

Rapport de Stage en Suicidologie

Miguel NASCIMENTO

Depuis le début de mon internat en Psychiatrie, j'ai été confronté à une réalité commune et transversale aux différents domaines de travail - le comportement suicidaire. En effet, au cours des entretiens cliniques, j'ai remarqué que beaucoup de patients faisaient référence non seulement à des idées d'automutilation, mais aussi au fait de "disparaître, ne être pas ici" (idées passives de mort) et soumettaient des plans plus ou moins concrets pour mourir. À plusieurs reprises, je me suis interrogé sur les origines de cette idéation, l'importance des différentes variables dans le développement du comportement suicidaire (psychologiques, sociologiques, les événements de vie, organiques,...), ainsi que les différentes approches possibles correspondant à ce type de patients.

Surtout, dans le service d'urgence, la fréquence des comportements d'auto-agression (administration volontaire de drogues, auto-mutilation ou autres) obligent le médecin à faire une bonne évaluation du patient qui lui est présenté, et à élaborer un traitement approprié. Il doit savoir parler avec un patient dans une crise suicidaire aiguë, comprendre le degré de gravité et la répétition éventuelle de ces comportements, éventuellement opter pour une hospitalisation, et définir le suivi (si nécessaire).

Le suicide est un phénomène complexe qui nécessite, pour mieux le comprendre et donc l'éviter, la disponibilité d'informations spécifiques et l'accès à une vaste documentation (comme cela a déjà été rapporté par Norman Farberow, en 1969¹). Depuis lors, plusieurs revues ont commencé à être publiées, une bibliographie rapidement développée, faisant naître le besoin de créer des centres d'archives relatifs à l'organisation et au soutien dans le domaine de la Suicidologie. À ce jour, le CRES – Centre Ressources en Suicidologie a réussi à consolider une bibliothèque de plus de 350 livres sur le suicide et le comportement auto-destructeur, écrits en 18 langues différentes par des auteurs de 28 nationalités différentes (sans parler des commentaires desdits livres). Cette bibliothèque comprend également un ensemble de dossiers, rapports et revues spécialisées.

Je me suis entretenu au moins deux fois par semaine avec le professeur docteur Jean-Pierre SOUBRIER,, afin de lui faire part de certains de mes doutes, de solliciter auprès de lui des conseils de bibliographie et enfin, dans la perspective de préparer un article (liée à la nécessité de la maintenance des études en Suicidologie), actuellement en cours de relecture.

J'ai commencé ma lecture avec les ouvrages «classiques» sur le suicide, en me concentrant d'abord sur l'aspect sociologique développé par Durkheim et Halbwachs. Cela m'a fait prendre conscience que le suicide est un phénomène plus fréquent chez les hommes et les personnes plus âgées (bien que d'autres comportements d'automutilation soient plus caractéristiques chez les femmes, généralement jeunes), et qu'il existe une connexion entre le suicide et le lien du sujet à la société. Il en résulte qu'une mauvaise intégration sociale constitue un facteur réellement déterminant du comportement suicidaire, et que les efforts visant à améliorer ce lien sont fondamentaux dans la prévention du suicide.

En parallèle, mes lectures m'ont amené à comprendre l'évolution des différentes explications du suicide proposées par les psychiatres et psychologues. Esquirol a ainsi écrit que le suicide serait une maladie mentale, une forme d'aliénation; Freud (après la Réunion de Psychanalyse de 1910) a développé cette thématique pendant ses études, et a parlé de l'angoisse liée à la perte d'un objet aimé. Plusieurs auteurs ont prolongé son travail, et j'ai eu quelques entretiens avec mon tuteur s'agissant de la compréhension de ces concepts: de la souffrance psychique, de la mélancolie, de la dépression mais aussi, aspect très important, du désespoir.

¹ Information sur www.cresuicidologie.fr

Farberow, Menninger et Shneidman sont d'importants auteurs dont la lecture est nécessaire à la compréhension du suicide, mais l'a été dans la création des premiers centres de recherche et de prévention du suicide (Shneidman a aussi créé le terme *Psychache*, soulignant l'importance de la souffrance personnelle dans le comportement suicidaire).

Plus récemment, Beck a statistiquement vérifié que le désespoir est un symptôme davantage associé à des idées suicidaires que la dépression, et Wasserman a proposé un modèle intégratif - *le modèle vulnérabilité-stress*, qui tend vers une intégration de la vulnérabilité personnelle (organique, liée à forte composante héréditaire du comportement suicidaire) et de l'importance des événements de la vie du sujet.

Puis, répondant à l'une des questions posées précédemment, je me suis focalisé sur l'étude des différents points de vue relatifs à l'approche du patient dont le comportement est suicidaire. Je suis revenu à la lecture des travaux de Farberow et Shneidman, suivie des perspectives de Maltzberger, Mann, et de quelques articles sur l'influence de différentes conditions psychiatriques dans ce type de comportement. J'ai compris que la prévention du suicide doit toujours être corrélée aux situations médicales, psychologiques, sociales du sujet, et j'ai compris que même les comportements les moins mortels démontraient une souffrance psychologique que ne devait jamais être oubliée.

Alors que, officiellement, 90% de ces personnes montrent des troubles psychiatriques (généralement des troubles dépressifs, sans oublier les nombreux cas de dépendance à l'alcool), le psychiatre joue un rôle clé dans la lutte contre le comportement suicidaire. L'assistance aux consultations et aux ateliers m'a permis d'améliorer ma façon d'aborder ces patients.

J'ai également recherché des livres et publications de l'Organisation Mondiale de la Santé afin de d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention du suicide.

En tout, pendant ces trois mois, j'ai lu 23 livres, 8 articles et 4 publications sur internet (*World Health Organization, Center for Disease Control*) – cf. la bibliographie ci-après.

Pour moi, l'élément le plus important de ce stage fut la compréhension que la prévention du suicide est une réalité, avec plusieurs études faisant état de cette idée. Il doit y avoir une corrélation entre les mesures politiques nationales/internationales, et les équipes intégrées dans la communauté. Il est par ailleurs fondamental de porter une attention particulière aux groupes minoritaires, mais aussi aux personnes plus âgées et les plus isolées dont le taux de suicide est plus élevé.

La bibliographie et les patients observés m'ont permis de mieux comprendre la souffrance psychique des patients avec des idées de morte, leur parler et les aider, et je pense finalement que ce stage m'a aidé à améliorer mes compétences en tant que médecin.

Le CRES, le Centre Popincourt et le blog *infosuicide.org* s'analysent dès lors comme une entité englobante, multidisciplinaire, qui effectue des actions au niveau local, mais est aussi un lieu de débat tentant d'élever l'étude et le travail de prévention du suicide au niveau national. Il constitue donc un centre de référence à l'échelle nationale voire internationale.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pour son soutien, sa disponibilité et sa gentillesse, avec une pensée particulière pour le professeur et le temps qu'il a bien voulu me consacrer.

Bibliographie

1. Baechler, J., (1975) Les suicides, France, Calmann-Lévy
2. Beck, A.T. (1989) Predictor of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical rating of hopelessness, *J Consult Clin Psychol*; 57: 309-310
3. Beck, A.T., Brown, G., Berchik R.J., et al (1990) Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients, *Am J Psychiatry*, 144: 1474-1476
4. Bergeret, J., (1976). Dépressivité et dépression. Paris, France, Presses Universitaires de France
5. Brady, J. (2006). The association between alcohol misuse and suicide behavior. *Alcohol and Alcoholism*, 41: 473-478
6. CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2010). Injury prevention and control: data & statistics (WISQARS™), Retrieved from <http://www.cdc.gov/injury/wisqars>
7. De Castro, S., Newman, F., Mills, G. Et al, (2004). Economic evaluation of suicide prevention programs for young adults in Florida. *Business Review Cambridge*, December: 14-20
8. Dublin, L.I. (1963). Suicide: a sociological and statistical study, United States of America, Ronald Press Company
9. Durkheim, E., (1960). Le suicide, Paris, France, Presses Universitaires de France
10. Edwin L., Weissman S.L. (1965). Acting out. New York, United States of America, Grune & Stratton
11. Esquirol, J.D. (2001) Du suicide. In Alliare, J. (ed), Jean-Etienne Dominique Esquirol: une œuvre clinique, thérapeutique et institutionnelle. France, Interligne (pp 13-88)
12. Farberow, N.L., Shneidman, E.S. (1965). The Cry for Help. United States of America, McGraw-Hill
13. Halbwachs, M., (2002) Les causes du suicide. Paris, France, Presses Universitaires de France
14. Jacobs D.G. (1999) The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention, San Francisco, Jossey Bass
15. Kessler R.C., Berglund P., Demler, O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 593-602
16. Mann, J.J., (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4: 819-828
17. Mann, J.J., Apter, A., Bertolote J. et al (2005). Suicide prevention strategies. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294: 2064-2074
18. Maltzberger J.T., Goldblatt, M.J. (1996) Essential papers on suicide. New York, United States of America, New York University Press
19. Menninger, K. (1938). Man against himself. New York, United States of America, Harcourt, Brace & World
20. Miller de Paiva, L., (1983). Depressão e Suicídio: tanatismo e psicanálise psicossomática. Rio de Janeiro, Brazil, Imago Editora
21. Shneidman, E.S., (1976). Suicidology: contemporary developments, New York, United States of America, Grune & Stratton
22. Shneidman, E. (1993). Suicide as a Psychache: a clinical approach to self-destructive behavior, New Jersey, United States of America, Jason Aronson
23. Shneidman, E.S., Farberow, N.L. (1957). Clues to Suicide. United States of America, McGraw-Hill
24. Soubrier, J.P. (1965). Aspects psychiatriques de l'intoxication aiguë volontaire. Paris, France, Faculté de Médecine de Paris

25. Soubrier, J.P. (2001) Collaboration between Psychiatrists and other Physicians, In Wasserman, D. (ed). *Suicide, an unnecessary death*. London, United Kingdom, Martins Dunitz
26. Soubrier J.P., Vedrinne, J (ed) *Dépression et Suicide*, Paris, France, Pergamon
27. Stengel, E., (1964), *Suicide & attempted suicide*. Middlesex, England. Penguin Books
28. Stengel, E., Cook, N.G., (1958). *Attempted suicide – its sociological significance and effects*. London, United Kingdom, Maudsley Monographs, number 4
29. Wasserman, D. (2001). *Suicide, an unnecessary death*. London, United Kingdom, Martins Dunitz
30. Wasserman, D., Wasserman, C., (2009) *Oxford textbook of Suicidology and Suicide prevention: a global perspective*. Oxford, United Kingdom, Oxford University Press
31. WHO, World Health Organization, (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Retrieved from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/
32. WHO, World Health Organization (2012) *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Retrieved from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/
33. WHO, World Health Organization, (2002-2008). *Preventing suicide: a resource series*, vol 1 – 9, retrieved from www.who.int
34. Wilcox H.C., Conner, K.R., Caine, E.D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76S: S11-S19
35. Yampey, N et al (1992). *Desesperación y suicidio*. Buenos Aires, Argentina, Ediciones Kargieman