

Quelles modalités suicidaires?

Ph. LESIEUR et V. FAURIE.

Fondation Santé des Etudiants de France,
CMPJA, 5 rue Pasteur, 95570 Bouffémont.
philippe.lesieur@fsef.net www.fsef.net

in: Santé Mentale : n° 134, janvier 2009.

Le suicide d'un être cher, au-delà du traumatisme qu'il provoque, amène l'entourage à se poser de nombreuses questions et à éprouver divers sentiments d'incompréhension, de culpabilité, d'abandon, de colère se mêlent. La première de ces questions est probablement celle du "pourquoi", pourquoi s'est-il/elle donné(e) la mort, à laquelle peut faire suite celle du "comment", c'est-à-dire celle de la modalité. Le moyen utilisé donne en effet une image de la mort très différente.

Il est possible de penser que pour l'entourage du suicidé, la violence du geste dans un suicide par arme à feu est différente de celle d'une mort par immolation. L'arme à feu évoque le règlement de compte alors que l'immolation supporte des images d'extraction du mal, de révolte et de douleur (Jeanne D'Arc, le suicide des bonzes du Vietnam ou celui de Jan Palach à Prague en 68). De même, les images renvoyées par un décès par absorption médicamenteuse ou par pendaison sont très différentes. Le suicide par médicament renvoie à l'appel à l'aide, alors que la pendaison, en France notamment, donne l'image du suicide déterminé, du désir de se donner la mort.

Note travail dans un service dédié à la prise en charge des tentatives de suicide par précipitation nous amène à nous interroger sur les particularités de cette modalité suicidaire, sur ce qu'elle nous montre au quotidien. Aurions-nous les mêmes impressions et intuitions cliniques si nous prenions en charge des patients ayant réchappés d'une tentative de suicide par pendaison, arme à feu, immolation ou d'autres moyens? En d'autres termes, les différentes modalités de suicide sont-elles, d'un point de vue clinique, équivalentes? Est-ce que les différentes pathologies qui amènent une personne à se donner la mort vont l'orienter vers l'utilisation d'une méthode préférentielle? Est-ce que le pourquoi influe sur le comment.

La question qui est posée est donc celle de l'existence de facteurs particuliers qui président à l'utilisation modalité donnée de suicide.

Facteurs généraux

Une première distinction permet de différencier les suicides planifiés des suicides réalisés sur un mode impulsif. En effet, plus la notion d'impulsivité entre en compte dans la réalisation de l'acte, plus les moyens utilisés nécessiteront d'être immédiatement disponibles, nécessitant peu de préparation (arme à feu, précipitation d'une hauteur, ingestion de produits ou de médicaments ...). A l'opposé, les suicides planifiés mettront en œuvre plus fréquemment des moyens nécessitant une préparation, à l'exemple de la pendaison. Ces derniers laisseront aussi la possibilité d'intervention de facteurs individuels, subjectifs, conscients aussi morbides soient-ils.

La comparaison des modalités suicidaires entre les différents pays peu donner l'impression que les facteurs individuels sont de peu d'importance. Les données de l'OMS montrent que, dans la très grande majorité des pays, la pendaison est la modalité de suicide principale. Ce n'est que lorsqu'une modalité létale est particulièrement disponible dans un pays donné, ou que des facteurs culturels d'acceptabilité sont très présents, que cette modalité supplante la pendaison. Il en est ainsi des armes à feu aux USA mais aussi en Argentine ou en Uruguay, des pesticides en Amérique Latine ou de la précipitation d'une hauteur à Hong-Kong mais aussi au Luxembourg. Les variations de modalité entre les pays seraient explicables principalement par des facteurs généraux sociologiques et culturels, éventuellement modulés par la disponibilité des moyens et leur accessibilité.

L'impact des paramètres socio-culturels est aussi illustré par l'observation des migrants d'Asie à San Francisco qui ont conservé la pendaison comme modalité principale de suicide. Ces paramètres ne sont pas immuables dans le temps et des changements dans les représentations sociales peuvent avoir une influence sur le niveau d'acceptabilité d'un moyen. Ainsi; en Angleterre, pour expliquer l'augmentation des suicides par pendaison qui a suivi la suppression de la peine capitale par cette méthode, l'hypothèse de la décriminalisation de l'image de la pendaison, rendue donc plus acceptable, a été avancée.

De nombreux exemples dans la littérature illustrent l'importance du facteur accessibilité. Sans doute le plus connu est celui de la quasi disparition en Angleterre des suicides par le gaz après son appauvrissement en dioxyde de carbone 1970.

Une autre observation peut être plus démonstrative a été faite dans les années 80 dans la ville de Washington aux USA. Il avait été remarqué que presque la moitié des suicides par précipitation de cette ville étaient réalisés à partir du pont Ellington, ce qui représentait environ 50% des suicides. La surélévation du parapet de ce pont eut pour effet d'y faire disparaître les suicides par précipitations, sans que les suicidants n'utilisent alors le pont voisin, ni quelque autre modalité.

Il semble donc que des variations dans des facteurs généraux ont un impact sur les modalités de suicide. Ceci renvoie au niveau clinique à l'individuel, des facteurs personnels peuvent jouer un rôle.

Facteurs individuels

Aussi bien l'exemple du pont Ellington que celui de la détoxification du gaz en Angleterre, montrent que la diminution des suicides par précipitation ou intoxication ne s'accompagnait pas, au moins à court terme, par un transfert vers un autre moyen, et même, dans le cas du pont Ellington, vers une modalité identique à une autre place. Une observation tout à fait similaire a été décrite en Angleterre. Dans la ville de Clifton, la mise en place d'une rambarde surélevée sur la partie centrale d'un pont fortement utilisé par les suicidés se traduit non seulement par la quasi disparition du taux de suicide à partir de ce pont mais aussi, et de façon durable, par une diminution de l'ensemble des décès par suicide dans cette ville.

Une donnée tout à fait importante est apportée par l'étude de R. Seiden. Cet auteur a étudié le devenir de 515 personnes ayant tenté de se précipiter du Golden Gate Bridge à San Francisco, mais dont le geste avait été interrompu. Il montre ainsi, avec un recul de

plus de 25 années, que seulement 6% de ces personnes décéderont de mort violente dont à peine 5% par suicide et moins de 1,5% par précipitation. Ainsi plus 94% restent en vie ou décèdent d'une cause naturelle.

Ces exemples montrent donc qu'une interférence dans le déroulement de l'acte suicidaire peut en suspendre la réalisation. Ils tendent à montrer qu'il existe des déterminants individuels dans l'utilisation préférentielle d'une modalité.

Cette hypothèse est étayée par l'étude des variations de modalité en fonction de l'âge des sujets. A New York à la fin des années 90, dans la tranche d'âge des moins de 25 ans, le suicide par arme à feu représentait presque 41% des décès par suicide, loin devant celui par précipitation qui représentait environ 20% des suicides. En comparaison chez les plus de 65 ans, l'inverse était observé, avec 28% des décès consécutifs à une précipitation d'une hauteur, contre 19% de cas de suicide par arme à feu.

Certains de nos patients, dont l'idée du suicide s'est progressivement élaborée, rapportent rétrospectivement une sorte de hiérarchisation des modalités en fonction de leur possibilité utiliser chacune d'elle. Des facteurs tels que la peur du sang, l'anticipation de la douleur, le souci de son image après la mort, la prise en considération du traumatisme infligé aux autres, traduisent donc des seuils d'acceptabilité variables.

Ainsi, pour un patient, l'idée acceptable de recours à un moyen particulier, représenterait plus un risque de suicide par ce moyen, qu'un risque de suicide en général.

Facteurs en rapport avec la psychopathologie

Le fait que les troubles psychiatriques représentent un facteur de risque majeur au suicide, est largement étayé dans la littérature. Cependant, deux types de données montrent que les troubles psychiatriques peuvent aussi avoir un impact sur la détermination des modalités de suicide.

D'une part, un certain nombre d'études montrent que les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ont recours à des modalités suicidaires qui diffèrent de celles utilisés en population générale, c'est-à-dire par les personnes dénuées de ces troubles. Ainsi, chez les patients la pendaison et la précipitation, considérées comme des méthodes traditionnelles, sont les plus utilisées, et le critère de disponibilité paraît être un facteur moins pertinent à l'exception des suicides médicamenteux (par psychotropes principalement). Ceci explique sans doute que les actions de prévention visant à atténuer l'accessibilité d'un moyen ont un impact plus important en population générale que chez les patients.

D'autre part il apparaît aussi que les modalités de suicide diffèrent selon les pathologies. Le diagnostic principal retrouvé dans les suicides par pendaison est celui de trouble de l'humeur. De façon similaire le diagnostic de schizophrénie est présent dans des proportions très importantes lors des suicides par précipitation d'une hauteur (de 40% à 50% selon les études). Dans le cas des suicides par arme à feu, ce sont les troubles de la personnalité de type état limites qui prédominent.

Les raisons de ces différences ne sont pas spontanément évidentes. Si la pendaison est une modalité qui nécessite un temps de préparation de l'acte, l'utilisation préférentielle de ce moyen par les patients dépressifs qui planifient généralement leur suicide, peu

paraître logique. De même, l'utilisation d'un moyen violent et accessible dans les cas des troubles limites de la personnalité paraît compréhensible.

Cependant dans ces deux cas de figure si la pathologie est compatible avec le moyen, elle ne rend pas compte de ce qui détermine ce choix, au niveau individuel. Ceci est encore plus vrai dans le cas de la schizophrénie où le lien avec la précipitation n'a aucune évidence apparente.

Dans notre pratique, nous observons chez les patients ayant fait une tentative de suicide par précipitation, certaines constances cliniques qui nous amènent à nous interroger sur leur rattachement à cette modalité suicidaire.

Une hypothèse complémentaire pourrait être celle d'un lien entre psychopathologie et modalité suicidaire. La recherche comparative d'évènements de vie, notamment traumatiques dans l'enfance, comme facteurs de risques aux différents troubles psychiatriques, est largement développée. Il n'existe, à notre connaissance, pas d'étude qui se penchent sur cette question des évènements de vie dans les antécédents en fonction des différentes modalités suicidaires.

Il nous paraît ainsi utile de mentionner la fréquence des "secrets de famille" au sens large, deuils pathologiques, suicides, faits de toute sorte vécus comme honteux. Nous sommes frappés de constater dans chaque histoire l'importance des traumatismes psychiques précoces, séparations, deuils ... A ceci s'ajoute, comme complément au secret, une tendance générale à l'ignorance des origines, du passé familial. La famille de nos patients aurait plutôt une image de cocon faussement protecteur. Nous constatons que bien souvent, peu de choses peuvent s'y parler, s'y échanger, donnant l'impression d'un monde clos, rassemblé autour d'un fait mortifère, dont la puissance d'attraction est proportionnelle à l'atmosphère d'indicible, d'inassurable, dont il est nimbé. La précipitation serait ainsi l'aboutissement d'interactions entre ce mode d'échange dysfonctionnel avec des facteurs de vulnérabilité individuelle et des facteurs socio-environnementaux.

En conclusion.

Il serait important d'avancer dans la typologie des modalités suicidaires, typologie qui pourrait inclure les facteurs biologiques, socioculturels, personnels et psychopathologiques. Les démarches de prévention ciblent, avec des résultats positifs, principalement les facteurs généraux et notamment ceux de la disponibilité et de la létalité potentielle des moyens. Au niveau de la prévention individuelle, la démarche passe par l'évaluation du risque suicidaire. Dans cette évaluation, la mise en évidence chez un patient d'une modalité de suicide envisageable, même si l'idée du suicide n'est pas encore planifiée, reviendrait alors à avoir détecté le risque que représente l'idée de cette modalité.

Il est parfois difficile de répondre à une famille qui s'interroge sur le pourquoi du suicide de l'un de ses proches. Cette difficulté est tout aussi grande lorsque l'interrogation porte sur le comment, sur la modalité. Fréquemment les patients que nous accueillons paraissent, rétrospectivement, surpris et inquiets d'avoir eu recours à cette modalité. Pour autant qu'ils accèdent à leurs difficultés psychiques, à leurs conflits internes, ils s'interrogent sur ce geste et tentent de se l'approprier, surpris de s'être exprimé ainsi d'avoir eu, en eux, cette potentialité. Quel que soit le niveau de nos

connaissances, cette question ne peut être éludée. Au niveau des patients et de leur entourage, elle est pertinente.

Éléments de bibliographie:

Ajdacic-Gross V, Weiss G M, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F & Rössler W.
Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database
Bulletin of the World Health Organization 2008;86:726-732.

Appleby L.
Prevention of suicides in psychiatric patients.
The International Handbook of suicide and attempted suicide. Ed. Hawton and Van Heeringen,
2000; 617-630.

Bennewith O, Gunnell D, Kapur N, Turnbull P, Simkin S, Sutton L, Hawton K
Suicide by hanging: a multicentre study based on coroners' records in England.
[British Journal of Psychiatry, \(2005\);186, 260-261](#)

Bennewith O, Nowers M, Gunnell D.
Effect of barrier on the Clifton suspension bridge, England, on local patterns of suicide:
implications for prevention.
[British Journal of Psychiatry, \(2007\);190, 266-267.](#)

Cantor C.
Suicide in the Western world.
The International Handbook of suicide and attempted suicide. Ed. Hawton and Van Heeringen,
2000; 9-28.

Lubell KM, Swahn MH, Crosby AE, Kegler SR,
Methods of Suicide Among Persons Aged 10-19 Years. United States, 1992-2001.
MMWR Weekly, 2004 June 11, 53(22):471-474.
www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5322a2.htm

Seiden R.H.
Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge.
In: Suicide and life threatening, 1978; Vol. 8(4): 203-213.