

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

n° 27

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. de Psychiatrie

SUICIDE ET SCHIZOPHRENIE

Revue de la littérature & autopsie psychologique de 10 patients
schizophrènes décédés de suicide dans le département de la Vendée (85)
entre 2002 et 2009

Par **Olivier BUSCOZ**

Présentée et soutenue publiquement le 3 mai 2012

Président du jury: Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Matéi MARINESCU

Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962,

la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

LE SUICIDE.....	2
------------------------	----------

I. DEFINITION.....	2
II. EPIDEMIOLOGIE.....	3
III. FACTEURS DE RISQUE.....	4
1. FACTEURS SOCIO DEMOGRAPHIQUES.....	4
2. FACTEURS MEDICO-PSYCHIATRIQUES.....	5
IV. MODE DE SUICIDE.....	6

LA SCHIZOPHRENIE.....	7
------------------------------	----------

I. DEFINITION.....	7
II. DIVERSITE CLINIQUE.....	9
III. MORTALITE.....	11
IV. SUICIDE ET SCHIZOPHRENIE.....	12
1. EPIDEMIOLOGIE.....	12
2. ABORD PSYCHANALYTIQUE.....	13
a. Notre relation à la mort.....	13
b. La mort et le schizophrène.....	14
c. Les suicides « délirants ».....	15
3. FACTEURS DE RISQUES.....	16
A. FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	16
a. Sexe.....	16
b. Age.....	16

B. FACTEURS ANAMNESTIQUES.....	17
C. FACTEURS SEMIOLOGIQUES.....	17
a. Symptômes psychotiques.....	17
b. Symptômes dépressifs.....	18
c. Conduites addictives.....	19
d. Insight.....	20
e. Facteurs liés à la prise en charge.....	20
f. Circonstances du suicide.....	21
D. FACTEURS NEUROBIOLOGIQUES.....	22
a. Gène du transporteur de la sérotonine.....	23
b. Gène de la monoamine oxydase (MAO-A).....	23
c. Gènes codant les récepteurs de la sérotonine.....	24
d. Gène de la Tryptophane Hydroxylase (TPH).....	24

PREVENTION DU SUICIDE.....	26
-----------------------------------	-----------

I. OUTILS DE DEPISTAGE.....	26
1. PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale).....	26
2. SSRS (Schizophrenia Suicide Risk Scale).....	26
II. MOYENS DE PREVENTION.....	28
1. THERAPEUTIQUES.....	28
A. NEUROLEPTIQUES.....	28
a. Neuroleptiques classiques.....	28
b. Antipsychotiques atypiques.....	29
B. ANTIDEPRESSEURS.....	31
2. MOYENS NON MEDICAMENTEUX.....	32
Évaluer la fonction protectrice du processus psychotique, et du délire en particulier.....	33
Évaluer l'estime de soi.....	34
Accompagnement social et familial.....	34

AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE.....35

I. OBJECTIFS.....	35
II. METHODE.....	35
III. RESULTATS.....	38
IV. DISCUSSION.....	41
1. FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	41
a. Sexe.....	41
b. Age.....	41
c. Mode de suicide.....	42
2. FACTEURS ANAMNESTIQUES.....	43
a. Antécédents de conduites suicidaires.....	43
b. Antécédents somatiques.....	44
c. Antécédents familiaux.....	44
3. FACTEURS SEMIOLOGIQUES.....	45
a. Symptômes psychotiques productifs.....	45
b. Symptômes psychotiques négatifs.....	47
c. Symptômes dépressifs.....	47
d. Conduites addictives.....	49
4. FACTEURS EDUCATIFS ET SOCIO-PROFESSIONNELS.....	50
5. FACTEURS LIES A LA PRISE EN CHARGE.....	51
A. ANTECEDENTS ET MODES D'HOSPITALISATION.....	51
B. TRAITEMENT ET OBSERVANCE.....	52
a. Neuroleptiques.....	52
b. Antidépresseurs.....	53
C. MODALITES DE PRISE EN CHARGE.....	54
V. CONCLUSION.....	55

CONCLUSION.....57

INTRODUCTION

Le suicide est sans aucun doute la première préoccupation des soignants de psychiatrie, tant l'émotion et les questions qu'il soulève sont importantes. De par son retentissement global, en termes de mortalité ou de mesures de prévention, il est également devenu un enjeu socioéconomique conséquent. Faisant l'objet de multiples définitions, il reste, encore à ce jour, la première cause de décès chez les patients souffrant de schizophrénie; ces derniers présentant un risque de suicide bien supérieur comparativement à celui observé dans la population générale. Quels sont ces facteurs de risque? En existe-t-il qui soient spécifiques de la schizophrénie? Comment les détecter pour mieux prévenir ce que Bleuler qualifiait de « *plus sérieux symptôme de la schizophrénie* »?

Après quelques définitions essentielles, nous centrerons notre travail sur une revue globale de la littérature. Nous regrouperons, de façon la plus exhaustive possible, les facteurs généraux et individuels qui permettent de déterminer un patient schizophrène comme étant à haut risque de suicide. Nous compléterons ces observations par différentes lectures psychopathologiques de la survenue de telles conduites chez ces patients, afin de mieux en percevoir le sens.

Nous détaillerons, ensuite, la diversité des moyens de prévention, tant médicamenteux que psychothérapeutiques existant à la disposition des soignants, avant de questionner l'adaptabilité des prises en charge de ces patients.

Pour étayer notre exposé de façon plus concrète, nous relaterons, enfin, les observations rendues par la réalisation d'une autopsie psychologique sur les dossiers de 10 patients diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs - selon les critères du DSM-IV-R – et décédés par suicide entre 2002 et 2009, dans le département de la Vendée (85).

LE SUICIDE

I. DEFINITION

Le terme de suicide, du latin « *sui* » (soi) et « *caedere* » (tuer), apparaît pour la première fois en Angleterre, créé par Sir Thomas Brown en 1642. Ce terme aurait été importé en France au XVIII^e siècle par l'abbé Prévost, en 1734, puis repris par l'abbé Desfontaines dans son « Supplément du dictionnaire de Trévoux », en 1752. Le suicide s'y définit comme « l'action pour un individu de provoquer volontairement sa propre mort » [1].

Il existe plusieurs dénominations suicidologiques qui visent à différencier les conduites suicidaires:

- L'idéation suicidaire, ou représentation psychique plus ou moins élaborée, c'est à dire « scénarisée », de l'acte.
- La tentative de suicide, geste accompli, motivé ou non d'intentions suicidaires, n'ayant pas provoqué la mort de l'individu, qui est alors qualifié de « suicidant ».
- Le suicide « complété », qui décrit un acte ayant conduit à la mort.
- Divers comportements auto-offensants, actés ou non, plus ou moins élaborés, regroupés sous le terme « d'équivalents suicidaires »; il peut variablement s'agir de conduites automutilatoires ou de mises en danger telles que la conduite en état d'ivresse ou la consommation abusive de produits psychotropes.

L'étude du suicide survient un siècle après son apparition dans le vocabulaire courant français. Les premiers travaux et essais le concernant reviennent, entre autres, à Esquirol, qui en 1838, dans « Maladies mentales », envisage les schizophrènes comme « aliénés »: « *l'homme [n'attente] à ses jours que lorsqu'il est dans le délire* ». On constate des divergences entre plusieurs auteurs concernant la dénomination des conduites suicidaires survenant chez des sujets n'ayant aucune conscience de leur acte. Certains de ces auteurs vont, comme le Dr Achille-Delmas, jusqu'à exclure l'utilisation du terme de suicide pour les patients schizophrènes délirants au moment de leur geste, préférant à cela parler de « suicides-démences ». Achille-Delmas qualifie le suicide « *[d']acte par lequel un homme lucide pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir, en dehors de toute obligation éthique* » [1].

Nous rapporterons, enfin, la définition plus actuelle du suicide dressée par l'O.M.S en 1968: « *l'acte de se suicider est un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable de l'intention de mort. Le suicide est un acte suicidaire [dont l'] issue est fatale* ».

II. EPIDEMIOLOGIE

Selon les données répertoriées par l'O.M.S. le nombre de personnes décédées de suicide dans le monde est d'environ 1 million en 2002. Ce chiffre reste stable comparativement aux données de 2000. Il est à noter qu'il ne prend pas en compte les conduites auto offensantes, ni même les tentatives de suicide, estimées entre 20 et 30 fois plus nombreuses [5]. De plus, il nous faut considérer l'ensemble des décès violents dits « suspects », donc de cause indéterminée, qui ne peuvent être pris en compte ici.

Si l'on consulte la répartition mondiale des suicides en 2007 (cf. annexe 1), on observe une différence conséquente - ou gradient - entre l'hémisphère nord et l'hémisphère sud. Le taux de suicides observé en 2007, pouvant atteindre un chiffre supérieur à 13 cas pour 100 000 habitants en Russie, en France ou au Royaume Uni contre moins de 6,5 cas pour 100 000 habitants dans les pays d'Amérique du Sud [2].

Le taux de mortalité par suicide au sein de la population générale française était estimé, en 2006, par la Drees, à 17 pour 100 000 habitants, soit environ 11 000 personnes décédant de suicide, dans l'année, sur l'ensemble du pays. Le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès) estime une sous-évaluation de cette population d'environ 20% [3].

A l'échelle de la région des Pays de la Loire, cette mortalité a été estimée au cours de 2 études menées par l'Observatoire Régional de la Santé en 2002 et en 2005. En 2005, 775 décès résultaient d'un acte suicidaire dans cette région. Les hommes étant 3 fois plus concernés que les femmes, tous âges confondus, et 5 à 6 fois plus si l'on considère sur la période 2003/2005 les 35/44 ans et les plus de 85 ans. Cette tendance à l'augmentation du risque suicidaire avec l'âge s'observe également chez les femmes, avec un taux de décès par suicide 3,5 fois supérieure chez les plus de 85 ans que chez les 25/34 ans [3].

Il est noté, par l'Observatoire Régional de la Santé, une tendance à la baisse du nombre annuel de suicides sur la région des Pays de la Loire, et ce depuis le milieu des années 80. Cette tendance se retrouve également au niveau national. Cette diminution concerne plus particulièrement les femmes

(-2,5% entre 1980 et 2004, contre -1,4% chez les hommes) et les sujets âgés de plus de 50 ans (-2,3 à 2,4%), alors que la mortalité par suicide reste stable chez les 25/49 ans et les moins de 25 ans [3].

Les plus récentes données, au niveau national, proviennent de l'INSERM, et datent de 2008. Le nombre total de suicides observés (en métropole et DOM TOM) était de 10 519, soit 1,94% des décès, toutes causes confondues, contre 10 803 suicides répertoriés en 2004 (-2,62%). Selon Heilä, en 1997, 2 à 12% des suicides observés dans une population donnée concernaient des sujets atteints de schizophrénie [4].

III. FACTEURS DE RISQUE

Nombre d'études épidémiologiques ont eu pour objectif de déterminer et de répertorier les différents facteurs de risque, variablement démographiques, personnels, médicaux ou psychosociaux susceptibles de prédisposer à un risque suicidaire élevé.

1. FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

La répartition du nombre de suicides en France est très variable en fonction de la tranche d'âge que l'on prend en considération. Ainsi les 45-54 ans sont les plus nombreux (2296 suicides en 2008) et représentent plus de 21% des suicidés. Le suicide reste la première cause de décès observée chez les 15-35 ans, avant les morts violentes par accident, allant jusqu'à représenter près de 22% des causes de décès chez les 25-34 ans (1081 pour 5082).

Le sexe est également un facteur déterminant puisque l'on observe, comme chaque année en France, un nombre bien supérieur de suicides parmi les hommes: 7760 pour 2759 femmes, soit un rapport de 2,81. Cette surmortalité masculine est une réalité quelque soit la tranche d'âge observée, mais dans des proportions variables: en 2005 l'INSERM rapportait un risque relatif masculin de 3,7 parmi les 15-24 ans, de 2,3 chez les 45-54 ans et de 6 parmi les plus de 85 ans [5].

Les tentatives de suicide, bien plus nombreuses que les suicides complétés au niveau de la population mondiale, semblent majoritairement concerner les femmes, et ce, quelle que soit la tranche d'âge considérée (ratio de 2).

Le statut marital, ainsi que professionnel, prédispose dans une certaine mesure au risque suicidaire. Comparativement aux sujets mariés, les célibataires, les veufs et les divorcés se suicident

respectivement 2, 5 et 8 fois plus souvent [5].

La perte récente d'un emploi associée à des difficultés socio-économiques constitue, enfin, un facteur de risque de suicide, même si cette association semble avoir été moins fréquemment mesurée.

2. FACTEURS MEDICO-PSYCHIATRIQUES

Les pathologies psychiatriques, et non seulement la dépression caractérisée, sont susceptibles d'augmenter le risque de suicide. Gelder retrouve en 2005 une prédominance de troubles dépressifs dans 36% à 90% des cas de suicide. Les conduites addictives avec dépendance au produit, ainsi que les troubles de la personnalité (personnalité émotionnellement labile ou impulsive, surtout) représentent chacun approximativement la moitié des cas [6]. Concernant notre sujet d'étude, les troubles schizophréniformes (schizophrénie et troubles schizo-affectifs) affectent entre 3 et 10% des suicidés, ce qui paraît être confirmé par plusieurs auteurs, dont Heilä [4].

Entre 20 et 75% des sujets suicidés seraient affectés d'une pathologie médicale. Outre le mauvais pronostic de certaines de ces affections, ou leur retentissement parfois conséquent sur la qualité de vie des patients, on peut supposer que certains traitements, prescrits dans ce contexte, sont susceptibles d'accroître directement le risque de comportements suicidaires (parmi les plus connus et souvent cité, l'Interféron). [7]

IV. MODE DE SUICIDE

Bourgeois retrouvait, en 1997, en France, une nette prédominance de la pendaison comme moyen léthal utilisé (36% des cas de suicide). La plaie par arme (phlébotomie mais aussi plaie par arme à feu) représente quant à elle 25% des cas. On trouve ensuite dans des proportions variables, les intoxications médicamenteuses volontaires, la noyade et la mort par précipitation (respectivement 15, 8 et 6% des suicides) [8].

Les statistiques diffèrent en fonction du sexe: les hommes utilisent majoritairement des moyens létaux plus violents (pendaison et plaie par arme représentant respectivement 40 et 30% des cas),

tandis que les femmes semblent utiliser des moyens moins « traumatiques », comme l'intoxication médicamenteuse (25%) ou la noyade (15%). Cette dernière concerne trois fois plus souvent les femmes que les hommes [8].

L'acte est le plus souvent réalisé au domicile du sujet (56 à 65% des cas). Le suicide sur le lieu d'hospitalisation semble plutôt rare même s'il représente 14% des suicides chez les plus jeunes.

LA SCHIZOPHRENIE

I. DEFINITION

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique fréquente puisqu'elle affecte environ de 1% de la population générale. Elle peut être décrite sous plusieurs formes cliniques définies selon les symptômes qui prédominent, et paraît prédisposer à un risque suicidaire élevé.

Nous rapporterons ici, dans un souci de concision, la classification nosologique du DSM-IV-R. Nous avons choisi d'utiliser cette classification dans le cadre de notre travail afin de décider quels patients allaient être inclus dans notre autopsie psychologique (cf. « Méthode »).

La schizophrénie se définit selon plusieurs critères:

Critère A- Des symptômes caractéristiques: deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement):

- (1) Idées délirantes
- (2) Hallucinations
- (3) Discours désorganisé (Coq-à-l'âne ou incohérence)
- (4) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) Symptômes négatifs, par exemple, émoussement affectif ou perte de volonté.

Un seul des symptômes du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

Critère B- Des dysfonctionnements sociaux ou des activités: Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation.

Critère C- Durée: des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période doit comprendre au moins un des symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c'est à dire les symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances bizarres ou perceptions inhabituelles).

Élément tout à fait intéressant dans le cadre de notre travail, le **critère D** souligne l'importance de la distinction entre la schizophrénie, les troubles schizo-affectifs et les troubles de l'humeur, qui doivent chacun être éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

Critère E- Exclusion d'une affection médicale générale ou due à une substance: la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est à dire d'une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une affection médicale générale.

Critère F- Relation avec un trouble envahissant du développement: En cas d'antécédents de troubles autistiques ou d'un autre trouble envahissant du comportement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois, ou moins quand elles répondent favorablement au traitement.

II. DIVERSITE CLINIQUE

Il existe différentes formes cliniques, que nous avons l'habitude de distinguer au cours de notre exercice. Nous nous limiterons ici à rapporter les descriptions répertoriées dans le DSM-IV-R:

Type paranoïde

Il s'agit d'une forme de schizophrénie fréquente, sûrement la plus connue et qui répond aux critères suivants :

- (A) Une préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations fréquentes.
- (B) Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé ou catatonique, ou affect abrasé ou inapproprié.

Type désorganisé

Un type de schizophrénie qui répond aux critères suivants :

- (A) Toutes les modifications suivantes sont au premier plan :
 - Discours désorganisé
 - Comportement désorganisé
 - Affect abrasé ou inapproprié
- (B) Ne répond pas aux critères de type catatonique

Type catatonique

Un type de schizophrénie dominé par au moins deux des manifestations suivantes :

- (A) Immobilité motrice se manifestant par une catalepsie (comprenant une flexibilité cireuse catatonique) ou une stupeur catatonique.
- (B) Activité motrice excessive (apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures)
- (C) Négativisme extrême (résistance apparemment immotivée à tout ordre ou maintien d'une position rigide s'opposant aux tentatives destinées à la modifier) ou mutisme
- (D) Particularités des mouvements volontaires se manifestant par des positions catatoniques (maintien volontaire d'une position inappropriée ou bizarre), des mouvements stéréotypés, des maniérismes ou des grimaces manifestes.
- (E) Écholalie ou échopraxie

Type indifférencié

Une forme de schizophrénie comprenant des symptômes répondant au critère A, mais ne répondant pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique.

Type résiduel

Un type de schizophrénie répondant aux critères suivants :

- (A) Absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucination, de discours désorganisé, et de comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
- (B) Persistance d'éléments de la maladie, comme la présence de symptômes négatifs ou de deux ou plusieurs symptômes figurant dans le critère A de la schizophrénie, présents sous une forme atténuée (par exemple croyances bizarres ou perceptions inhabituelles).

Trouble schizophréniforme

- (A) Répond aux critères A, D, et E de la schizophrénie
- (B) L'épisode pathologique (englobant les phases prodromiques, actives et résiduelles) dure au moins un mois mais moins de six mois.

Il est important de préciser les caractéristiques qui peuvent paraître de bon ou de mauvais pronostic concernant l'évolution de ce trouble. Les formes présumées de bonne évolution devront ainsi présenter deux au moins des manifestations suivantes :

- Survenue de symptômes psychotiques importants dans les 4 semaines succédant au premier changement observable du comportement ou du fonctionnement habituel.
- Confusion ou perplexité à l'acmé de l'épisode psychotique.
- Bon fonctionnement social et professionnel prémorbide.
- Absence d'émoussement ou d'abrasion d'affects.

Trouble schizo-affectif

- (A) Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, soit d'un épisode mixte, et de symptômes répondant au critère A de la schizophrénie.
- (B) Au cours de la même période de la maladie, des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques marqués.

- (C) Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- (D) La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

On parle de type bipolaire si la perturbation comprend un épisode maniaque ou un épisode mixte, et de type dépressif si la perturbation comprend uniquement des épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire caractérisés.

III. MORTALITE

Il nous paraît important de décrire combien la schizophrénie est une pathologie qui s'associe à une mortalité élevée, jusqu'à 3,8 fois supérieure à celle de la population générale, et allant jusqu'à réduire l'espérance de vie de ces patients de près de 20% [5].

L'association de cette maladie à des facteurs de risque cardiovasculaires est très fréquente: le tabac, fréquemment consommé par les patients (plus encore que dans la population générale), mais aussi l'obésité, le diabète, voire un syndrome métabolique induit par les traitements neuroleptiques (mais aussi favorisé par l'apragmatisme), sont des facteurs importants et indépendants de risque cardiovasculaire.

De même, en raison d'une perception souvent altérée de leur image corporelle, ou d'un déni des troubles - tant psychiatriques que somatiques - les schizophrènes semblent accéder beaucoup plus difficilement aux soins. Dworkin supposait même que les traitements neuroleptiques diminuaient la sensibilité à la douleur des patients, et retardaient encore un peu plus certaines demandes de soin et donc la prise en charge de certaines pathologies [9] .

IV. SUICIDE ET SCHIZOPHRENIE

1. EPIDEMIOLOGIE

Au-delà des pathologies somatiques, le suicide demeure - et de loin - la première cause de mortalité observée au sein de la population schizophrène. Entre 9 et 13% d'entre eux décèderont de suicide;

ces chiffres restent comparables à ceux observés au cours de l'évolution de certaines autres pathologies psychiatriques: Inskip et al. ont estimé que le risque de suicide encouru sur une vie entière était respectivement de 6% parmi les troubles dysthymiques, 7% chez les patients souffrant d'alcoolisme, et 5 % pour les schizophrènes [10].

Déjà en 1977, Miles reprenait 34 études s'intéressant à ce sujet, et estimait en synthèse que 10% des patients schizophrènes se donnaient eux-mêmes la mort [78]. De nombreuses études ont par la suite estimé qu'entre 10 et 13 % des schizophrènes mourraient de suicide.

Si le pourcentage de décès par suicide complété peut varier d'une étude à une autre, il apparaît que le suicide reste la première cause de décès pour les patients schizophrènes, pouvant même représenter, dans le cas d'une seule étude, jusqu'à 38% de ces décès [12].

Dans leur méta-analyse, Harris et Barraclough incluait 28 études et trouvaient que le risque de suicide parmi les patients diagnostiqués comme schizophrènes s'avérait plus de 8 fois supérieur à celui observé dans la population générale [13], ce que confirmait Brown [14]. Ce dernier retrouvait également une forte participation de causes naturelles (comme l'insuffisance respiratoire) ou provoquées (suicide, mais également accident, homicide) concernant cette surmortalité. Cette dernière s'avère d'ailleurs plus élevée encore au cours des premières années d'évolution de la schizophrénie.

Des études danoises, réalisées au sein de plusieurs cohortes de patients schizophrènes, suggèrent que le risque de suicide augmente au cours des temps inauguraux de la maladie, pour diminuer ensuite, au fur et à mesure que la pathologie se chronicise [15, 16]. Cependant, d'autres données vont à l'inverse: elles retrouvent un risque de suicide élevé qui reste stable au cours de l'entière évolution de la schizophrénie.

Malgré de nombreux progrès réalisés dans les domaines thérapeutiques et psychothérapeutiques, le taux de suicide observé parmi les schizophrènes reste globalement inchangé.

2. ABORD PSYCHANALYTIQUE

a. Notre relation à la mort

Freud s'est longtemps penché sur le sentiment ambivalent de l'Homme envers la mort. Si l'inconscient semble pouvoir désirer la mort de l'autre, ou « *de ce qui le dérange* », il ne paraît pas en mesure de pouvoir accepter sa propre mort, ni même pouvoir se la représenter. Freud décrit ainsi

chacun de nous comme « *persuadé de son immortalité* » [11].

En 1920, il élabore dans la suite de ces préceptes une théorie sur la dualité des instincts inconscients envers la vie et sa finalité, la mort. Ces deux pulsions contraires, *instinct de vie* et *instinct de mort*, paraissent l'une comme l'autre inhérentes à la vie psychique. La mort serait même, pour Freud, la finalité de la vie (« *Si vis vitam, para mortem* » soit « *Si tu veux vivre, prépare ta mort* »). Cette dernière résulterait d'un compromis entre ces deux pulsions [11].

Ainsi les individus qui présentent des conduites suicidaires (et plus encore si ces conduites sont répétées dans le temps), démontreraient combien la pulsion de mort semble pouvoir prédominer, dans certains cas, l'activité psychique.

Plusieurs auteurs ont souhaité, au fil du temps, pondérer cette théorie (parmi les plus contestées de la psychanalyse). Wartel, à la suite de Lacan, nous affirme que la pulsion de mort qui définit l'être humain se trouve non pas inhérente à la vie biologique, mais « *à l'instauration de l'être dans le langage* ».

b. La mort et le schizophrène

L'expérience de la schizophrénie nous démontre combien la souffrance psychique qu'elle induit peut être grande. L'une des principales sources d'angoisse semble être l'appréhension de la finitude de la vie: les pertes passées dont les patients n'ont pu faire le deuil, ou leurs difficultés à s'intégrer au sein de la société, sont autant d'éléments en mesure d'augmenter l'appréhension de leur propre perte. Searles décrit que le sentiment de haine, intériorisé et refoulé par les schizophrènes, les amène régulièrement à se considérer comme potentielle source de malveillance, voire comme les auteurs possibles de leur propre mort.

L'ambivalence, qui caractérise cette pathologie, semble faire osciller les schizophrènes entre amour et haine, construction et destruction, vie et mort. Si le moi névrotique travaille au sein des conflits, le moi psychotique travaille envers et contre les conflits, et en premier lieu, celui d'ambivalence. Pour Racamier, l'existence schizophrénique se trouve être « *la vie dans l'invivable et la pensée dans*

*l'impensable, l'agonie de l'être; la mise à mort du réel, de l'objet et du moi » [17]. Le moi schizophrénique, défaillant, poreux, en rupture complète avec le monde objectal, est aux prises avec un instinct de mort. Pour Klein, également, le déni, qui s'oppose au refoulement névrotique, est absolu au cours des accès psychotiques aigus, où il devient un déni d'existence. Le délire devient alors une question de vie ou de mort, « de vie et de mort », et peut être apparenté à une « *insidieuse et tenace tentative de suicide psychique* » [17].*

Le corps schizophrène est morcelé, scindé, sans représentation possible d'aucun de ses membres, pourtant bien réels. Le suicide peut être envisagé comme une tentative, pour ces patients, de symbolisation, de reconstruction de leur corps. C'est dans l'échec de cette tentative que semble se trouver le paradoxe de la schizophrénie décrit par Racamier: les schizophrènes qui, au travers de passages à l'acte suicidaires (ou plus généralement auto-agressifs), tentent de rassembler la réalité morcelée de leur corps, n'envisageraient donc que de vivre au travers de leur mort. « *Pour vivre, il lui fallait donc se tuer* » [17].

c. Les suicides « délirants »

Morasz différencie les actes suicidaires inhérents à un processus d'auto-dévalorisation non délirant survenant au cours d'une rémission, même partielle et transitoire, de la symptomatologie positive ou dissociative de la maladie, et, d'autre part, ceux survenant au décours d'une exacerbation délirante [52].

La structuration de la personnalité psychotique semble s'établir, pour Morasz, autour de la destructivité, c'est à dire le paradoxe *fusion-rejet* de l'objet. Le passage à l'acte du schizophrène résulte d'une intrication entre l'énergie libidinale et cette violence fondamentale. La place de l'objet dans la violence psychotique est précise, elle est désignée par le processus de projection, qui permet d'extérioriser l'agressivité interne non contrôlable sur cet objet; cette forme d'énergie libidinale agressive étant plus tolérable pour le schizophrène qu'une violence fondamentale ou "pure". La construction délirante, même agressive, le protège alors de la réalité. Selon Morasz, la violence survient lorsque la projection ne peut plus assumer cette fonction protectrice. Peuvent alors survenir deux types "d'actings": ceux inhérents à la psychose, moteurs du processus psychotique et

indépendants de l'interaction avec l'environnement, et ceux dits défensifs, car survenant en conséquence de cette interaction [52].

Morasz s'attarde sur le cas des schizophrènes se suicidant au décours d'une phase délirante aiguë: l'intentionnalité agressive semble dans ce cas dirigée envers un objet placé au centre du délire; elle a pour motivation première l'atténuation de la tension psychique intolérable par la destruction de cet objet agresseur, ainsi que de sa représentation psychotique [52]. Lorsque la projection, c'est à dire l'externalisation de cette agressivité n'est pas possible pour le patient, la suppression pure et simple de l'agressé (donc du patient lui même) apparaît alors, dans la symbolique délirante, comme étant la seule alternative à cette souffrance.

Dans ce cas, l'acte est décrit comme défensif et délirant, puisqu'il est le fruit d'une construction propre à la pensée paranoïde du schizophrène. Cette dernière induit un processus de *concrétisation* par lequel le patient passe d'une sensation abstraite angoissante à une image concrète: le scénario puis l'acte suicidaire délirant.

3. FACTEURS DE RISQUES

A. FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

a. Sexe

Keith Hawton [18] retrouve un *sex ratio* masculin de 1,56 parmi les suicidés schizophrènes, contre 3 dans la population générale, ce que confirme, entre autre, Gavaudan [19]. Dans l'autopsie psychologique un peu plus ancienne réalisée en Finlande par Heilä et coll., 74% des 92 patients schizophrènes suicidés inclus dans l'étude étaient des hommes [4].

Sur un suivi de 11 années, De Hert et Peusken constataient que si le suicide concernait 4,2% des femmes tout au long de leur étude, il n'affectait pas moins de 9,1% des hommes [20].

Même si l'écart observé entre la proportion d'hommes et de femmes suicidés reste moins conséquent parmi les schizophrènes qu'au sein de la population générale, un grand nombre d'auteurs considèrent le sexe masculin comme l'un des principaux facteurs de risque de suicide chez les schizophrènes [8, 21-23]. Il n'est cependant nullement spécifique de la schizophrénie, puisqu'aucune étude ne conclue, le concernant, à des résultats significatifs.

b. Age

L'âge auquel survient l'acte suicidaire semble en revanche présenter des variations spécifiques à la maladie schizophrénique [19]. Il est observé que l'âge moyen du suicidé est inférieur à celui observé au sein de la population générale [23-25], même si là encore certaines investigations concluent à des données contradictoires [22]. La moyenne d'âge des suicidés schizophrènes apparaît inférieure d'environ 8,6 années à celle de la population générale, soit 34,5 ans Vs 43,1 [26]. La majorité des auteurs retrouve des résultats à peu près similaires [29]; Pompili précise même une exposition particulièrement marquée à ce risque avant l'âge de 30 ans [27].

On peut supposer que certains éléments cliniques, propres à la schizophrénie « inaugurale » (donc plus souvent présentés par les jeunes patients), tels qu'une activité délirante floride ou une désorganisation aiguë de la pensée, favorisent ces passages à l'acte, à l'inverse, semble-t-il, des signes négatifs et des troubles cognitifs qui prédominent après une longue évolution de la pathologie [28]. Les idées d'auto-dévalorisation ou un sentiment de désespoir seraient également plus fréquents chez ces sujets, tout nouvellement confrontés à ce diagnostic et aux désillusions qu'il suscite.

B. FACTEURS ANAMNESTIQUES

Comme au sein de la population non schizophrène, l'existence d'antécédents de tentatives de suicide chez ces patients [4, 23, 30-33] prédispose grandement à un risque ultérieur de suicide (OR=4.09, 95% CI=2.79-6.01 [18]). Ils sont fréquemment retrouvés chez les patients schizophrènes: entre 20 et 40 % de ceux-ci tenteront de se donner eux-mêmes la mort au cours de leur vie [4, 13, 34]. La méthode alors employée, et plus précisément sa létalité, constitue pour de nombreux auteurs l'un des meilleurs facteurs prédictifs du risque suicidaire, puisqu'elle l'augmente considérablement [4, 35]. La détermination d'un patient schizophrène à se suicider paraît d'autant plus importante qu'il est âgé (ratio de suicidant/suicidés de 200/1 contre 5/1 en moyenne chez le sujet jeune) [36]. Ce dernier élément est comparable à ce qui peut être observé dans la population générale.

Les antécédents familiaux de conduites suicidaires sont aussi retrouvés comme prédisposant à un risque suicidaire élevé [4, 31, 35], et confirment un peu plus l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique au suicide qui serait indépendante de toute pathologie mentale (cf. « Facteurs neurobiologiques »).

C. FACTEURS SEMIOLOGIQUES

a. Symptômes psychotiques

Concernant le champ sémiologique de la psychose, il apparaît que la forme paranoïde de la schizophrénie, où prédomine la symptomatologie « productive » (hallucinatoire ou délirante), est plus à risque que les formes dites « négatives », c'est-à-dire déficitaires. Fenton estime que le risque de suicide est jusqu'à 3 fois plus élevé dans les formes paranoïdes comparativement aux formes indifférenciées [37]. L'autopsie psychologique permet de déterminer les convictions délirantes, l'automatisme mental, la persécution ou la désorganisation de la pensée comme étant très hautement associés au risque suicidaire [23, 31, 35, 37].

Si des suicides survenant du fait d'hallucinations et/ou d'un syndrome d'influence ont pu être décrits dans la littérature, grand nombre d'auteurs modèrent la significativité de cette association [18, 39]. Dans certains cas, même, les hallucinations semblent associées à une diminution du risque suicidaire (OR=0.50, 95% CI=0.35-0.71 [18]). Aussi semble-t-il judicieux de considérer les éléments hallucinatoires de la schizophrénie comme des facteurs de risque non indépendants, c'est à dire augmentant un risque très probablement déjà existant [39].

Les signes déficitaires de la psychose, lorsqu'ils sont présents, semblent protéger les patients d'une prise de conscience trop violente de la maladie et de ses conséquences; le risque de suicide est estimé par Fenton 4 fois moins important que celui retrouvé pour les formes indifférenciées. Les idées d'auto-dévalorisation et le sentiment de désespoir inhérent à l'évolution de la pathologie seraient moins fréquemment retrouvés parmi ces patients [37].

b. Symptômes dépressifs

La dépression est un autre grand facteur de risque [4, 23, 31, 32, 35], ceci d'autant qu'elle survient régulièrement au décours de la schizophrénie (dans 20% à 80% des cas selon les études [40]). Pour Keith Hawton, les épisodes dépressifs caractérisés sont parmi les premiers facteurs de risque de suicide (OR=3.03, 95% CI=2.06-4.46) [18]. Jusqu'à 64% des schizophrènes décédés de suicide auraient présenté, selon Gavaudan, un syndrome dépressif caractérisé [38].

Si la question de la prévention soulève l'importance du dépistage et du traitement de ces épisodes (cf. « Prévention »), il est parfois bien difficile d'établir clairement leur diagnostic. En effet, bon nombre de signes de la clinique dépressive peuvent être confondus avec des symptômes négatifs de la schizophrénie (apragmatisme, athymhormie...) voire même avec certains effets secondaires des

traitements neuroleptiques (indifférence psychomotrice, akathisie...) [19, 41]. Il est fréquent de retrouver, après le passage à l'acte, l'existence d'un sentiment de désespoir, voire d'idées suicidaires, sans que ces derniers ne soient associés à d'autres signes de la dépression [31, 35].

Enfin, il est d'usage de considérer quatre formes habituelles d'épisodes dépressifs caractérisés, survenant au décours de la schizophrénie:

- Pour la moitié des patients, environ, l'épisode dépressif est concomitant à la phase aiguë de la psychose.
- Un tiers environ des patients présentent une forme de dépression dite « post-psychotique », survenant lors des phases de rémission de la maladie (8 mois après en moyenne [43]).
- Les dépressions iatrogènes, supposées inhérentes aux traitements neuroleptiques et plus particulièrement ceux classiques comme l'halopéridol, mais qui n'ont jamais été clairement démontrées (cf. « Prévention »).
- Les troubles schizo-affectifs, enfin, définis par le DSM-IV-R comme la concomitance d'éléments thymiques et de signes évocateurs de trouble schizophrénique.

c. Conduites addictives

Les conduites addictives sont, comme au sein de la population générale, associées de façon significative aux comportements suicidaires chez les patients schizophrènes [31], comme le retrouve Keith Hawton (OR=3.21, 95% CI=1.99-5.17) [18].

Reconnaître l'existence de telles conduites est primordial, d'autant que certaines substances (alcool et cannabis surtout) sont fréquemment associées à la schizophrénie (bien souvent utilisées à titre d'automédication de certains symptômes déficitaires par les patients). Dixon, en 1999, estimait que 70% des schizophrènes présentaient un abus et/ou une dépendance au tabac, presque 50% à l'alcool et 42% au cannabis [44].

Si, pour plusieurs auteurs, les comportements d'addiction sont parmi les facteurs les plus prédictifs du risque suicidaire chez les schizophrènes [45], on ne peut cependant pas les considérer comme des facteurs indépendants. Ils augmentent vraisemblablement ce risque par l'intermédiaire de différents paramètres non spécifiques à la psychose: diminution de l'observance au traitement, de son efficacité, mauvaise compliance aux soins, repli socio-affectif... Gavaudan rappelle, de plus,

leur fréquente association à des traits de personnalité impulsive ou antisociale, qui augmentent, de façon significative et indépendante, ce risque [19, 35].

d. Insight

Le rôle de l'insight dans la survenue de comportements suicidaires chez les schizophrènes est complexe. Nous définirons brièvement l'insight comme étant la capacité d'un sujet à reconnaître, comme tels, les signes d'une pathologie psychiatrique. C'est du déroulement de ce processus que dépend régulièrement la prise de conscience de la nécessité des soins et donc la bonne observance aux traitements. Un insight de mauvaise qualité risque d'entraîner une interruption du suivi et de favoriser, en conséquence, l'évolution péjorative de la pathologie [35].

A l'inverse, comme Mantelet nous le rappelle, un insight de bonne qualité est susceptible d'entraîner une prise de conscience éclairée des troubles et de leurs conséquences qui peut, lorsqu'elle n'est pas suffisamment encadrée et accompagnée par le soignant, grandement favoriser la survenue d'un sentiment de désespoir ainsi que d'une grande appréhension quant à la dégradation cognitive liée à l'évolution de la maladie [31]. L'association de ces derniers éléments au risque suicidaire est retrouvée par Keith Hawton comme étant très hautement significative (OR=12.1, 95% CI=1.89-81.3) [18].

e. Facteurs liés à la prise en charge

L'hospitalisation, même librement consentie, semble être un temps particulièrement exposé au risque suicidaire. Le fait qu'elle soit le plus souvent motivée par une symptomatologie aiguë (psychotique ou dépressive), pourrait expliquer cette corrélation [22, 46]. La période la plus à risque semble se situer dans les premiers jours qui suivent l'admission, mais aussi dans le premier mois qui suit la sortie du patient [32, 46], ceci de façon d'autant plus importante qu'elle survient au cours des premières années d'évolution de la pathologie [47].

Des hospitalisations répétées, rapprochées, écourtées par le départ prématuré du patient de la structure (avec ou sans l'accord médical) sont aussi retrouvées, *a posteriori*, comme exposant à ce risque [22, 47], tout autant que la mauvaise observance aux traitements médicamenteux (OR=3.75, 95% CI=2.20-6,37) [18].

f. Circonstances du suicide

La réalisation de plusieurs autopsies psychologiques semble démontrer que l'acte suicidaire est bien souvent (dans plus de la moitié des cas), le fait de motifs strictement inhérents à la schizophrénie (idées de persécution surtout), ou à une forme secondaire de dépression (auto-dépréciation, sentiment de désespoir...). Comme nous l'avons constaté plus haut, l'acte suicidaire est le plus souvent le fait de motivations induites par la schizophrénie elle-même ou plus rarement injonctions hallucinatoires, ...), ou bien par la dépression dans plus de la moitié des cas. Les événements de vie stressants, comme la perte d'un proche ou d'un travail, sont retrouvés dans une moindre mesure [4].

Les moyens employés par les patients pour se donner la mort sont plus violents en regard de ceux employés au sein de la population générale, ou même de populations souffrant d'autres troubles psychiatriques. Kelly et al rapportent ainsi : le saut dans le vide (40%), l'intoxication médicamenteuse volontaire (27%), la noyade (13%), la phlébotomie (7%), les armes à feu (7%), et la pendaison (7%) [23].

La préparation du suicide, incluant le repli et l'isolement, la planification de l'heure, de l'endroit, et la mise en place des moyens létaux semble également témoigner d'une détermination franche à se donner la mort [48], bien souvent nettement supérieure à celle observée dans la population générale. Cependant, nous le précise Mantelet, nombre de patients, bien qu'isolés sur le plan socio-affectif, expriment clairement leurs intentions suicidaires auprès de leur proches, voire de leur médecin, au cours d'un entretien qu'ils peuvent avoir d'eux même demandé: 51% d'entre eux ont consulté dans les 4 jours précédant leur geste, et jusqu'à 82% dans le mois [4].

D. FACTEURS NEUROBIOLOGIQUES

Nota bene: Il nous a été difficile de déterminer s'il fallait envisager les paramètres neurobiologiques actuellement explorés, comme plusieurs auteurs le supposent, comme étant spécifiques à la schizophrénie, ou s'il nous fallait, au contraire, au vu de l'ambiguïté des résultats, les détailler dans la première partie de notre exposé, consacrée aux facteurs de risque généraux. Nous avons finalement décidé de les traiter ici. Il n'est pas de notre volonté de prendre partie, mais bien de discuter, de façon claire, pour chacun de ces paramètres, de la pertinence des résultats obtenus.

Les approches neurobiologiques offrent actuellement de nouvelles perspectives qui pourraient permettre de mieux comprendre les comportements auto-offensants, notamment des patients schizophrènes, par des moyens autres que l'identification des facteurs de risque psychosociaux. Pour certains auteurs, dont Courtet, l'analyse isolée de ces derniers ne permettrait pas de prédire de façon suffisamment précise le risque suicidaire pour un individu donné [49].

C'est dans l'espoir de pouvoir fournir des « marqueurs » biologiques - donc détectables - de ce risque que se multiplient, depuis plusieurs années, les études dans le domaine de la psychiatrie neurobiologique, ceci d'autant que les études de génétique épidémiologique suggèrent l'existence de facteurs de vulnérabilité génétique au risque suicidaire, indépendants des facteurs de vulnérabilité aux troubles psychiatriques [50, 51].

Les données actuelles privilégient l'implication d'un dysfonctionnement du système sérotoninergique central de façon indépendante des maladies psychiatriques [53]. L'hypothèse la plus étayée concerne, plus spécifiquement, une dysrégulation de ce système au niveau du cortex orbitofrontal qui engendrerait un abaissement du contrôle de l'agressivité et exposerait ainsi à un risque accru de passage à l'acte, lors de l'exposition à des facteurs de stress (psychose et dépression entre autres).

Ces découvertes semblent mettre en évidence une association plus ou moins significative, selon les études, entre le système sérotoninergique et le risque suicidaire, au sein de la population générale mais aussi parmi les schizophrènes. Elles suggèrent l'importance des traitements susceptibles d'influencer le taux de sécrétion de la sérotonine dans la prévention des conduites suicidaires chez les patients atteints de schizophrénie.

Malheureusement, comme nous allons le voir, les quelques études à avoir été entreprises dans ce sens, amènent régulièrement à des résultats ambigus, voire même, parfois, à des conclusions contradictoires.

a. Gène du transporteur de la sérotonine

La molécule transportant la sérotonine joue un rôle majeur dans la régulation de son taux intrasynaptique, en assurant une fonction de recapture pré-synaptique après sa libération. C'est pour cette raison essentielle que le gène codant ce transporteur, situé sur le bras long du chromosome 17, a fait l'objet d'études itératives. L'association de certains allèles de ce gène, dont l'allèle S (45/46), à un défaut d'expression de ces transporteurs a été clairement démontrée, et retrouvée comme significativement associée à un risque suicidaire élevé, indépendamment de la dépression (*in vitro* comme *in vivo*). Il est exprimé chez 56% des suicidants Vs 42% des sujets témoins de l'étude de Courtet et coll. [54]. La diminution du nombre de transporteurs de la sérotonine au niveau du cortex orbitofrontal ainsi qu'au niveau préfrontal ventral [55] a été retrouvé dans plusieurs études post-mortem chez les sujets suicidés. L'ensemble des résultats doit être modéré par des données plus mesurées, voire même contradictoires, concernant la pertinence de cette association [56, 57]. Il n'a pas été retrouvé d'étude spécifiquement menée sur la population schizophrène.

b. Gène de la monoamine oxydase (MAO-A)

L'étude d'Oreland et Hallman [58] suggère l'association de ce gène aux conduites impulsives et agressives de certains profils de personnalité pouvant prédisposer aux comportements suicidaires. Mais d'autres résultats viennent contredire cette hypothèse [59]. Bien que l'association d'allèles de ce gène à une élévation du risque suicidaire ne soit pour l'instant pas clairement établie, il apparaît pour Courtet parfaitement pertinent d'envisager cette possibilité [49]. Nous n'avons pas trouvé d'études se centrant spécifiquement sur la population schizophrène.

c. Gènes codant les récepteurs de la sérotonine 5-HT1B et 5-HT2A

Bien que les différents auteurs s'intéressant à ce gène aient abouti à des résultats opposés (association significative ou non-association) [60, 61], plusieurs études *post-mortem* réalisées sur le cerveau de patients suicidés retrouvent une élévation du taux d'expression des récepteurs 5-HT2A

au niveau du cortex préfrontal [62, 63].

d. Gène de la Tryptophane Hydroxylase (TPH)

La Tryptophane Hydroxylase est une enzyme intervenant lors de l'étape initiale de la synthèse de la sérotonine. Elle est codée par deux gènes, TPH1 et TPH2, respectivement situés sur les chromosomes 11 et 12. Courtet et coll. ont évalué le degré d'association de plusieurs versions alléliques de ces deux gènes au risque de survenue de conduites suicidaires. Il en ressort que l'allèle A218 du gène TPH1 est retrouvé significativement associé à ces conduites, puisque respectivement observé chez 36% des sujets non suicidants, chez 45% des suicidants ayant commis des gestes non violents (d'après la classification retenue par Asberg et al. [75]), et chez 51% des suicidants dits « violents » [69]. Courtet insiste sur le fait que l'association de cet allèle à la survenue de conduites suicidaires ne saurait aucunement être expliquée par son implication, déjà connue, dans la survenue de troubles de l'humeur [86].

L'allèle A du gène TPH1 est, qui plus est, fréquemment associé à de faibles concentrations, dans le liquide céphalorachidien (LCR), d'un métabolite de la sérotonine: l'acide 5-hydroxy-indole-acétique (5-HIAA) [87]. La diminution de ces taux semble associée à un risque élevé de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie: une étude prospective menée par Cooper mesurait les taux de concentration du 5-HIAA dans le LCR de 30 patients schizophrènes initialement libres de tout traitement, puis suivis et traités sur une période de 11 ans: dix patients tentèrent de se donner la mort au cours de la période d'évaluation. Ces derniers présentaient des taux de concentration céphalo-rachidien de 5-HIAA significativement bas comparativement à ceux mesurés chez les schizophrènes non suicidants [85].

EN CONCLUSION

Le suicide semble autant associé au « noyau » psychotique qu'aux symptômes dysthymiques ou aux temps d'éveil de la maladie. Parmi les patients schizophrènes, ceux à haut risque de suicide sont le plus souvent de sexe masculin, jeunes, caucasiens, et célibataires. Ils rapportent des antécédents de conduites suicidaires ou addictives, de grandes aspirations socioprofessionnelles prémorbides, un Quotient intellectuel élevé et un âge de première hospitalisation tardif; ils souffrent d'une schizophrénie paranoïde

ou non déficitaire, conservent de bonnes facultés d'adaptation et souffrent plus régulièrement de percevoir la détérioration cognitive progressive de la maladie [37, 64]. De fait, la survenue, pour ces patients, d'une dépression secondaire post-psychotique semble fréquente, et la crainte de voir leurs capacités s'amenuiser semble variablement induire soit une importante dépendance aux traitements antipsychotiques, soit une perte complète de confiance en ceux-ci, et donc une très mauvaise compliance. La moitié des patients présentent un syndrome dépressif caractérisé secondaire à la psychose, survenant de façon concomitante aux phases aiguës de la maladie, pouvant être de diagnostic mal-aisé. La dépression post-psychotique est observée au décours des phases de rémission, même partielle ou transitoire, de la symptomatologie productive ou dissociative, pour un tiers des patients.

Sur le plan neurobiologique, le dysfonctionnement du système d'expression, de transport ou de régulation de la sérotonine représente, de par son implication supposée à la genèse des conduites suicidaires, une voie d'exploration et d'évaluation de la vulnérabilité des sujets, dont les patients schizophrènes. Les données actuelles de la littérature, bien que souvent contradictoires, peuvent faire espérer la possibilité, à venir, d'un dépistage de marqueurs neurobiologiques du suicide, et offrent une perspective intéressante dans la détection et la prise en charge des patients à risque. Les premiers résultats de ces études donnent également un début d'explication en ce qui concerne les mécanismes d'action des traitements antipsychotiques sur ces comportements, même si ceux-ci demeurent encore imparfaitement connus (cf. « Moyens médicamenteux de prévention »).

PREVENTION DU SUICIDE

L'identification, par la littérature, des facteurs de risque suicidaire constitue un atout majeur de la prévention du suicide. Cela suppose que leur recherche systématique aidera à une meilleure compréhension de ce problème de santé publique qu'est la surmortalité par suicide des patients schizophrènes, en aidant à leur dépistage et à mieux étayer leur prise en charge.

Il paraît en conséquence naturel de s'interroger sur les outils d'évaluation qui se trouvent à notre disposition, ainsi que sur les moyens pouvant être mis en place – que ce soit à un niveau individuel ou institutionnel - par les soignants soucieux de prévenir, le plus efficacement possible, ces conduites.

I. OUTILS DE DEPISTAGE

1. PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)

Cette échelle (annexe 2), qui vise à évaluer les signes positifs et négatifs de la schizophrénie, est susceptible de permettre, au soignant qui l'utilise au cours d'un entretien semi-dirigé, de porter son attention sur différents éléments psychotiques repérés en amont comme prédisposant à un risque suicidaire élevé: angoisse importante, sentiment de désespoir, idées de persécution... Elle est un moyen de détecter rapidement, dans un premier temps d'évaluation, certains facteurs de risque propres à la psychose.

2. SSRS (Schizophrenia Suicide Risk Scale)

En 2001, plusieurs auteurs finlandais et canadiens, dirigés par Tero Taiminen, se sont penchés sur la réalisation d'une échelle d'évaluation du risque suicidaire spécifique à la population schizophrène, en estimant la sensibilité et la spécificité d'un tel instrument de mesure [78]. L'ensemble des outils alors existants leur paraissaient tout à fait inadaptés, puisqu'étant seulement élaborés pour l'ensemble de la population générale.

Pour la constitution de la SSRS (cf. annexe 3), Taiminen et coll. tentèrent de rassembler toutes les études publiées au sujet du risque suicidaire observé parmi les schizophrènes, afin de mesurer, de la façon la plus rigoureuse possible, la pertinence de chaque item répertorié au sein de cette échelle.

25 items y seront listés et répartis en 2 sous-groupes :

- ceux en rapport avec l'histoire du patient (items 1-13), obtenus par le recueil d'éléments généraux, anamnétiques ou médicaux,
- et les items 14 à 25, tirés de la *Calgary Depression Scale* (cf. annexe), qui permettent d'évaluer les signes présentés par le patient au devant de son passage à l'acte, par l'intermédiaire de questions.

A chacun de ces 25 items est associé un nombre de points qui varie selon la significativité de son association au risque suicidaire. La présence d'antécédents de tentatives de suicide, ainsi que d'un épisode dépressif caractérisé, sont les items les plus pertinents (donc les plus côtés).

Taiminen a considéré deux sous-groupes afin d'évaluer la pertinence de cette échelle de mesure : un groupe de patients en vie, souffrant de schizophrénie et un groupe de patients schizophrènes décédés de suicide. Dans le deuxième groupe, où la réalisation d'entretiens psychiatriques n'était pas possible, les données furent complétées par la réalisation d'autopsies psychologiques. Le score moyen de la SSRS était de 13,6 (S.D. 11,8) chez les patients non suicidés contre 31,8 (S.D. 15,0) dans le groupe des suicidés [78].

Les items retrouvés comme présentant les plus fortes valeurs prédictives de comportements suicidaires sont :

- l'expression d'idées ou de scénarios suicidaires (OR 316),
- des antécédents de tentatives de suicide (OR 67),
- la perte d'un emploi (OR 22),
- et un épisode dépressif caractérisé (OR 3,6) [78].

Si cette méthode d'évaluation présente une spécificité tout à fait satisfaisante (>95%), elle montre, en revanche, une très faible sensibilité (32%). Cela s'explique, pour les auteurs, par deux éléments qui semblent régulièrement biaiser les résultats des autopsies psychologiques réalisées à partir de dossiers de patients décédés [4]: lorsque des données viennent à manquer dans le dossier, il peut être faussement déduit que le patient n'a jamais présenté ce symptôme; de même, certaines absences d'informations peuvent obliger les auteurs à supprimer certains items de l'objet de mesure, afin que les deux groupes, cas et témoins, puissent rester comparables.

La SSRS ne saurait donc être utilisée dans le but de détecter, de façon spécifique, les patients schizophrènes à haut risque de suicide. En revanche, les auteurs insistent sur le fait qu'elle puisse aider, de par sa haute spécificité, à dépister efficacement les sujets suicidaires [78].

II. MOYENS DE PREVENTION

1. THERAPEUTIQUES

Il s'agit bien sûr d'un élément essentiel de la prévention des passages à l'acte suicidaires chez les

schizophrènes. Le meilleur contrôle possible de la symptomatologie productive de la pathologie schizophrénique par des traitements antipsychotiques paraît évidemment souhaitable (atténuation d'idées délirantes, d'angoisses massives), tout comme le traitement d'un accès dépressif caractérisé par un traitement antidépresseur au décours de la pathologie.

A. NEUROLEPTIQUES

a. Neuroleptiques classiques

L'effet dépressogène des neuroleptiques classiques, souvent supposé et exploré, n'a jamais été clairement mis en évidence. Un tel effet thymique iatrogène est à différencier de certains signes « négatifs » délétères de la pathologie psychotique, comme l'indifférence psychomotrice, ou même des effets secondaires tels que l'akinésie ou l'akathisie, fréquemment induites par ces traitements. Les différentes études ayant évalué les effets des neuroleptiques classiques n'ont pas retrouvé d'incidence significative de ces traitements sur les idées et les conduites suicidaires [66-69]. Pourtant, Danica trouve une corrélation non linéaire entre la posologie des neuroleptiques et les comportements suicidaires, avec un taux élevé pour de faibles posologies (prescriptions inefficaces) comme pour des posologies très élevées (dépression iatrogène et/ou effets secondaires importants) [70].

Il est intéressant de souligner que l'échec des prescriptions neuroleptiques classiques dans la prévention des actes suicidaires indique, pour Meltzer, que ces symptômes sont parfaitement distincts des signes positifs de la schizophrénie (délire, hallucinations...), pour lesquels ces traitements se montrent effectifs dans 70% des cas [71]. Une évaluation régulière des effets secondaires et des signes de surdosage de ces traitements pourrait être une première attitude de prévention chez les patients schizophrènes recevant ces molécules [77], de même que d'envisager, en cas de persistance de ces troubles, un relais par un antipsychotique atypique.

b. Antipsychotiques atypiques

Plusieurs études ont suggéré que l'usage de la clozapine, un des principaux antipsychotiques atypiques, pouvait réduire significativement le risque de comportements suicidaires chez les patients schizophrènes. Meltzer retrouvait que parmi 88 patients ayant résisté aux différents traitements neuroleptiques et recevant de la clozapine sur une période variant de 6 mois à 7 ans montraient une diminution conséquente du nombre d'idées et de conduites suicidaires sous toutes

les formes (88% Vs 53%) [72].

Walker et coll. remarquaient une diminution de la mortalité par suicide chez les patients recevant de la clozapine en cours d'étude [73]. Les analyses de données nord américaines et anglaises concernant l'administration de clozapine ont pu trouver une nette réduction du taux de suicides complétés parmi les patients traités, de même que l'étude rétrospective de Reinstein, en 2002, qui ne concernait pas moins de 295 patients [74]. Plusieurs auteurs avaient déjà décrit la supériorité de la clozapine sur les neuroleptiques classiques en affichant une diminution du taux de suicide et des conduites auto-agressives de 80% pour les patients traités par rapport comparativement au groupe témoin [67-69, 72, 73].

L'ensemble de ces études démontre qu'un traitement par clozapine permet de diminuer le risque suicidaire au cours de la schizophrénie. Cependant, il ne s'agit que d'études rétrospectives, qui à ce titre, ne permettent pas d'envisager certaines variables importantes telles que:

- les différents dosages de clozapine,
- les traitements co-administrés,
- le rythme du suivi au décours du traitement (bien souvent augmenté, d'ailleurs, au cours d'un traitement par clozapine, du fait de la surveillance biologique rapprochée visant à dépister une éventuelle agranulocytose).

L'étude InterSePT, menée par Meltzer en 2003, est la première étude prospective qui a pris soin de comparer les effets de la clozapine à ceux d'autres antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine...) sur l'incidence des conduites suicidaires. Meltzer conclut que la clozapine est supérieure à l'olanzapine dans le traitement des patients schizophrènes à haut risque de suicide. Les différents ratios suggèrent que les tentatives de suicide et le nombre d'hospitalisations effectuées en prévention de telles tentatives ont pu être diminués d'un quart, environ, chez les patients traités par clozapine (34 Vs 55 et 82 Vs 107). L'étude montre également une diminution du risque suicidaire de 20% entre les deux groupes, ceci même si les traitements associés, tels que les antidépresseurs ou les anxiolytiques, semblent avoir été plus fréquemment administrés dans le groupe de patients traités par olanzapine (258 Vs 251 dans le groupe traité par clozapine).

Ces données concordent avec nombre d'études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni [72-74], dont certaines vont jusqu'à supposer que l'indication de la clozapine dans la prévention des actes suicidaires chez les patients schizophrènes peut être étendue aux patients souffrant de trouble bipolaire.

Le mécanisme par lequel la clozapine agit sur les conduites suicidaires nécessite des investigations supplémentaires. Certains auteurs supposent une propriété antidépressive intrinsèque à la clozapine [72, 76], comme peuvent le suggérer l'amendement constaté des signes thymiques, ainsi que la rare association de cette molécule aux antidépresseurs dans l'étude InterSePT [71].

B. ANTIDEPRESSEURS

Il semble n'y avoir aucun doute quant à l'intérêt de ces molécules dans le traitement d'épisodes dépressifs susceptibles de coexister avec la schizophrénie, même si les études consacrées à ce sujet peuvent aboutir à des résultats contradictoires [77]. Siris a pu démontrer, par deux fois, l'efficacité significative de l'imipramine dans le traitement curateur et préventif des épisodes dépressifs caractérisés, lorsqu'elle se trouve conjointement prescrite, à hauteur de 200 mg par jour, aux traitements neuroleptiques chez les sujets présentant une forme post-psychotique de dépression [81, 82]. Il insiste même sur le fait que cette association permettrait aussi de diminuer le risque ultérieur de décompensation psychotique [77].

Aucune information concernant la prescription d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine n'a par ailleurs été retrouvée. De fait, l'intérêt de leur prescription doit être discutée, et encore à ce jour, évaluée [77]. La plupart des auteurs insistent sur l'absolue nécessité de ne traiter que les épisodes thymiques caractérisés et donc d'éliminer au devant de toute modification thérapeutique:

- les signes psychotiques négatifs d'allure dépressive (ralentissement psychomoteur, trouble de la concentration ou des pensées abstraites),
- les effets secondaires des traitements neuroleptiques (classiques surtout),
- les consommations toxiques susceptibles d'interférer,
- les « simples » dépressivités (à savoir quelques signes thymiques isolés et non spécifiques de dépression très fréquemment associés à une rechute délirante paranoïde et qui, le plus souvent, s'amenderont au fur et à mesure que s'atténuera la symptomatologie psychotique) [41, 65, 77].

Parmi les thymorégulateurs ayant pu être évalués, le lithium semble montrer une certaine efficacité dont il importerait, encore aujourd'hui, d'affirmer la pertinence [83, 84].

EN CONCLUSION

Nous pouvons considérer, dans nos pratiques, différents niveaux de prescriptions afin de prévenir efficacement le suicide parmi les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs:

- le dépistage et l'élimination de causes iatrogènes telles que le surdosage de neuroleptiques classiques,
- l'usage préférentiel d'antipsychotiques atypiques tels que la clozapine,
- l'adjonction de traitements antidépresseurs, en cas d'épisode dépressif caractérisé, qui permettent d'envisager une aide médicamenteuse appropriée, insuffisante à elle seule pour prévenir ce risque.

Nous soulignons, concernant l'utilisation de la clozapine, l'absolue nécessité, pour le soignant, d'obtenir une observance parfaitement régulière - strictement *per os* - de la part du patient. Il paraît bien difficile d'envisager cette perspective thérapeutique pour certains de nos patients, pouvant se montrer très réticents à reconnaître et accepter leur maladie, ainsi que la nécessité des soins qu'elle implique.

2. MOYENS NON-MEDICAMENTEUX

Il est souhaitable que les facteurs de risque généraux soient systématiquement dépistés, même si cette seule ligne de conduite ne paraît pas à elle seule suffisante. On peut souhaiter que certaines campagnes de prévention soient menées, afin de mieux informer les patients et leur entourage [38]. Les facteurs individuels, tels que les consommations de toxiques, restent un problème majeur de santé publique, et pourraient justifier la mise en place de programmes de santé particulièrement ambitieux, en même temps d'impliquer un changement souvent bien difficile, pour le patient, de ses habitudes.

La méthode d'autopsie psychologique, comme appliquée dans la réalisation de notre travail, parvient à mettre en exergue plusieurs points cliniques qu'il est important de rechercher activement au décours du suivi de chaque patient. Drake et Cotton rassemblent quelques caractéristiques susceptibles d'avoir une valeur prédictive suffisante (bonne spécificité et sensibilité), parmi les éléments du discours du patient susceptibles de renvoyer à la prise de conscience de la maladie et de ses conséquences: sentiment de désespoir, angoisse liée aux détériorations cognitives, menaces

suicidaires... Il convient de rechercher systématiquement l'existence de telles pensées, même antérieures à l'épisode actuel [79].

Mantelet, mais aussi Heilä, rappellent que l'acte suicidaire survient bien souvent dans les 4 jours qui suivent le dernier entretien médical [4, 38]. Cela démontre l'intention, de la part de certains de ces patients, de rechercher de l'aide, mais aussi, que la réponse soignante apportée à cet instant critique ne paraît pas avoir été vécue par eux comme suffisante. Une hospitalisation (ou toute autre forme de prise en charge) ne protège pas, à elle seule, de ce risque: les temps de transition - entrée et sortie d'hospitalisation, permissions hors de l'hôpital – sont à considérer comme les plus exposés et nécessitent, en conséquence, d'être particulièrement préparés (prises en charge extra hospitalière, suivi ambulatoire rapproché, visites à domicile...) [32].

Afin de permettre une représentation plus concrète des éléments « dynamiques » de la prise en charge des patients, nous allons nous attarder ici sur trois points qu'il nous paraît essentiel de développer. Ces constatations sont tirées des réponses données à un questionnaire par plusieurs praticiens confrontés au suicide d'un de leur patient [15, 16]. Elles sont complétées d'observations et de recommandations proposées par Gavaudan [19].

a. Évaluer la fonction protectrice du processus psychotique, et du délire en particulier

Il est régulier, dans nos pratiques, de remarquer combien certains de nos patients semblent véritablement s'animer autour de pensées et de perceptions délirantes, même persécutrices ou angoissantes. Les convictions mégalomaniaques, à distinguer des défenses narcissiques possiblement érigées contre la psychose, peuvent à notre sens être susceptibles de protéger le patient d'une mauvaise estime de soi, liée, bien souvent, à la dégradation cognitive propre à la maladie. Plusieurs thérapeutes incriminent les psychothérapies qu'ils qualifient de « centrées » sur l'absolue nécessité d'obtenir une rapide prise de conscience de ses troubles par le patient, ceci pouvant provoquer une confrontation très dure et insuffisamment accompagnée à la réalité des conséquences de leur maladie [38].

b. Évaluer l'estime de soi

La prise de conscience, de la part du patient, de certains troubles psychotiques tels que l'émoussement affectif, les signes négatifs et les éléments délirants, amène régulièrement à une grande souffrance psychique, et rend nécessaire de renforcer, au cours de sa prise en charge, la

bonne perception de ses capacités préservées, susceptibles d'être vécues comme renarcississantes [80].

De même, accompagner le patient dans un projet de vie certes modeste en regard de ses attentes prémorbides, mais adapté et réalisable, permet de diminuer un sentiment d'échec et d'incapacité. Ce même ressenti peut naître d'attentes personnelles, familiales ou même soignantes, trop importantes [38].

c. Accompagnement social et familial

Une rencontre de l'entourage du patient, ainsi que des concertations régulières en vue d'élaborer avec la famille un projet de vie adapté, sont également encouragées par plusieurs auteurs [38]. A ce titre, les rapports intra-familiaux, et même plus largement sociaux, se doivent d'être favorisés et accompagnés. Ceci de manière d'autant plus importante si l'entourage affiche un discours disqualifiant, stigmatisant ou même, parfois, rejetant vis à vis du patient. Les entretiens familiaux sont alors d'une importance cruciale au cours des soins, plus encore lors des premières phases aiguës de la maladie, particulièrement exposées.

EN CONCLUSION

Nous voyons bien que la prévention du suicide au cours de la schizophrénie dépasse considérablement le seul champ de la pharmacologie. Elle implique un nombre important de mesures, individuelles et institutionnelles, ainsi qu'une conduite réfléchie et adaptée de l'accompagnement des patients.

Parmi les facteurs spécifiques qu'il est indispensable d'évaluer et de dépister, l'estime de soi, la fonction protectrice de certains mécanismes de la psychose, ou l'existence d'une prise de conscience douloureuse de certains aspects péjoratifs de la maladie, doivent impérativement être recherchés afin qu'il puisse être proposé, à chaque patient, des moyens chimiothérapeutiques, psychothérapeutiques et sociaux qui lui soient adaptés.

AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE

I. OBJECTIFS

La revue de la littérature spécialisée que nous venons de réaliser amène à considérer un ensemble de facteurs propres au patient, identifiés comme l'exposant plus ou moins significativement à un risque de voir survenir des conduites suicidaires (ou *a contrario* comme pouvant l'en protéger). Comme nous l'avons vu, la *Schizophrenia Suicidal Risk Scale* a déjà proposé, en 2001, une grille de lecture permettant de faciliter le dépistage d'un tel risque.

Notre propos n'est pas de constituer ici un outil opposable ou superposable à la SSRS, mais bien de rassembler les observations fournies par l'analyse rétrospective de plusieurs situations cliniques, dans le but de percevoir comment les pratiques soignantes et les mesures de prise en charge effectuées en amont d'un geste suicidaire sont susceptibles d'être questionnées, et potentiellement améliorées. Il ne s'agit pas, bien sûr, de porter un quelconque jugement sur le travail réalisé par nos confrères et collègues du Centre Hospitalier Georges Mazurelle, mais bien de faire ressortir certains aspects du soin qui méritent d'être discutés et documentés, dans le but de faciliter la détection des patients à risque.

II. METHODE

L'autopsie psychologique est une technique d'investigation introduite par Edwin Shneidman, psychiatre américain, à la fin des années 50. Permettant d'étudier les circonstances d'un décès suspect, cette approche médico-légale est appliquée, dès les années 70, au suicide de patients suivis en psychiatrie générale. Elle permet de repérer, *a posteriori*, les facteurs de risques ayant favorisé la survenue du passage à l'acte, de même que d'en préciser les circonstances. Gavaudan la considère, à ce titre, comme un véritable outil de prévention du suicide parmi les patients schizophrènes [19].

Elle consiste en une analyse rétrospective des circonstances, de l'état d'esprit et de l'environnement d'une personne afin de déterminer les facteurs qui ont pu concourir à la genèse de l'acte suicidaire. Elle est particulièrement répandue au Canada ou en Finlande, contrairement en France. Ses objectifs, précisés par l'INSERM dans un rapport d'expertise publié en 2005, sont:

- identifier et expliquer les raisons du suicide,
- évaluer les facteurs de risque propres au risque suicidaire que présentait le patient,
- collecter des données concernant le comportement suicidaire pour mieux le prévenir,
- évaluer l'implication des tiers dans le processus suicidaire,
- disposer d'un outil de recherche et de prévention aidant à la compréhension globale de tels passages à l'acte [19].

La méthodologie d'une autopsie psychologique n'est pas standardisée et apparaît donc extrêmement variable. C'est ainsi que nous avons décidé, dans le cadre de notre travail, de procéder à une recherche d'informations émanant strictement du dossier médical et infirmier du patient suicidé. D'une manière générale, les renseignements fournis par ces dossiers permettent une application sur des échantillons de populations à grande échelle et donc hautement représentatifs [22, 32].

Si certains auteurs préconisent de pouvoir rencontrer l'entourage familial et plus largement relationnel du patient (y compris les soignants) [19], nous avons décidé de ne pas procéder de cette manière, préférant nous concentrer sur des données médicales établies au devant du passage à l'acte, et non sur des éléments rapportés *a posteriori*, c'est-à-dire susceptibles d'être influencés de reconstructions psychiques ou écornés d'oublis.

Quelle que soit la manière dont est réalisée une autopsie psychologique, les données sont systématiquement recueillies comme suit [19]:

- Détails de la mort du sujet (méthode, lieu, préméditation)
- Antécédents familiaux de pathologies psychiatriques et de conduites suicidaires, sans oublier d'en faire préciser la temporalité
- Enfance, adolescence, éducation (parcours scolaire, mesure éducative, placement, schéma familial...)
- Mode relationnel du sujet avec son environnement (style de vie, situation maritale, statut professionnel, antécédents judiciaires...)
- Antécédents somatiques notables
- Du point de vue psychiatrique, aborder l'ensemble des antécédents et de l'histoire des soins : rythme du suivi, prise en charge intra et extra hospitalière, historique des traitements, date et contenu du dernier entretien médical, les antécédents de conduites suicidaires...

Nous avons choisi de nous concentrer sur le département de la Vendée et plus particulièrement les secteurs géographiques du Centre Hospitalier Spécialisé Georges Mazurelle. Ce choix n'est motivé

que par le fait que ce centre a été, pour nous, le terrain d'une année et demi de stages passés au commencement de notre internat, donc particulièrement investis. Nous avons bien conscience des biais que cette décision est susceptible d'entraîner mais nous tenons à rappeler que notre volonté n'est pas tant d'établir une étude statistique rigoureuse que de permettre une lecture descriptive détaillée de situations cliniques distinctes.

Pour déterminer quels dossiers allaient pouvoir être inclus dans notre travail, nous avons, de façon somme toute assez simple, sollicité l'ensemble des médecins exerçant sur chacun des quatre secteurs de psychiatrie générale du C.H.S., afin de leur demander de nous transmettre l'identité de tout patient répondant aux seuls critères d'inclusion: décès par suicide survenu entre 2002 et 2009 et une pathologie schizophrénique caractérisée selon les critères du DSM.

Sur les 10 dernières années, aux alentours de 200 patients présentant un diagnostic D.S.M. débutant par F.20.X, sont accueillis sur le C.H.S. chaque année (pour un total d'un peu plus de 300 hospitalisations en temps plein sur l'ensemble des secteurs de psychiatrie adulte). Suite à notre demande, les dossiers de 10 patients nous seront gracieusement transmis afin de pouvoir y appliquer une grille de lecture préétablie par nos soins (cf. annexe 4), répertoriant les différents facteurs de risque sociaux, généraux et cliniques, ainsi que les différents éléments ayant attiré à la prise en charge du patient, au moment de son passage à l'acte. Dans un souci de concision, différents thèmes y ont été dégagés. Les résultats sont rapportés dans plusieurs tableaux synthétiques (tableaux 1 à 5) qui permettent une lecture globale de ces dix situations cliniques. La SSRS n'a pas été utilisée ici au vu des biais constatés par ses auteurs lors de sa confection; d'autant que ces biais sont également retrouvés lors d'autopsies psychologiques réalisées *post-mortem*, à partir de dossiers médicaux.

Nota bene: Pour conserver l'anonymat des patients et permettre une meilleure lisibilité des résultats, nous avons décidé d'attribuer arbitrairement à chacun d'eux un numéro.

III. RESULTATS



Légende: Non présenté par le patient Présenté par le patient Non retrouvé dans le dossier

Tableau 1: Facteurs socio-démographiques et suicidologiques

Patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexe	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M
Age de décès	24	40	26	40	32	34	24	29	24	44
Mode de suicide										
Pendaison										
Défenestration										
Autres								IMV *		Noyade
Non précisé**										

* Intoxication médicamenteuse volontaire.

** Non précisé dans le dossier médical; le terme de suicide y est cependant mentionné pour chaque patient.

Tableau 2: Facteurs anamnétiques

Patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antécédents de tentatives de suicide										
Total		1	1			6		7		6
Pendaison						2				
Défenestration								1		1
Phlébotomie								2		1
Intoxication médicamenteuse		1				4		2		
Noyade			1							
Accident de la voie publique provoqué								1		2
Arme à feu										1
Non précisée								1		1
Délai entre la dernière TS et le suicide**		1,5 mois	1 jour			3 ans		7 mois		7 ans
Antécédents somatiques		AVP *						AVP *		
Antécédents familiaux										
Dépression										
Psychose										
Suicide										
Alcoolisme										

* Accident de la voie publique avec traumatisme crânien et séquelles neurologiques.

** Délai estimé selon la date exacte ou rapprochée de décès notifiée sur le dossier.

Tableau 3: Facteurs sémiologiques

[illegible]

** Diagnostic DSM retrouvé dans le dossier: P=forme Paranoïde, I=Indifférenciée, D=Dysthymique, H=Héboïdophrénique.

Tableau 4: Facteurs éducatifs et socio-professionnels

[illegible]

Tableau 5: Facteurs liés à la prise en charge

Patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hospitalisations										
Total	1	6	2	2	6	2	6	9	3	15
Libres		4			1	1	5		1	12
Sous contrainte (HO, HDT)	1	2	2	2	5	1	1	9	2	3
Statut lors du suicide (H, SE, S, F)*	S	S	F	SE	H	S	S	SE	S	SE
Délai entre la dernière H et le suicide**	7 ans	10 jours	1 heure	5 mois	10 heures	20 mois	5 jours	1 mois	6 mois	6 jours
Modalités de prise en charge										
Traitement neuroleptique (nombre)	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2
Type	CLOPIXOL	ZYPREXA	RISPERDAL	LOXAPAC	CLOPIXOL	RISPERDAL	SOLIAN			TERCIAN
Posologie (/jour)	40mg	20mg	6mg	150mg	40mg	6mg	1000 mg			200mg
Type	RISPERDAL		TERCIAN		ZYPREXA		NOZINAN			
Posologie (/jour)	6mg		NR		20mg		200mg			
Traitement neuroleptique retard		RISPERDAL		CLOPIXOL				RISPERDAL	RISPERDAL	HALDOL
Posologie		50mg		800mg				50mg	50mg	300mg
Fréquence		15j		15j				15j	15j	28j
Traitement antidépresseur		PROZAC				PROZAC	DEPAMIDE			
Posologie (/jour)		40mg				40mg	1200mg			
Prise en charge HDJ/CATTP										
Rythme des consultations psychiatriques	trimestr.	mensuel	arrêté	bihebdo.	NR	mensuel	mensuel	NR	arrêté	NR
Observance***	régulière	régulière	nulle	mauvais	régulière	régulière	mauvais	NR	nulle	mauvais
Délai entre le dernier entretien et le suicide**	1 mois	10 jours	1 heure	1 mois	<10 h	3 jours	5 jours	1 mois	6 mois	6 jours

* Statut au moment du passage à l'acte: H=Hospitalisé ou réintégré, SE=En sortie d'essai d'hospitalisation d'office ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers, S=Sorti de l'hôpital, F=Fugue ou sortie contre avis médical.

* *Délai estimé selon la date exacte ou rapprochée de décès notifiée sur le dossier.

*** Nous qualifions ici l'observance au traitement comme étant régulière lorsque la régularité des prises et la bonne posologie sont vérifiées. Une observance dite « mauvaise » est soit irrégulière (fréquence des prises non respectée) ou inexacte (mauvaise posologie ou sélection de traitements). Une observance nulle est définie par un arrêt complet de tout traitement.

IV. DISCUSSION

1. FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES (tableau 1)

a. Sexe

Neuf des dix patients inclus dans l'observation sont des hommes. Cela représente une proportion bien plus importante que celle observée dans des cohortes plus représentatives, ce qui confirme combien les biais de sélection, dans ce type d'observation limitée en nombre de cas, peuvent en diminuer la représentativité. Notons toutefois le rapprochement de ces données avec les proportions retrouvées par Heilä au cours de l'autopsie psychologique réalisée en Finlande sur 92 patients schizophrènes, en 1997: presque 75% d'entre eux s'avéraient être des hommes [4].

Nous rappelons que le sexe du sujet reste un facteur de risque suicidaire non spécifique à la schizophrénie, les écarts de population observés entre hommes et femmes - exception faite de notre étude et d'autres autopsies - n'apparaissant pas significatifs.

b. Age

Pour l'ensemble des patients, l'âge moyen auquel le décès survient est de 31 ans (31,7), ce qui est comparable aux données retrouvées dans d'autres d'études [26], et qui confirme l'écart observé entre la moyenne d'âge des suicidés schizophrènes et celle de la population générale [26, 29]. L'acte survient au terme d'une durée d'évolution de la pathologie qui s'étale sur environ 7 ans (7,6). Cette durée est estimée à partir de la date de survenue des premiers signes psychotiques rapportés par les soignants dans le dossier du patient, tels qu'une bouffée délirante aiguë, ou des signes plus insidieux, diagnostiqués au décours d'une première hospitalisation ou rapportés, *a posteriori*, par l'entourage aux soignants. L'âge d'apparition des premiers symptômes est retrouvé dans notre analyse aux environs de 24 ans (24,1), variant entre 14 et 30 ans.

On note une majorité de sujets âgés de 20 à 30 ans (5 patients en tout), qui présentent, en conséquence, une durée d'évolution de la pathologie moins importante (5 ans en moyenne) comparativement à l'ensemble des dossiers. Pompili insistait, en 2005, sur l'exposition particulièrement importante au risque suicidaire des patients âgés de moins de 30 ans [27].

Il est à noter que le patient n°1 semble avoir présenté, selon ce qui est rapporté dans l'observation de

son médecin, des troubles du comportement d'apparition insidieuse avec bizarreries, excentricité de la pensée, et vécu d'étrangeté dès l'âge de 14 ans; ceci laissant à penser, bien qu'il n'ait été hospitalisé qu'à 17 ans, qu'il était déjà très probablement rentré depuis 3 années dans un processus psychotique se chronicisant peu à peu.

Quatre patients sont âgés de 30 à 40 ans; ils sont décédés 8,5 années en moyenne après leur entrée dans la psychose et présentent un âge d'apparition des premiers signes d'environ 28 ans. Un seul patient est âgé de plus de 40 ans (44 ans), et est décédé au terme d'une période d'évolution particulièrement longue de la schizophrénie (17 ans).

c. Mode de suicide

Comme il est précisé dans l'annotation à laquelle renvoie notre astérisque (*), la méthode employée par le patient pour se donner la mort n'est pas décrite par trois fois dans le dossier médical. Il est néanmoins important de préciser que le terme de suicide y est bien notifié, tantôt dans un rapport circonstancié, tantôt dans une observation médicale. Nous soulignons par cette note notre souhait de n'exclure de cette autopsie que les patients dont la cause de décès aurait été conclue comme incertaine; nous avons donc tenu à garder incluses dans l'étude ces trois situations.

Nous pouvons observer une majorité de suicides « violents », c'est à dire qui laissent peu de place à un risque d'échec et de chance de survie pour le patient. La pendaison et la mort dite « par précipitation » (défenestration, saut dans le vide) concernent, en tout, six des dix patients. Elles sont, rappelons-le, souvent retrouvées parmi les causes de suicide les plus fréquentes au sein de la population schizophrène [23].

Le suicide a majoritairement lieu au domicile du patient ou au domicile d'un parent (la mère ou la grand-mère pour trois d'entre eux). Le patient 5 est le seul de la cohorte à s'être suicidé sur son unité d'hospitalisation, par pendaison, dix heures seulement après avoir été réintégré sur son secteur d'origine.

2. FACTEURS ANAMNESTIQUES (tableau 2)

a. Antécédents de conduites suicidaires

L'existence d'antécédents de tentatives de suicide prédispose grandement à un risque ultérieur de

récidive, comme déjà constaté dans plusieurs autres investigations [4, 23, 30-33]: la moitié des patients ont, au devant de leur geste, tenté de se donner la mort, entre une et sept fois sur une période d'évolution de la schizophrénie variant entre 1 et 17 ans. Toutes ces tentatives paraissent inhérentes à la pathologie psychotique puisque l'existence d'antécédents suicidaires survenant au devant de la schizophrénie n'est remarquée que pour la seule femme de la cohorte. Il n'est pas noté de différence significative en terme de durée d'évolution entre les patients suicidants (8,2 années en moyenne à compter des premiers signes psychotiques) et ceux exempts de toute tentative de suicide (7 ans).

Les moyens les plus fréquemment employés par les patients sont l'intoxication médicamenteuse volontaire (un tiers des tentatives de suicides, affectant pour plus de la moitié d'entre elles la seule femme incluse dans notre observation) et la phlébotomie (14,2%). Les méthodes de fortes létalité sont également retrouvées: la défenestration (9,5%), la pendaison (9,5%), l'usage d'une arme à feu (un cas)... ou encore, de façon quelque peu surprenante, la provocation volontaire d'un accident de la voie publique (n'incluant jamais d'autres personnes que le patient lui-même) pour 14,2% de l'ensemble des tentatives de suicide (soit trois cas), ce qui paraît bien plus fréquent que ce qui a pu être observé dans d'autres autopsies. L'un d'entre eux (patient 10) a même entrepris de se donner la mort au volant de sa propre voiture, en heurtant volontairement une clôture, un couteau placé dans la bouche.

Ces renseignements, de même que le nombre élevé de gestes autolytiques observés sur une période d'évolution de la schizophrénie relativement courte, confirment la grande détermination qui caractérise les passages à l'acte de ces patients. Il s'agit là d'un facteur de très grande prédictivité, et ce pour de nombreux auteurs [4, 35]. Deux des cinq patients suicidants (patients 2 et 3) sont décédés dans les six semaines qui ont suivi leur dernière tentative de suicide. Il s'agit par ailleurs, pour chacun d'entre eux, d'un épisode unique, ayant motivé une hospitalisation. Pour les trois autres suicidants, le temps écoulé entre la dernière tentative de suicide et le décès montre bien des disparités (de 7 mois à 7 ans), et ne saurait donc être interprété.

b. Antécédents somatiques

Nous avons estimé nécessaire de nous limiter ici aux seuls antécédents susceptibles d'altérer durablement la qualité de vie des patients. Peu d'informations seront retrouvées en ce sens; on rapporte toutefois une épilepsie séquellaire assortie de troubles mnésiques secondaires à un traumatisme crânien, provoqué par un accident de la voie publique survenu à l'âge de 13 ans pour le

patient 2.

Le patient 8 a quant à lui présenté, dans les suites d'un coma (également provoqué par un accident de la route survenu à l'âge de 18 ans), un syndrome frontal post-traumatique associé à d'importants troubles de l'attention et de la concentration.

Les observations rapportées dans leur dossier permettent de conclure que l'un comme l'autre tenaient, dès lors que leurs difficultés étaient abordées en entretien, un discours particulièrement dépréciatif de tonalité dépressive, porté par des idées d'inutilité et/ou un vécu de fatalité. Aucun autre patient n'a présenté, *a priori*, d'antécédents somatiques notables.

c. Antécédents familiaux

L'hypothèse d'une vulnérabilité génétique au suicide, indépendante de toute pathologie mentale commence à être, comme nous l'avons vu dans notre troisième partie (cf. « Facteurs neurobiologiques »), particulièrement documentée [4, 31, 35]. Des antécédents de suicides sont retrouvés dans la famille de trois patients. Deux d'entre eux se sont donné la mort dans les six mois qui ont suivi le suicide de leur proche (parents à des degrés généalogiques variables). Le patient 2 n'avait présenté jusque là aucun antécédent de ce type. Nous souhaitons insister ici sur la nécessité de considérer tout à fait sérieusement l'impact possible de tels facteurs « de vie » dans le déclenchement d'un acte suicidaire.

Les antécédents familiaux de dépression sont aussi retrouvés pour un tiers des cas, et sont inconstamment corrélés aux antécédents de suicide dans la famille: ils le sont en réalité pour un seul patient. Ils concernent par deux fois un ascendant (la mère) mais peuvent aussi bien être retrouvés à plusieurs autres niveaux générationnels (patient 5).

L'alcoolisme semble être l'antécédent familial le plus représenté, car retrouvé dans la moitié des cas. Il est souvent « hérité » d'un, voire des deux parents (et ce dans la moitié des cas). Il n'a pas été mis en évidence d'antécédents familiaux concernant d'autres conduites addictives.

Le diagnostic de psychose a été rapporté dans la famille de deux patients, à des degrés de générations identiques (père et mère), mais il ne nous paraît pas pertinent de nous attarder sur cet élément, aucune observation médicale ne faisant précisément état, dans leurs dossiers, de la forme clinique de ces psychoses.

3. FACTEURS SEMIOLOGIQUES (tableau 3)

Nous tenons à préciser que l'ensemble des informations résumées dans le tableau 3 ont nécessité un important travail de recherche au sein du dossier de chaque patient, afin de donner une représentation la plus juste possible des signes cliniques présentés par les patients au cours de leur dernier entretien, médical ou infirmier.

De plus, nous avons pensé important de préciser la forme de schizophrénie dont était affecté chaque patient, en nous référant au diagnostic principal du DSM-IV-R porté par leur médecin référent sur leur dossier médical.

a. Symptômes psychotiques positifs

Il ressort, ici encore, que la forme paranoïde de la schizophrénie (déjà décrite dans la seconde partie de notre travail comme étant plus à risque de conduites suicidaires que les autres formes cliniques) est la plus représentée (7 patients sur 10), loin devant les formes indifférenciée (un cas), hétéroïdophrénique (un cas), ou dysthymique (un cas). Cela va dans le sens des données rendues par la littérature [37].

Nous avons précédemment décrit les signes aigus de la maladie, comme les délires paranoïdes ou les troubles du cours de la pensée, comme étant très irrégulièrement associés à un risque suicidaire, voire même, à l'inverse, comme semblant diminuer ce risque dans certaines études [18]. Il peut donc paraître étonnant de constater qu'un délire paranoïde - de thématique exclusivement persécutoire et/ou mégalomane - a été verbalisé par sept des patients inclus dans notre observation lors de leur derniers échanges avec les soignants. Rappelons cependant que plusieurs autopsies psychologiques ont permis de déterminer les signes productifs de la psychose ainsi que la désorganisation de la pensée comme étant très fréquemment associés à un risque suicidaire élevé [23, 31, 35, 37].

Dans notre cohorte, les mécanismes de ce délire sont polymorphes: intuitifs, imaginatifs, interprétatifs et hallucinatoires. Les hallucinations intra-psychiques à type d'automatisme mental, sont systématiquement associées à ces décompensations délirantes aiguës (contemporaines d'une mauvaise observance au traitement voire d'une interruption du suivi dans plus de la moitié des cas). Les perceptions délirantes sensorielles, dans tous les cas acoustico-verbales et/ou cénesthésiques, sont également volontiers représentées puisqu'elles n'épargnent qu'un seul des patients: le patient 5 présentait, semble-t-il, un délire de mécanisme strictement intuitif et interprétatif. Elles consistent le plus souvent en la perception délirante de voix, connues ou non du patient, tenant un discours

régulièrement dépréciatif, injurieux, voire menaçant.

Le syndrome d'influence est inhérent à ces perceptions pour trois de ces patients. Pour plusieurs auteurs, il suppose régulièrement, lors de la survenue de tels passages à l'acte, l'existence d'injonctions suicidaires ayant pu motiver le geste de façon délirante.

Il apparaît que ce type d'injonction, strictement secondaire, dans le cas de notre autopsie, à des perceptions acousticoverbales délirantes, ne semble avoir motivé à lui seul la survenue de l'acte suicidaire que pour un seul des patients (patient 7). Pour ce dernier, ces injonctions ont toujours présenté une valence hétéro-agressive associée, retrouvée seule, quant à elle, chez les deux autres sujets qui présentaient aussi un syndrome d'influence.

Comme nous l'avons vu, les auteurs sont nombreux à modérer le lien entre injonctions délirantes, même suicidaires, et le risque de suicide. Ils considèrent plus volontiers les hallucinations et le syndrome d'influence comme des facteurs aggravant, de façon non spécifique, un risque suicidaire pré-existant [18, 39].

b. Symptômes psychotiques négatifs

Nous savons que les signes déficitaires de la psychose, lorsqu'ils sont présents, semblent préserver les patients d'une prise de conscience trop violente des conséquences à long terme de la pathologie, particulièrement sur le plan cognitif. Ils diminueraient, de ce fait, le risque de suicide [37]. Dans notre observation, l'isolement socio-affectif et l'athymhormie sont les signes les plus fréquemment présentés par les patients (50%), ces derniers étant souvent en rupture avec leur environnement sociétal et même familial. L'anhédonie et l'apragmatisme viennent ensuite, avec 40% des cas.

Plus de la moitié des patients qui présentent des signes négatifs de la schizophrénie en présentant au moins trois. Il n'est retrouvé aucune corrélation entre l'existence de signes productifs délirants et l'émergence associée de signes déficitaires: les patients qui ne montraient aucun symptôme négatif relataient une activité délirante floride.

Nous pensons opportun de rappeler combien il peut être difficile de différencier clairement, dans certaines situations, les affects ou les troubles dépressifs des signes déficitaires, comme l'anhédonie ou l'apragmatisme. Dans notre étude de cas, seule la vision du soignant référent est prise en compte

et rapportée dans notre observation. Nous avons pris soin de ne tirer aucune conclusion ni jugement personnel pouvant aller à l'encontre de cette description.

c. Symptômes dépressifs

L'expression d'une tristesse de l'humeur, voire d'un profond sentiment de désespoir au cours du dernier entretien soignant est rapportée dans 30 à 40% des cas.

Trois patients ont également livré, de manière régulière au cours de leur suivi, des idées récurrentes d'auto-dévalorisation. Par deux fois cette mésestime apparaît en lien avec une prise de conscience douloureuse du caractère morbide des troubles ainsi que l'appréhension, par le patient, de leurs conséquences sur un plan cognitif, social ou professionnel. Ces trois patients présentaient un ou plusieurs signes négatifs de la maladie, ce qui va l'encontre des résultats d'études réalisées sur de plus grands échantillons, qui supposaient qu'il était plus rare de voir les patients montrant des signes négatifs verbaliser des idées de fatalité ou d'inutilité [37]. Nous pouvons nous demander si ce constat n'est dû qu'à la faible représentativité de notre cohorte, ou s'il peut être expliqué, sur le plan clinique, par la confusion de signes psychotiques déficitaires avec des signes dysthymiques.

Il semble que le patient 7 ait également verbalisé des idées d'auto-dévalorisation directement liées au contenu injurieux et disqualifiant du discours tenu par ses hallucinations acousticoverbales. Il nous paraît intéressant de supposer que cet élément puisse constituer la source d'émergence - ou d'aggravation - d'un vécu disqualifiant tout autant à risque de suicide que la critique clairvoyante des troubles par le patient.

Si l'on considère que le diagnostic de dépression post-psychotique peut être retenu devant l'existence de critères caractérisant un épisode dépressif (selon le DSM-IV-R) survenant à distance de signes psychotiques aigus et associé à un insight de bonne qualité, il apparaît que quatre sujets (c'est à dire presque la moitié des patients inclus), étaient susceptibles de présenter, peu avant leur décès, un syndrome dépressif post-psychotique avéré. Nous insistons sur le fait qu'il ne s'agit là que de suppositions, à considérer avec prudence, car n'étant émises qu'au vu des seules observations médicales retrouvées *a posteriori*. Le diagnostic de dépression post-psychotique n'apparaît nominativement dans aucun des dossiers.

Plusieurs auteurs, nous l'avons vu, soulignent que le suicide survient très régulièrement dans les quelques jours qui suivent la dernière consultation médicale [4, 38]. L'intention des patients de rechercher de l'aide auprès du soignant est grande; la réponse apportée par ce dernier à cet instant

critique se doit donc d'être vécue comme sécurisée et suffisante (du point de vue du patient). Lors de leur dernier contact avec un soignant, quatre de nos dix patients ont clairement exprimé des idées suicidaires, inconstamment scénarisées. Qu'elles aient été associées (2 cas sur 3) ou non à une tentative de suicide, elles ont mené à une hospitalisation pour trois d'entre eux, le plus souvent en placement libre. Comme nous le préciserons plus en aval, les premiers jours d'hospitalisation, ainsi que la période qui succède à leur sortie, constituent d'autres temps à haut risque (cf. « Facteurs liés à la prise en charge »).

Nous avons jugé intéressant de nous attarder ici, certes brièvement, sur le cas de deux patients qui ont présenté un discours et une attitude foncièrement opposés lors de leurs derniers échanges avec leur médecin référent. Cela nous paraît être une bonne manière d'illustrer le fait qu'il n'existe pas de profil « type » qui puisse caractériser les patients schizophrènes suicidaires, mais bien que différents éléments cliniques, parfois même complètement opposés, doivent être activement repérés par le soignant.

Le patient 7 semble avoir multiplié, au devant de son passage à l'acte, les demandes d'entretien et d'hospitalisation auprès de son médecin référent. A chaque fois qu'il en a fait la demande, une hospitalisation a été décidée conjointement avec ce dernier: en tout, pas moins de cinq séjours hospitaliers, de quelques jours à chaque fois, se succéderont au cours du mois précédant son décès. La réponse soignante apportée à ce patient paraît bien avoir été vécue par lui comme insuffisamment sécurisée, et ce malgré le fait qu'il ait montré, au terme de chacun de ses séjours, une mise à distance adaptée de ses intentions suicidaires. Nous pouvons penser, comme nous le détaillerons plus tard (cf. « Facteurs liés à la prise en charge »), que la répétition d'hospitalisations sur une courte période entrecoupée de départs prématurés du patient, a sans doute précipité son passage à l'acte: il se suicidera cinq jours après sa sortie, sans avoir jamais présenté auparavant d'antécédents suicidaires.

A l'inverse, la patiente 6 montre un passé jalonné de nombreuses tentatives de suicide (cf. tableau 2) et paraît avoir régulièrement verbalisé des idées de mort lors des entretiens médicaux (qu'elle a, semble-t-il, toujours hautement investi). De façon quelque peu étonnante il semble qu'elle ait présenté, lors de sa dernière consultation (soit trois jours avant son passage à l'acte), un contact anxieux restant de qualité satisfaisante, apparaissant souriante et détendue, ne faisant aucunement état d'idéation dépressive ou suicidaire. Elle offrira même ce jour là un présent à son médecin référent. *A posteriori*, cette présentation, en rupture complète avec la symptomatologie habituellement présentée par la patiente, peut laisser entendre que sa décision était

vraisemblablement déjà prise au moment de ce dernier entretien. En préparant, d'une manière qui paraît avoir été préméditée, la séparation d'avec son médecin, et en ne sollicitant de la part de ce dernier aucune forme d'aide, elle démontre une grande détermination à se donner la mort.

d. Conduites addictives

Quatre dossiers décrivent des comportements d'addiction réguliers, encore actifs, de la part des patients au moment de leur passage à l'acte. Ces conduites ne semblent concerner que l'alcool et le cannabis, qui sont associés dans la moitié des cas. Une corrélation parfaite est retrouvée entre les antécédents familiaux d'alcoolisme et l'alcoolisme actif des patients concernés.

Comme nous le soulignons plus haut (cf. « Facteurs de risques »), l'association de ces conduites avec des traits de personnalité impulsive est fréquente. Ceci n'a cependant pas été constaté dans le cadre de notre travail: seules deux personnalités dites « impulsives » ont présenté des comportements d'addiction. Ces deux patients ne présentaient par ailleurs aucun antécédent de comportements antisociaux.

4. FACTEURS EDUCATIFS ET SOCIOPROFESSIONNELS

(tableau 4)

D'un point de vue cognitif, l'observation des dossiers nous permet de constater un niveau intellectuel qui se trouve dans les limites de la normale. Lorsqu'il est évalué et précisé dans le dossier, le quotient intellectuel (QI) apparaît le plus souvent de valeur normale, voire supérieure (supérieur à 117 pour trois d'entre eux).

L'investissement scolaire semble s'être prolongé jusqu'à un niveau équivalent au baccalauréat (général ou professionnel) pour sept patients. Ce niveau scolaire, plutôt satisfaisant, laisse présager des aspirations socioprofessionnelles prémorbides plutôt hautes et investies par ces derniers. On remarque que malgré cela, peu d'entre eux ont pu accéder, par la suite, à un exercice professionnel de façon stable; ceci de façon d'autant plus marquée après l'apparition des premiers symptômes de la maladie: deux patients seulement exerçaient encore une activité professionnelle au devant de leur dernière hospitalisation (en temps plein comme en hôpital de jour). Comme nous l'avons vu, cette désillusion est à même de favoriser un vécu disqualifiant pouvant faire naître des idées dépressives d'inutilité ou d'incapacité. Nous nous permettons donc d'insister sur l'importance d'accompagner ces patients dans un projet de vie réalisable, c'est à dire adapté à leur situation et leurs difficultés, afin d'atténuer leur sentiment d'échec leur vécu de fatalité [38].

Concernant l'histoire familiale des patients, il est retrouvé, par ordre de fréquence:

- Une séparation du couple parental, toujours observée avant la majorité du patient, le plus souvent lorsque celui-ci est encore un tout jeune enfant.
- Une rupture familiale, c'est à dire une absence de liens affectifs durables avec l'ensemble de la famille (trois cas), ou, parfois, limité à un seul de ses membres (la mère surtout, comme observée pour deux patients).
- Un placement dans l'enfance, en foyer ou en famille d'accueil, motivé, dans la moitié des cas, par des violences familiales dont les patients ont été victimes (violence exclusivement parentale, dans notre observation, portée seule, par deux fois, par le père).

Enfin, tous les patients de notre autopsie psychologique semblent avoir été célibataires, sans enfants, au cours de leur vie. Cet élément est à considérer avec beaucoup de prudence, tant il nous a été difficile de retrouver, dans plusieurs dossiers, une représentation claire et détaillée de la constellation familiale.

5. FACTEURS LIÉS À LA PRISE EN CHARGE (tableau 5)

A. ANTECEDENTS ET MODES D'HOSPITALISATION

On dénombre une moyenne de cinq hospitalisations par patient. Cela peut sembler peu, mais reste compréhensible si l'on tient compte du jeune âge des patients inclus dans notre observation, et de la courte durée d'évolution, en conséquence, de la psychose. Cinq sujets ont été hospitalisés moins de trois fois à compter de la date d'apparition des premiers signes (exception faite du patient 1, qui semble avoir présenté, rappelons-le, des signes insidieux plusieurs années avant son premier contact avec la psychiatrie).

Les hospitalisations sous contraintes (placements d'office ou à la demande d'un tiers) représentent plus de la moitié des admissions. Cette prédominance pourrait témoigner d'une mauvaise observance de ces patients au traitement médicamenteux, mais le manque d'informations à ce sujet (qualification de l'observance non retrouvée, plusieurs rythmes de consultation non précisés) ne nous permet pas de conclure dans ce sens; ceci d'autant plus que quatre personnes ont durablement investi, avec assiduité, le suivi psychiatrique et médicamenteux.

Notre autopsie retrouve, comme dans d'autres études, que l'une des périodes la plus à risque de passage à l'acte suicidaire semble se situer aux temps de « transition » de la prise en charge du

patient [32, 46], tant dans les premiers jours qui suivent son admission qu'au cours du mois qui succède à sa sortie:

- Quatre patients sont décédés dans le mois qui suivait la fin de leur séjour (la moitié en sortie définitive, l'autre en sortie d'essai). Ils présentent un nombre plus élevé d'hospitalisations comparativement à ceux suicidés plus de 6 mois après la sortie (9 hospitalisations par patient Vs. 1,5 dans l'autre groupe).
- Six patients se sont suicidés dans les six mois suivant leur sortie de l'hôpital (également répartis en sortie libre et en sortie d'essai).
- Deux patients se sont suicidés dans les 10 heures qui ont suivi leur admission (le premier au cours d'une fugue, le second sur l'hôpital). Nous pouvons remarquer que pour ces derniers la grande majorité des placements institutionnels a été effectuée sous contrainte (7 sur 8), ce qui laisse supposer une mauvaise compliance aux soins, d'ailleurs confirmée pour l'un d'eux (patient 3).
- Deux patients, enfin, se sont donné la mort plus de 20 mois après leur sortie d'institution, jusqu'à, au maximum, 7 ans après (patient 1).

Ces données vont dans le sens d'autres analyses et de ce que nous avons décrit concernant le patient 7: les hospitalisations répétées, surtout si elles sont rapprochées, et/ou écourtées par le départ prématuré du patient (avec ou sans l'aval de leur médecin d'ailleurs), exposent à un risque suicidaire accru [22, 47].

B. TRAITEMENT ET OBSERVANCE

a. *Neuroleptiques*

La majorité des patients (7 cas sur 10) ont reçu, conjointement, deux traitements neuroleptiques, le plus souvent un neuroleptique anti-productif associé à un traitement sédatif. Les antipsychotiques atypiques semblent avoir été préférés aux molécules classiques pour 80% des prescriptions, sans que ne soit retrouvée, de façon surprenante, aucune prescription de clozapine.

Les formes retard concernent cinq patients. Ce choix galénique ne semble pas avoir été motivé par l'observation d'une mauvaise observance aux formes orales: les patients qui ont reçu la forme injectable présentent en effet un nombre d'hospitalisations qui reste comparable à celui observé pour ceux ayant reçu un traitement *per os* (5 pour chaque patient Vs. 3,4); de plus, ils semblent avoir été plus souvent admis à leur demande (48% des hospitalisations Vs 41%).

S'il est plutôt aisé de déterminer précisément l'ordonnance d'un patient à un temps donné en se référant à son dossier médical, il est bien plus délicat de certifier de la bonne régularité des prises ou du bon respect des posologies. Nous insistons donc sur le fait qu'il ne s'agit là que d'observations purement descriptives faisant état d'estimations. Ceci d'autant plus que le nombre peu représentatif de patients dont nous disposons est encore amoindri, dans ce cas, par deux éléments:

- La qualification par le soignant dans le dossier du patient de sa bonne compliance aux soins n'a pu être retrouvée pour deux d'entre eux (patients 8 et 10).
- L'observance au traitement apparaît nulle pour deux autres sujets (patients 3 et 9), en rupture complète de soins au moment de leurs décès. Ces derniers ont d'ailleurs interrompu de façon répétée leur suivi, et ont été hospitalisés à maintes reprises dans des contextes aigus, exclusivement sous contrainte.

Nous pouvons ainsi considérer, au vu de ces éléments, que six des dix patients recevaient jusqu'à leur passage à l'acte un traitement neuroleptique efficace (c'est à dire à une posologie suffisante ayant été introduite depuis suffisamment longtemps).

b. Antidépresseurs

Deux patients recevaient un traitement antidépresseur au moment de leur passage à l'acte, et ce exclusivement sous la forme d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine, par deux fois à des posologies importantes (40mg par jour de fluoxétine) et dans une temporalité suffisamment longue pour confirmer leur bonne imprégnation (deux années en moyenne). Aucun patient n'a bénéficié, semble-t-il, de la prescription d'imipramine, ni d'aucune autre forme d'antidépresseurs tricycliques, malgré le fait que leur supériorité dans ce contexte ait été plusieurs fois démontrée [81, 82]. Dans les deux cas il apparaît que l'introduction du traitement antidépresseur ait été motivée par la verbalisation d'idées suicidaires et/ou la survenue de comportements auto-offensants de la part du patient.

Un patient recevait régulièrement un traitement thymorégulateur par valpromide. Le peu d'études réalisées au sujet de cette classe thérapeutique s'intéressant essentiellement au lithium, aucune donnée n'a pu être retrouvée afin de valider -ou non- la pertinence d'une telle prescription.

C. MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Il nous est apparu difficile de détailler précisément, dans cette partie, l'intégralité du suivi ainsi que l'étayage complet des soins ambulatoires mis en place pour chaque patient sans que notre observation ne devienne trop complexe, voire confuse. Nous nous sommes ainsi volontairement limité, à défaut, sans doute, à citer ici les différents temps de prise en charge visant à encadrer et accompagner le patient dans son quotidien, sans faire de distinction entre les structures, les intervenants, ou même les fréquences et le contenu de ces soins (cf. tableau 5).

En synthèse, nous pouvons constater que tous les patients qui n'étaient pas en rupture de soins au moment de leur passage à l'acte bénéficiaient d'une prise en charge extra-hospitalière étayée (thérapies médiatisées sur l'hôpital de jour du secteur ou en C.A.T.T.P.). Ceci affirme, de notre point de vue, la volonté des soignants d'accompagner autant que possible le patient au travers de sa pathologie au cours de son quotidien, afin de favoriser sa bonne acceptation des troubles.

Cela questionne aussi, en contrepartie (cf. « Moyens non médicamenteux de prévention »), l'adaptabilité des soins ambulatoires à la situation de chaque patient. La réflexion et la concertation des soignants quant aux choix des médiations et des activités qui seront suivies par le patient, au regard de sa situation et de ses troubles, est à nos yeux un facteur essentiel de la qualité de sa prise en charge globale: des attentes trop importantes ou des objectifs trop élevés exprimés (explicitement ou tacitement) par les soignants sont trop à risque, nous l'avons vu, de majorer une idéation auto-dévalorisante potentiellement débutante.

V. CONCLUSION

Nous nous sommes déjà attardé sur le manque de représentativité du faible nombre de patients inclus dans notre observation, de même que sur les différents biais inhérents à ce type d'approche (cf. « SSRS »).

Nous rappelons ici que notre propos n'était pas de réaliser seulement une description exhaustive des facteurs de risque suicidaire, déjà identifiés de nombreuses fois, mais bien de fournir, par la lecture croisée de plusieurs situations cliniques, une représentation plus dynamique, tant de ces facteurs,

que des différents aspects de la prise en charge de ces patients, en amont de leur geste, afin de mieux les discuter. Nous avons estimé que la réalisation d'une autopsie psychologique de dossiers était plus à même de fournir, de façon détaillée, ce genre de données, comparativement à l'étude d'un cas clinique isolé.

Au cours de la réalisation de notre travail, nous avons bien perçu les limites d'une telle méthode. Il en ressort, cependant, des points intéressants: un sexe masculin, un âge jeune, une schizophrénie paranoïde débutante, des antécédents suicidaires (d'autant plus s'ils sont de grande létalité), une symptomatologie dépressive secondaire à la psychose, ainsi que des idées d'auto-dévalorisation (surtout si les attentes prémorbides sur le plan scolaire et/ou professionnel étaient hautes au devant de la maladie) ou de suicide sont, ici aussi, les facteurs de risque les plus retrouvés. Plus concrètement, dans notre observation, l'idéation dépressive peut diversement apparaître en lien avec une idéation délirante angoissante, les conséquences péjoratives de la psychose, ou encore une qualité de vie durablement altérée par des troubles organiques gravement invalidants.

En définitive, chacune des dix situations cliniques apparaît comme étant volontiers singulière, tant de par la diversité des signes psychotiques ou dépressifs présentés par les patients, que par la multitude d'éléments propres à leur histoire personnelle, familiale ou encore institutionnelle. Ainsi, il ne nous est pas possible de définir, avec certitude, un profil propre et spécifique à la schizophrénie des patients schizophrènes suicidaires.

L'on s'aperçoit, à la lecture de nos dossiers, de la multitude des moyens (institutionnels comme liés au suivi) mis en place par les soignants au moment de crises aiguës suicidaires, ou dès lors que le patient a pu verbaliser des intentions auto-agressives. Il est important de garder à l'esprit que l'hôpital ne protège pas complètement de ce risque, et même qu'il peut, comme nous l'avons déjà écrit, y prédisposer, surtout lors de relais ou de « transitions » mal préparés.

Du point de vue chimiothérapique, il nous est apparu surprenant de constater qu'aucun des dix patients n'avait reçu, au devant de son geste, de la clozapine à dose efficace (et ce malgré les conclusions de l'étude InterSePT, réalisée en 2003). Si l'on peut entendre l'impossibilité, pour le médecin, d'envisager cette médication pour des patients qui démontrent un très mauvais investissement du suivi (entaché de multiples interruptions de leur traitement), nous nous questionnons, en revanche, quant aux raisons de l'absence d'une telle prescription pour les quatre patients de notre observation qui ont montré, tout au long de leur prise en charge, une totale assiduité, y compris sur le plan thérapeutique. S'agit-il d'une appréhension de ses effets secondaires?

Serait-ce la crainte de voir l'observance s'altérer au vu de la lourdeur – relative – des examens sanguins répétés? Aucune donnée rétrospective n'est apparue en mesure de répondre à cette question. De même, nous n'avons pas été en mesure d'expliquer l'absence de traitements antidépresseurs, constatée pour de nombreux patients, ainsi que la présence d'aucune prescription de molécules tricycliques, dont les bénéfices sont pourtant bien connus.

Aussi trouvons nous là, sans doute, une autre limite imposée par notre choix de nous référer exclusivement aux éléments du dossier des patients, sans solliciter, en complément, les soignants étant directement intervenus dans leur prise en charge. Cependant, comme il avait déjà été constaté par plusieurs auteurs d'autopsies psychologiques, nous estimons que le discours soignant (d'autant que plusieurs années se sont parfois écoulées depuis le décès du patient), aurait sans doute également comporté un biais d'information (reconstructions psychiques de certains événements, oublis, omissions conscientes...).

A défaut d'avoir établi un outil comparable, ou complémentaire, à la *Schizophrenia Suicide Risk Scale*, nous espérons avoir su constituer un outil de travail et de réflexion susceptible de permettre aux différents soignants intervenant auprès de ces patients, d'interroger et d'actualiser certaines de leurs pratiques, qu'elles soient psychothérapiques, institutionnelles ou bien médicamenteuses.

CONCLUSION

Même si la taille de notre échantillon de patients n'est pas représentative, nous avons néanmoins pu remarquer qu'il est possible de déterminer, de façon non exhaustive, différents facteurs de risque de suicide pour un patient donné. Les facteurs généraux, les signes cliniques qu'il présente, les éléments de son discours qui expriment - plus ou moins directement - des intentions suicidaires, ou les adaptations qui paraissent possibles dans sa prise en charge, sont autant d'éléments que le praticien se doit de rechercher et évaluer régulièrement. La prévention, à ses différents niveaux, doit - de façon indispensable - inclure tant des choix médicamenteux appropriés et hiérarchisés, que des voies d'écoute, et d'accompagnement, de la part des soignants intervenant auprès des patients schizophrènes et de leur famille.

La représentation de la mort, qui génère chez ces patients une angoisse profonde et morcellante,

semble prendre sens au travers de leurs actes auto-agressifs, qui paraissent alors résoudre le paradoxe de leur existence, « *se tuer pour vivre* ». Qu'il survienne au décours d'un accès délirant, qu'il soit motivé par des injonctions suicidaires, ou encore qu'il succède à une auto-dévalorisation grandissante, l'acte de se donner la mort, qui soulève encore à ce jour bien des questionnements, pourrait ainsi être l'expression même, sur un plan psychopathologique, de leur maladie.

Cette pathologie psychiatrique fréquente, qui touche de manière équivalente les deux sexes, expose à une surmortalité globale importante, dont la première cause reste ces suicides pathologiques, et ce malgré les progrès considérables apportés ces dernières décennies à la prise en charge des schizophrènes. La gravité de ce constat doit amener chaque soignant à s'interroger sur ses pratiques, et à se montrer particulièrement attentif aux temps vulnérables de la prise en charge du patient, au cours de l'entière évolution de sa maladie (phase inaugurale, phase de rémission délirante, relais extra-hospitalier, sorties d'hospitalisation.....). Ceci afin de préparer, et d'accompagner, au mieux, son projet de soin et de vie.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Satet P.:** *Tout savoir sur le suicide pour mieux le prévenir*. Éditions Favre, Paris, 2009.
- 2 Site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé:** *Suicide prevention and special programmes : map of suicide rates per 100 000*, 2007.
- 3 Albrand L. et coll.:** *Rapport de la commission Albrand*, 2009.
- 4 Heilä H., Isometsä E.T., Henriksson M.M., Heikkinen M.E., Marttunen M.J., Lönnqvist J.K.:** *Suicide and Schizophrenia : a nationwide autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims of schizophrenia*. Am J Psychiatry, 1997; 1235-1242.
- 5 INSERM Ec:** *Suicide: Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris : les éditions Inserm, 2005.
- 6 Gelder M.M., Cowen P.:** *Traité de psychiatrie*. Paris: Flammarion, 2005.
- 7 Kaplan K.J., Sadock B.J.:** *Synopsis de psychiatrie*. Rueil Malmaison : éditions Pradel, 2002.
- 8 Bourgeois M., Facy F., Rouillon F., Verdoux H.:** *Epidémiologie du suicide*, EMC Psychiatrie, 1997. 37-397-A-20.
- 9 Dworkin R.H.:** *Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications*. Schizophrenia Bulletin, 1994. 20 (2): 235-48.
- 10 Inskip H.M., Harris E.C., Barraclough B.:** *Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia*. Br J Psychiatry, 1998. 172, 35-37.
- 11 Freud S.:** *Essais de Psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2001. 31-46.
- 12 Leff J., Sartorius N., Jablensky A.:** *The international pilot study of schizophrenia: five-year follow-up findings*. Psychol Med, 1992. 22: 131-145.
- 13 Harris E.C., Barraclough B.:** *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. Br J Psychiatry, 1997. 170: 205-28.
- 14 Brown S.:** *Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis*. Br J Psychiatry, 1997. 171: 502-8.
- 15 Cotton P., Drake R., Gates C.:** *Critical treatment issues in suicide among schizophrenics*. Hosp Community Psychiatry, 1985. 36: 534-6.
- 16 Drake R., Gates C., Whitaker A.:** *Suicide among schizophrenics: a review*. Compr Psychiatry, 1985. 26: 90-100.
- 17 Racamier P.C.:** *Les Schizophrènes*. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2001. 49-52.
- 18 Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J.J.:** *Schizophrenia and suicide: a systematic review of risk factors*. Br J Psychiatry, 2005. 187: 9-20.
- 19 Gavaudan G., Navez A., Percecchi-Marti M.D., Lançon C., Léonetti G.:** *Autopsie psychologique, suicide et schizophrénie*. Journal de Médecine légale Droit médical, 2007. Vol 50-5: 287-295.
- 20 De Hert M., Peusken J.:** *Suicide chez les jeunes schizophrènes: Étude de cas*. Revue française de

psychiatrie et de psychologie médicale, 1998. 19: 64-6.

21 Mortensen P.B., Juel K.: *Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients.* Br J of Psychiatry, 1993. 163: 183-9.

22 Desai R.A., Dausey D.J., Rosenheck R.A.: *Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors.* Am J Psychiatry, 2005. 162, 2: 311-8.

23 Kelly D.L., Shim J.C., Feldman S.M., Yu Y., Conley R.R.: *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to others means death.* J Psychiatry Res, 2004. 38, 5: 531-6.

24 Montout C., Casadebaig F., Lagnaoui R., Verdoux H., Philippe A., Begaud B., Moore N.: *Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of death in a French cohort of schizophrenic patients.* Schizophr Res, 2002. 57,2-3: 147-56.

25 Osby U., Correia N., Brandt L., Ekblom A., Sparen P.: *Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm country, Sweden.* Schizophr Res, 2000. 45, 1-2: 21-8.

26 Casadebaig F., Philippe A.: *Mortalité par suicide dans une cohorte de patients schizophrènes.* Annales médicopsychologiques, 1999. 157 (8): 544-551.

27 Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Girardi P., Tatarelli R.: *Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients.* International Journal of Psychiatry in Medicine, 2005. 35 (2): 171-90.

28 Pecond-Gavand M.: *Suicide et schizophrénie*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Besançon, 2006.

29 Montross L.P., Zisook S., Kasckow J.: *Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors.* Annals of Clinical Psychiatry, 2005. 17 (3): 173-82.

30 Melle I., Johannesen J.O., Fris S., Haahr U., Joa I., Larsen T.K., Opjordsmoen S., Rund B.R., Simonsen E., Vaglum P., McGlashan T.: *Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior.* Am J Psychiatry, 2006. 163,5: 800-4.

31 Powell J., Geddes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K.: *Suicide in psychiatric hospital inpatients: risk factors and their predictive power.* Br J Psychiatry, 2000. 176: 266-72.

32 Rossau C.D., Mortensen P.B.: *Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study.* Br J Psychiatry, 1997. 171, 355-9.

33 Stephens J.H., Richard P., McHugh P.R.: *Suicide in patients hospitalised for schizophrenia: 1913-1940.* J Nerv Ment Dis, 1999. 197, 1, 10-4.

34 Landmark J., Cernovsky Z.Z., Merskey H.: *Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia.* Br J Psychiatry, 1987. 151: 18-20.

35 De Hert M., Mckenzie K., Peuskens J.: *Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study.* Schizophr Res, 2001. 47, 2-3, 127-134.

36 Barak Y., Knobler C.Y., Aizenberg D.: *Suicide attempts amongst elderly schizophrenia patients: a 10 years case-control study.* Schizophr Res, 2004. 71, 1, 77-81.

37 Fenton W.S., McGlashan T.H., Victor B.J., Blyler C.R.: *Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders.* Am J Psychiatry, 1997. 154, 9, 1235-42 and 154, 2, 199-204.

- 38 Mantelet S.:** *Schizophrénies et suicide*. L'Encéphale, 1999. Sp IV, 40-5.
- 39 Gavaudan G., Besnier N., Lancon C.:** *Suicide et schizophrénie: évaluation du risque et prévention*. Annales médico-psychologiques, 2006. 164: 165-75.
- 40 Candido C.L., Romney D.M.:** *Depression in paranoid and non-paranoid schizophrenic patients compared with major depressive disorders*. Journal of affective disorders, 2002. 70, 261-71.
- 41 Vanelle J.M., Fablet H., Venisse J.L.:** *Pathologie mentale et risque suicidaire: aspects cliniques et chimiothérapiques*. L'information psychiatrique, 2002. 5, 485-490.
- 42 Lemperrière T., Rouillon F., Lépine J.P.:** *Étude de la dépression chez les schizophrènes hospitalisés: implications thérapeutiques*. Psychologie médicale, 1984. 16: 903-6.
- 43 Birchwood M., Iqbal Z., Chadwick P., Trower P.:** *Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: ontogeny of post psychotic depression*. Br J Psychiatry, 2000. 177: 516-21.
- 44 Dixon L., Breier A., Lieberman J.A.:** *Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact outcomes*. Schizophr Res, 1999. 35: 93-100.
- 45 Kim C.H., Jayathilake K., Meltzer H.Y.:** *Hopelessness, neurocognitive fonction and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior*. Schizophr Res, 2003. 60: 71-80.
- 46 Nordentoft M., Laursen T.M., Agerbo E., Qin P., Hoyer E.H., Mortensen P.B.:** *Changes in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark 1981-1997, a nested case-control study*. BMJ, 2004. 329, 7460, 261.
- 47 Salokangas R.K., Honkonen T., Stengard E., Koivisto A.M.:** *Mortality in chronic schizophrenia during decreasing number of psychiatric beds in Finland*. Schizophr Res, 2002. 54, 3, 265-75.
- 48 Kreyenbuhl J.A., Kelly D.L., Conley R.R.:** *Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia*. Schizophr Res, 2002. 2-3, 253-61.
- 49 Courtet P., Jollant F., Castelnau D., Astruc B., Buresi C., Malafosse A.:** *Implication des gènes du système sérotoninergique dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires*. Rev Psychiatr Neurosci, 2004. 29, 5: 350-359.
- 50 Abbar M., Courtet P., Malafosse A., Castelnau D.:** *Epidemiologic and molecular genetic of suicidal behavior*. L'Encéphale, 1996. 22, 4: 19-24.
- 51 Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A., Connolly J.:** *Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims*. Arch Gen Psychiatry, 1996. 53, 12: 1145-52.
- 52 Morasz, L.:** *Comprendre la violence en psychiatrie: approche clinique et thérapeutique*. Ed. Dunod, 2002. p 60, 115-123, 225-246.
- 53 Mann J.J.:** *The neurobiology of suicide*. Nat Med, 1998. 4, 1: 25-30.
- 54 Courtet P., Baud P., Abbar M., Boulenger J.P., Castelnau D., Mouthon D., et al.:** *Association between violent suicidal behavior and the low activity allele of the serotonin transporter gene*. Mol Psychiatry, 2000. 5, 2: 193-5.
- 55 Mann J.J., Huang Y.Y., Underwood M.D., Kassir S.A., Oppenheim S., Kelly T.M., et al.:** *A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide*. Arch Gen Psychiatry, 2000. 57, 8: 729-38.

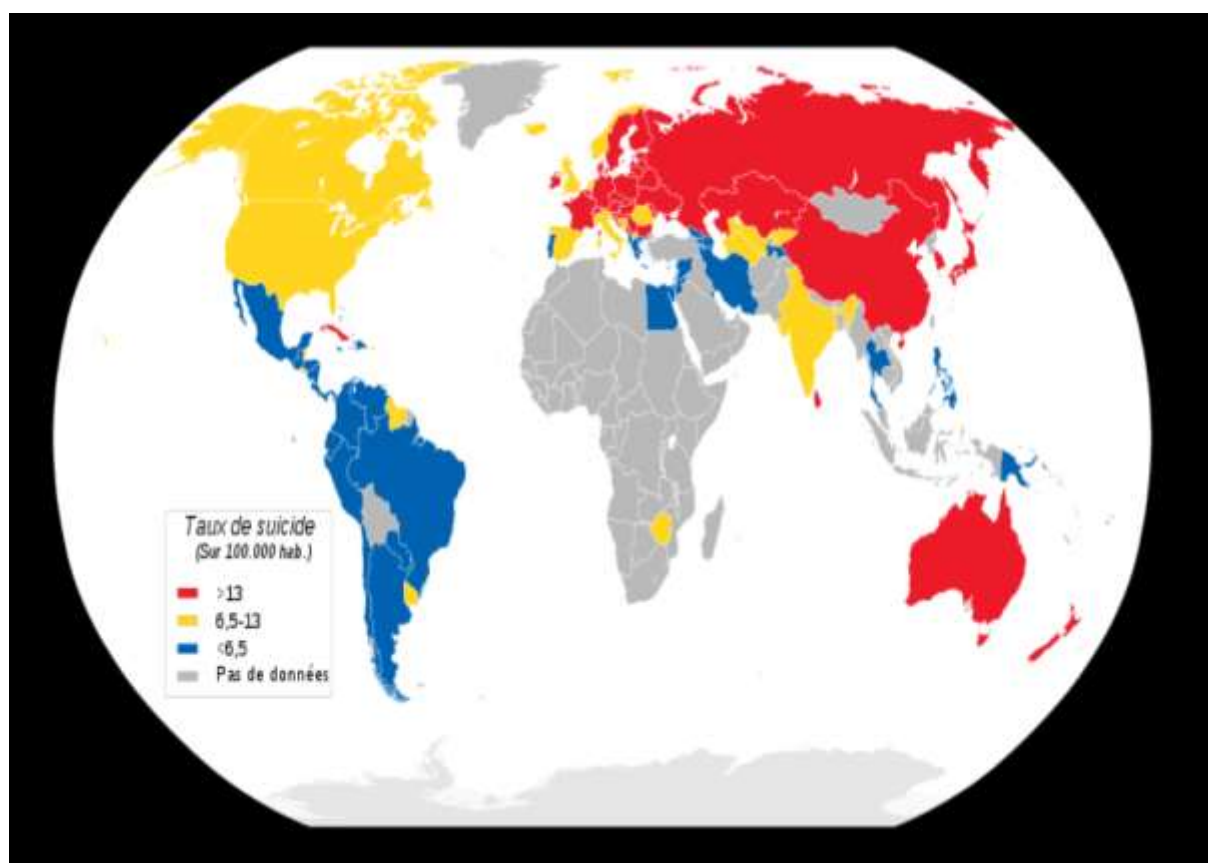
- 56 Evans J., Battersby S., Ogilvie A.D., Smith C.A., Harmar A.J., Nutt D.J., et al.:** *Association of short alleles of a VNTR of the serotonin transporter gene with anxiety symptoms in patients presenting after deliberate self harm.* Neuropharmacology, 1997. 36, 4-5: 439-43.
- 57 Zalsman G., Frisch A., Bromberg M., Gelernter J., Michaelovsky E., Campino A.:** *Family-based association study of serotonin transporter promoter in suicidal adolescents: no association with suicidality but possible role in violence traits.* Am J Med Genet, 2001. 105, 3: 239-45.
- 58 Oreland L., Hallman J.:** *The correlation between platelet MAO activity and personality: short review of findings and a discussion on possible mechanisms.* Prog Brain Res, 1995. 106: 77-84.
- 59 Ono H., Shirakawa O., Nishiguchi N., Nishimura A., Nushida H., Ueno Y., et al.:** *No evidence of an association between a functional monoamine oxidase a gene polymorphism and completed suicides.* Am J Med Genet, 2002. 114, 3: 340-2.
- 60 Huang Y.Y., Grailhe R., Arango V., Hen R., Mann J.J.:** *Relationship of psychopathology to the human serotonin 1B genotype and receptor binding kinetics in postmortem brain tissue.* Neuropsychopharmacology, 1999. 21, 2: 238-46.
- 61 New A.S., Gelernter J., Goodman M., Mitropoulou V., Koenigsberg H., Silverman J. et al.:** *Suicide, impulsive aggression and HTR1B genotype.* Biol Psychiatry, 2001. 50, 1: 62-5.
- 62 Zhang H.Y., Ishigaki T., Tani K., Chen K., Shih J.C., Miyasato K et al.:** *Serotonin 2A receptor gene polymorphism in mood disorders.* Biol Psychiatry, 1997. 41, 7: 768-73.
- 63 Turecki G., Briere R., Dewar K., Antonetti T., Lesage A.D., Seguin M. et al.:** *Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide.* Am J Psychiatry, 1999. 156, 9: 1456-8.
- 64 Fenton W.S.:** *Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia.* Suicide and Life-Threatening Behavior, 2000. 30: 34-49.
- 65 Colonna L., Petit M., Lépine J.P.:** *Dictionnaire des neuroleptiques*, 1989. J.B. Baillière, Paris, 511p.
- 66 Axelsson R., Lagerkvist-Briggs M.:** *Factors predicting suicide in psychotic patients.* Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci, 1992. 170: 205-228.
- 67 Caldwell C.B., Gottesman I.I.:** *Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide.* Schizophr Bull, 1990. 16: 571-589.
- 68 Siris S.G.:** *Suicide and schizophrenia.* J Psychopharmacol, 2001. 15: 127-135.
- 69 Abbar M., Courtet P., Bellivier F., Leboyer M., Boulenger J.P., Castelhou D. et al.:** *Suicide attempts and the tryptophan hydroxylase gene.* Mol Psychiatry, 2001. 6 (3): 268-73.
- 70 Danica D., Palmer M.D., Ioline D., Henter M.A., Richard J.:** *Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia?* J of Clinical Psychiatry, 1999. 60, 2: 100-3.
- 71 Meltzer H.Y., Alphs L., Green A.I., Altamura C., Anand R., Bertoldi A., Bourgeois M., Chouinard G., Islam M.Z., Kane J., Krishnan R., Lindenmayer J.P., Potkin S.:** *International Suicide Prevention Trial (InterSePT): Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry, 2003. Vol 60: 82-91.
- 72 Meltzer H.Y., Okayli G.:** *Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment.* Am J Psychiatry, 1995. 152: 183-190.

- 73 Walker A.M., Lanza L.L., Arellano F., Rothman K.J.:** *Mortality in current and former users of clozapine.* Epidemiology, 1997. 8: 671-677.
- 74 Reinstein M.J., Chasonov M.A., Colombo K.D., Jones L.E., Sonnenberg J.G.:** *Reduction in suicide inpatients with schizophrenia receiving clozapine.* Clin Drug Invest, 2002. 22: 341-346.
- 75 Asberg M., Thoren P., Traskman L., Bertilsson L., Ringberger V.:** *Serotonin depression: a biochemical subgroup within the affective disorders?* Science, 1976. 191:478-80.
- 76 Olié J.P., Dalery J., Azorin J.M.:** *Médicaments antipsychotiques: évolution ou révolution?*, Acanthe & Lundbeck Ed., Paris, 2001. 745p.
- 77 Escamilla M.A.:** *Diagnosis and treatment of mood disorders that co-occur with schizophrenia.* Psychiatric services, 2001. 52, 7: 911-919.
- 78 Taiminen T., Huttunen J., Heilä H., Henriksson M., Isometsä E., Kähkönen J., Tuominen K., Lönnqvist J., Addington D., Helenius H.:** *The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation.* Schizophr Res, 2001. 47: 199-213.
- 79 Drake R., Cotton P.:** *Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia.* Br J Psychiatry, 1986. 148: 554-9.
- 80 Amador X.:** *Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness.* Am J Psychiatry, 1996. 153: 1185-8.
- 81 Siris S.G., Bermanzohn P.C., Mason S.E. Et al.:** *Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry, 1994. 51: 109-115.
- 82 Siris S.G., Morgan V., Fagerstrom R. et al.:** *Adjunctive imipramine in the treatment of postpsychotic depression.* Arch Gen Psychiatry, 1987. 44: 533-539.
- 83 Johnson A.L., Hollister L.E., Berger P.A.:** *The anticholinergic intoxication syndrome: diagnosis and treatment.* J of Clinical Psychiatry, 1981. 42: 313-317.
- 84 Azorin J.M.:** *Long-term treatment of mood disorders in schizophrenia.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 1995. 91 (suppl 388): 20-23.
- 85 Cooper S.J., Kelly C.B., King D.J.:** *5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal, fluid and prediction of suicidal behavior in schizophrenia.* Lancet, 1992. 340: 940-941.
- 86 Mann J.J., Malone K.M., Nielsen D.A., Goldman D., Erdos J., Gelernter J.:** *Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients.* Am J Psychiatry, 1997. 154: 1451-3.
- 87 Jonsson E.G., Goldman D., Spurlock G., Gustavsson J.P., Nielsen D.A., Linnoila M. et al.:** *Tryptophan hydroxylase and catechol-O-methyltransferase gene polymorphisms: relationships to monoamine metabolite concentrations in CSF of healthy volunteers.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1997. 247 (6): 297-302.

ANNEXES

Annexe 1:

Carte du taux de suicide pour 100.000 habitants en 2007



Source: Site internet de l'O.M.S.: <http://www.who.int/en/>

Annexe 4: Exemple de grille de lecture utilisée pour l'autopsie des dossiers

IDENTITE	P. G.
SEXE	M
AGE DE DECES	32 ans en novembre 2002
MODE ET LIEU DE SUICIDE	Pendaison sur le C.H.S. G. MAZURELLE
ANTECEDENTS	
AGE D'APPARITION DES PREMIERS SIGNES	22 ans en 1992
DUREE DE MALADIE AVANT DIAGNOSTIC	10 ans
PRECEDENTES HOSPITALISATIONS	- HDT 1992 Mazurelle (motif cf. plus loin) - Sort en 93 avec projet professionnel en cuisine - HDT en 93 en haute Savoie (violences persécution). - HDT début 95. - HL en 95 avec apparitions d'hallucinations auditives et d'idées noires + insomnie . - HDT 11/95 à 07/96 pour épisode dépressif sur fond délirant, idées de mort. - HO en décembre 1998 suite à agression au C.H. de Challans. - mai 2000, transféré de l'U.M.D. de Cadillac, - sortie d'essai 2001, transformée en HDT en mai 2002
TENTATIVES DE SUICIDES	Aucune
ANTECEDENTS SOMATIQUES	3 Accidents de la voie publique: - mobylette en 87 et 89 tous deux avec TC et PC -voiture TC avec PC en 1990
ANTECEDENTS FAMILIAUX	Éthylisme paternel, « nombreuses dépressions et suicides dans la famille », pas de précisions
SYMPTOMES	
PSYCHOTIQUES	Délire de filiation (1992 : sa mère n'est pas sa mère, viol d'un oncle, meurtre d'une tante, menaces, port d'armes blanches...) Thèmes de persécution, mécanisme interprétatif Rationalisme morbide Réticence aux soins Persécuteur désigné parmi soignants puis patients avec idées de meurtre, tentative d'homicide à l'arme blanche sur un patient du CH de Challans. Critique des troubles et des faits progressive fin mai 2002
DYSTHYMIQUES	Idées noires, ennui, idées suicidaires survenues en mi 1995 ; Quelques idées labiles de meurtres
PERSONNALITE	

FACTEURS EDUCATIFS/SOCIO-PROFESSIONNELS	Scolarité normale, École d'hôtellerie, puis CAP et BEP de cuisinier ; travaille 1 an à Lausanne en 1991. QI 118: normal limite supérieure.
ADDICTIONS	Alcool et cannabis depuis le service militaire (90/91) avec isolement et repli.
SYSTEME FAMILIAL	2 ^{ème} enfant sur 3 (2 sœurs 1967 et 1971) Père DCD en 92, éthylique, violences physiques, rejetant selon la mère. Mère en Vendée ; parents séparés en 1985 ; remariage maternel en 1988 avec la naissance de 2 demi-sœurs. GPP DCD d'éthylisme
PRISE EN CHARGE	
THERAPEUTIQUES	NL : PIPORTIL 1993, HALDOL DECANOAS 1995, Mai 2001 MODITEN 1/0/1 Mai 2001 CLOPIXOL 300gouttes arrêt du MODITEN XANAX 0,5mg 1/1/1 ZYPREXA 5mg 1/0/1 Janvier 2002 ZYPREXA 20mg/j XANAX 0,25mg 1/0/1 CLOPIXOL 50gouttes le soir Correcteur et inducteur
HDJ/CATTP	CATTP à partir de février 2001, tous les jours en temps d'accueil
CMP	VAD dès la sortie d'essai en février 2001 tous les 15j environ
AUTRES	Réadaptation à Billiers en 1996 Ergothérapie en 2000, Bois, 3 demi-j par semaine « pas délirant, bon contact, appliqué ». Atelier protégé en mars 2002 (maraichages espaces verts) l'évaluation avait lieu le 12/11/2002. Thérapies médiatisées de 11/00 à 03/01: assidu, ponctuel, respectueux du cadre mais souvent en recrudescence délirante.
OBSERVANCE	Vérifiée.

Nom: BUSCOZ

Prénom: Olivier

Titre de thèse:

Suicide et Schizophrénie: Revue de la littérature & autopsie psychologique de 10 patients schizophrènes décédés de suicide dans le département de la Vendée (85) entre 2002 et 2009

Résumé: Le suicide est sans aucun doute la première préoccupation des soignants intervenant en psychiatrie. Il est la principale cause de décès des patients schizophrènes, qui présentent un taux de suicide bien supérieur à celui observé dans la population générale. Quels sont ces facteurs de risque? En existe-t-il qui soient spécifiques de la schizophrénie? Comment les détecter?

Après quelques définitions essentielles et une revue globale de la littérature, nous exposerons différentes grilles de lectures cliniques et psychopathologiques de ces conduites, afin d'en mieux percevoir le sens. Nous aborderons, ensuite, les différents moyens de prévention existant à la disposition des soignants, puis nous discuterons les pratiques institutionnelles actuelles, au travers d'observations permises par la réalisation d'une autopsie psychologique sur les dossiers de 10 patients diagnostiqués comme schizophrènes, décédés par suicide entre 2002 et 2009, dans le département de la Vendée (85).

Nous espérons, par ce travail, fournir un outil d'évaluation et de réflexion aux soignants soucieux d'interroger leurs pratiques, afin d'aider à améliorer l'accompagnement et la prise en charge de ces patients, pour mieux prévenir ce que Bleuler qualifiait de « *plus sérieux symptôme de la schizophrénie* ».

Mots-clés

- Schizophrénie
- Suicide
- Autopsie psychologique
- Dépression post-psychotique
- Prévention
- Tentatives de suicide
- Injonctions suicidaires
- Facteurs de risque
- Insight