 15 :9-13.
143. Venisse J.L, Renauld M, Rousseau M (1995)
Philosophie du soin : le modèle addictif.
Conduites de dépendance du sujet jeune, p. 19-28 ; ESF Edts : Paris,France.
144. Venisse J.L, Mammari N, Sanchez-Cardenas M. (1992)
Conduites addictives :de la clinique à la thérapeutique.
Psychol Med., 2 : 7-18.
145. Verkes J, Rose C. Van der Mast, Hengeveld M.W, Tuyl J.P, Zwinderman A.H, Van Kempen M.J. (1998)
Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression.
Am J Psychiatry, 155: 543-547.
146. Walker RL, Joiner TE, Rudd MD. (2001)
The course of post-crisis suicidal symptoms: how and for whom is suicide "cathartic"?
Suicide Life Threat Behav, 31, 2:144-52.
147. Walter M, Garre JB, Eudier F, Martineau W, Chavagnat F, Chastang F, Levy D, Nabhan-Abou N, Nguyen M, Lemoigne L, Chanudet C, Cordier J.P, Cadiet L, Houdet D, Dhont P. (2002)
P 50.03 Assessment of medical consumption among suicide attempters.
European Journal of Psychiatry, 17, 1:203.
148. Walsh E, Harvey K, White I, Higgitt A, Fraser J, Murray R. (2001)
Suicidal behavior in psychosis: prevalence and predictors from a randomized controlled trial of case management: report from the UK700 trial.
British Journal of Psychiatry, 178:255-60.
149. Wilkinson G, Smeeton N. (1987)
The repetition of parasuicide in Edinburgh 1980-1981.
Soc Psychiatry, 22, 1:14-9.
150. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. (2001)
Randomized Trial of Group Therapy for Repeated Deliberate Self-harm in Adolescents.
J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, November 2001, 40,11.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

NOM : AUBIN BODIGUEL

PRENOM : RACHEL

Titre de Thèse : CLINIQUE DES TENTATIVES DE SUICIDE REPETEES ET RAPPROCHEES A PARTIR D'UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE AUX URGENCES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES DE NANTES.

RESUME

Les tentatives de suicide répétées et rapprochées sont fréquentes et posent de réelles difficultés de prise en charge en pratique quotidienne. Face à ce problème, nous avons réalisé une étude descriptive aux Urgences Médico-Psychologiques de Nantes, sur une période de 6 mois, incluant des patients admis pour tentatives de suicide répétées et rapprochées dans le temps. L'objectif de ce travail était de mettre en évidence des spécificités cliniques et psychopathologiques chez les patients multisuicidants, en analysant en particulier deux dimensions : l'impulsivité et l'intentionnalité suicidaire. Les résultats retrouvent une intentionnalité suicidaire moyenne pour la majorité des patients. Deux dimensions d'impulsivité ressortent de l'étude avec des scores élevées à l'UPPS : l'urgence et la recherche de sensation. Nous retrouvons une corrélation statistiquement significative entre l'intentionnalité suicidaire et la recherche de sensation. La plupart des données cliniques et sociodémographiques sont en accord avec la littérature. Cependant, mieux caractériser les dimensions d'impulsivité chez les suicidants réitérants permettrait de proposer des axes de prise en charge plus spécifiques.

MOTS-CLES

TENTATIVES DE SUICIDE - REPETITION- MULTISUICIDANT - RECIDIVE SUICIDAIRE - CLINIQUE-
PSYCHOPATHOLOGIE – ADDICTION – INTENTIONNALITE - IMPULSIVITE