

Chapitre 1

LES DONNÉES ACTUELLES

François Danet

SUICIDE ET MÉDECINE

La prise en charge des conduites suicidaires est devenue en 1998 une priorité nationale de santé publique, fondée sur le principe d'un continuum entre tentative de suicide et suicide. Dans ce cadre, la mise en œuvre d'une lutte efficace et pertinente contre le suicide s'appuie sur la mise en œuvre de recherches portant sur les mécanismes psychopathologiques mobilisés dans la problématique suicidaire et sur l'évaluation des diverses initiatives en matière de prise en charge médicale, sociale, psychiatrique et psychothérapique des suicidants et des personnes à haut risque de passage à l'acte suicidaire.

Contrairement aux travaux médicaux sur des pathologies comme l'hystérie ou la schizophrénie, les premiers travaux médico-psychologiques sur le suicide et les conduites suicidaires sont très récents et datent des années 1970 (Moron, 1975). Ils peuvent être résumés par ces trois constatations :

- le suicide et les conduites suicidaires ont été de l'Antiquité jusqu'au début du XIX^e siècle condamnés par les religions monothéistes et par les États occidentaux, qui punissaient les suicidaires et suicidés par

l'interdiction de certains rites funéraires et par des condamnations pénales ;

- abandonnée par la religion et le droit, la problématique suicidaire a intéressé au XIX^e siècle les sociologues, qui en ont fait l'un des axes fondateurs de leur discipline naissante, arguant de façon plus ou moins véhémement et dans une dynamique de concurrence disciplinaire qu'une approche psychologique serait moins pertinente ;
- c'est la création des premiers services d'urgence dans les années 1960 qui a fait découvrir la problématique suicidaire aux médecins, du fait de l'afflux de suicidants dans ces services mis en place pour accueillir, soigner et orienter toutes les pathologies aiguës. Les psychiatres et psychologues appelés en renfort pour mettre en mot les « problèmes » relatés au réveil ont ensuite élaboré des concepts théoriques et des stratégies thérapeutiques sous-tendus par l'idée de liens forts entre crise suicidaire et troubles psychiatriques.

Depuis ces premiers travaux médico-psychologiques sur la problématique suicidaire, les psychiatres et psychologues mobilisés dans le soin des suicidants ont obtenu des pouvoirs publics trois décisions essentielles qui légitiment leurs pratiques auprès de cette population récemment considérée comme une catégorie ayant droit à des soins médicaux et psychothérapeutiques spécifiques (Dupont, Esper et Paire, 2001) :

- les décrets du 9 mai 1995 ont imposé aux services d'accueil des urgences de fournir à toute personne se présentant en situation d'urgence la possibilité d'être pris en charge par un psychiatre, dans un contexte où les suicidants représentaient 40 % de la population nécessitant un « avis psy » ;
- le suicide et la crise suicidaire sont devenus une priorité de santé publique en 1998. La mission d'accueil, de soin et d'orientation de la problématique suicidaire a été attribuée aux services d'urgence, et en particulier aux psychiatres et psychologues ;
- la circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences et de toutes personnes en situation de détresse psychologique a été à l'origine de l'affectation de psychologues dans les services d'accueil des urgences, en particulier pour prendre en charge les suicidants.

Schématiquement, les psychiatres, psychologues, voire les infirmiers chargés de prendre en charge les suicidants dans les services d'urgence, le font selon deux modalités organisationnelles différentes (Danet, 2006) :

- dans les grands centres hospitaliers, ils sont le plus souvent insérés dans les services d'urgence, et offrent une « couverture psychiatrique » 24 heures sur 24. Les urgentistes et personnels paramédicaux tentent alors de leur « refiler » les patients difficilement appréhendables par la médecine objectivante :
 - les clandestins et SDF au prétexte qu'ils sont « déprimés »,
 - les personnes âgées au motif que la démence pourrait constituer une indication d'hospitalisation en gérontopsychiatrie,
 - et toutes les situations de violence « car la violence c'est psy ».Malgré cette présence sur le terrain de l'urgence, ils pâtissent de critiques visant à les considérer comme des « passagers clandestins » de l'urgence, du fait qu'ils se défendent en permanence contre l'expansion des demandes.
- dans les centres hospitaliers plus modestes, ils appartiennent le plus souvent à l'hôpital psychiatrique du secteur en question, qui les met à disposition des services d'urgence. Peu présents sur de larges plages horaires, leur activité se limite aux strictes indications psychiatriques, aux suicidants et aux victimes de violence. Bien que relativement absents, chacune de leurs visites est considérée comme une intrusion.

Ces mouvements intertransférentiels négatifs portés par les urgentistes et personnels paramédicaux des urgences témoignent de leurs difficultés à contenir la problématique du reste qui émerge aux urgences engendrée par les situations cliniques ou extra-cliniques indésirables qui y « atterrissent ». Les psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques qui parviennent le mieux à dépasser ces contradictions entre vécu d'intrusion et angoisse d'abandon sont ceux qui s'inscrivent dans une dynamique de co-construction de la médecine d'urgence, non pas à la place des urgentistes, mais à leurs côtés.

Ces trois décisions politiques récentes ne doivent donc pas masquer que le soin des suicidants est encore considéré par nombre d'acteurs du dispositif hospitalier comme superflu, en particulier quand les suicidants rentrent en concurrence avec de « vrais malades », c'est-à-dire des personnes atteintes de maladies ou blessures menaçant le pronostic vital, comme un infarctus du myocarde ou un accident de la voie publique polytraumatisé. Soigner les suicidants exige de ceux qui en acceptent l'attribution qu'ils connaissent non seulement la psychopathologie de la problématique du suicide, les techniques et réseaux de soins qui lui sont spécifiques, mais aussi qu'ils maîtrisent les tenants et aboutissants de la légitimité à suivre les suicidants. C'est à ce prix qu'ils pourront justifier auprès de leurs interlocuteurs « que les suicidants ont besoin

de soins », en particulier quand ils seront l'objet d'accusations de gêner le bon déroulement des soins de « ceux qui en ont vraiment besoin contrairement aux TS au caramel mou qui pleurnichent et ne sont pas malades ».

Ce chapitre sera structuré de la façon suivante :

- dans un premier temps, nous expliquerons comment le suicide et la crise suicidaire sont devenus des préoccupations de la psychiatrie, en particulier en constatant qu'il existe des liens forts entre pathologie et problématique suicidaire ;
- les lignes qui suivent aborderont les résultats des travaux épidémiologiques et psychopathologiques sur la biographie, la personnalité et les facteurs sociaux et familiaux de la problématique suicidaire. Il s'agira alors de comprendre ce qui justifie l'intervention des soignants auprès des suicidants ;
- nous décrirons enfin le déroulement de la crise suicidaire, première modélisation authentiquement psychopathologique de cette nouvelle entité nosologique.

QUELQUES REPÈRES SÉMANTIQUES

D'un point de vue sémantique, le terme de « suicide » doit être rapproché de celui d'homicide, le premier indiquant le meurtre de soi, et le second le meurtre d'autrui. Comme leur suffixe *-cide* l'indique, ces termes appartenaient initialement au champ juridique, et non pas à celui de la médecine, qui préfère les suffixes de *-pathie* (maladie, neuropathie = maladie des nerfs), *-ose* (dégénérescence, arthrose = dégénérescence des articulations), ou *-ite* (inflammation, otite = inflammation des conduits auditifs).

Cela dit, si le suicide et la crise suicidaire ont quitté le droit alors que l'homicide y restait accolé, c'est parce que la psychiatrie s'est appuyée sur des constatations scientifiques qui justifient l'intérêt psychopathologique et le soin des suicidants.

Psychiatrie et suicide

La psychiatrie, telle qu'elle est pensée et pratiquée depuis sa séparation d'avec la neurologie en 1968, est issue de la réunion des deux théories, pratiques cliniques et corps professionnels suivants (Gansel et Danet, 2006, 2007) :

- la description des maladies mentales, élaborée par les médecins aliénistes qui travaillaient dans les asiles, futurs hôpitaux psychiatriques, avec comme paradigme la schizophrénie ;
- la description des névroses, élaborée par les psychanalystes pour une clientèle de ville, avec comme paradigme l'hystérie.

Ces deux axes cliniques développés au XIX^e siècle n'avaient pas prévu d'appréhender le suicide comme une maladie, ce qui est devenu progressivement le cas depuis une trentaine d'années, pour des motifs dont certains sont corrélatifs les uns des autres, et d'autres indépendants, que nous pouvons subdiviser de la façon suivante.

Motifs épidémiologiques

Le suicide représente la troisième cause des années de vie perdues (10 %), après les maladies cardio-vasculaires (12 %) et les cancers (30 %).

Le nombre de suicides est, dans chaque pays où la médecine est développée, suffisamment important (onze mille par an en France), pour sensibiliser l'opinion publique et le pouvoir politique.

La pratique de l'autopsie psychologique, qui consiste à reconstituer avec les proches l'histoire et les trajectoires de soin et de vie d'un sujet décédé, met en évidence l'existence d'une maladie mentale chez plus de 90 % des personnes mortes par suicide.

Les patients atteints de schizophrénie se suicident environ huit fois plus en moyenne que la population générale, surtout en début de maladie. Il s'agit souvent d'un suicide, sans tentative de suicide préalable, rendant la prévention délicate.

Les patients qui ont dans leurs antécédents au moins un épisode dépressif majeur ont un risque de suicide vingt fois plus élevé que la population générale (Terra, 2000).

Toutes les maladies mentales, exceptés le retard mental et les démences, ont pour conséquence un excès de suicide par rapport à la population générale (Harris et Barraclough, 1994).

Motifs liés à l'organisation sanitaire

L'essor des services d'urgence dans les années 1970 a attiré de nouveaux usagers que ces dispositifs n'avaient pas prévu d'accueillir, dont une grande proportion d'intoxications médicamenteuses volontaires et de blessures auto-infligées, suite à des idées suicidaires, ce que nous développerons au chapitre 2.