

# LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE : facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques

W. PITCHOT (1), C. PAQUAY (2), M. ANSSEAU (3)

**RÉSUMÉ :** Les suicides et les tentatives de suicide présentent actuellement un caractère véritablement épidémique. Selon les données de l'OMS, dans le monde, environ 1 million de personnes se suicident chaque année. Toutes les 40 secondes une personne se suicide et toutes les 3 secondes une personne tente de se suicider. Ces dernières années le risque de suicide et de tentative de suicide a augmenté de manière très sensible. Le suicide est devenu un véritable problème de santé publique. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : psychosociaux, psychopathologiques, génétiques et biologiques. Le suicide est déterminé par l'interaction de ces différentes variables. Certaines variables agissent comme amplificateurs, et d'autres comme atténuateurs. Le but de cet article est de présenter les données de la littérature concernant les facteurs de risque psychosociaux et psychopathologiques du comportement suicidaire.

**MOTS-CLÉS :** *Suicide - Épidémiologie - Tentative de suicide - Psychopathologie - Facteurs psychosociaux*

## INTRODUCTION

Le suicide correspond à la mort tragique, prématurée et souvent inattendue d'un individu déclenchant dans l'entourage des réactions émotionnelles extrêmement intenses. Ce comportement d'auto-destruction suscite généralement l'incompréhension et donne naissance à des hypothèses souvent pseudo-rationnelles ou romantiques sur les significations de cette mort brutale. Le suicide est considéré tantôt comme un acte de lâcheté, tantôt comme une décision courageuse, parfois comme la résultante inévitable d'une souffrance insupportable. En fait, aucune explication simple n'est acceptable pour comprendre un comportement aussi compliqué. En effet, le suicide est d'un déterminisme complexe. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : psycho-sociaux, psychopathologiques, génétiques et biologiques. Le suicide est déterminé par l'interaction de ces différentes variables. Certaines variables agissent comme amplificateurs, et d'autres comme atténuateurs.

Les données épidémiologiques provenant de tous les pays du monde ont stimulé un nombre important d'études sur les facteurs de risque du suicide (1). Les suicides et les tentatives de suicide présentent actuellement un caractère véritablement épidémique. Dans le monde, environ 1 million de personnes se suicident chaque année.

(1) Professeur, Chef de Service Associé (2) Chef de Clinique, (3) Professeur, Chef de Service, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, Liège.

## SUICIDAL BEHAVIOUR : PSYCHO-SOCIAL AND PSYCHO-PATHOLOGICAL RISK FACTOR

**SUMMARY :** Suicide and attempted suicide are currently considered as an epidemic disease. According to WHO, in the world, one million of individuals commit suicide each year. Every 40 seconds, one person commits suicide and every 3 seconds, one person makes a suicide attempt. Over recent years, the risk of suicide and suicide attempt has considerably increased. Several risk factors have been identified : they are psycho-social, psychopathological, genetic or biological. Suicide is determined by the interaction of all these factors. The purpose of this paper is to present recent data from the literature concerning psycho-social and psychopathological risk factors.

**KEYWORDS :** *Suicide - Epidemiology - Suicide attempt - Psychopathology - Psycho-social factors*

Toutes les 40 secondes, une personne se suicide et, toutes les 3 secondes, une personne tente de se suicider (2). Ces dernières années, le risque de suicide et de tentative de suicide a augmenté de manière très sensible. Dans le classement des pays en fonction du taux de suicide observé dans la population, la Belgique occupe actuellement une place tristement privilégiée au sein de la Communauté Européenne (2) (tableau 1). En fait, le suicide devient un véritable problème de santé publique. Son impact est considérable sur le plan psychologique, social et financier. En outre, le comportement suicidaire a également des implications médico-légales importantes, le public et la justice attendant souvent que le psychiatre soit capable de prédire et de prévenir le suicide. Cependant, en dépit des progrès significatifs réalisés dans le traitement des troubles psychiatriques, l'incidence du suicide reste très élevée. Les conduites suicidaires se retrouvent dans toutes les catégories diagnostiques et dans tous les groupes démographiques, et la capacité

TABLEAU 1. TAUX TOTAL DE SUICIDE (NOMBRE DE SUICIDES POUR 100.000 HABITANTS) DANS DES PAYS EUROPÉENS.

Pays	Taux total de suicide
Belgique (1997)	21,1
France (2003)	18,0
Allemagne (2004)	13,0
Luxembourg (2004)	14,6
Hollande (2004)	9,3
Royaume-Unis (2004)	7,0
Italie (2002)	7,1
Espagne (2004)	8,2
Hongrie (2003)	27,7
Finlande (2004)	20,3
Suède (2002)	13,2
Lituanie (2004)	40,2
Grèce (2004)	3,2

à reconnaître, évaluer et prévenir un passage à l'acte chez un individu exprimant des idées suicidaires est une des tâches les plus difficiles pour le psychiatre clinicien.

Dans ce contexte, la prédiction et la prévention du comportement suicidaire constituent de véritables priorités dans la recherche psychiatrique.

## ASPECTS CLINIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

### DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Dans la plupart des pays, le suicide se classe dans le top 10 des causes de décès pour toutes les tranches d'âge et parmi les 2 ou 3 principales causes de mortalité pour la population âgée entre 15 et 34 ans (3). En effet, dans les pays industrialisés, le nombre de décès par suicide est même supérieur à celui occasionné par les accidents de la route (3). En 97 (dernières statistiques disponibles), en Belgique, le suicide a été la cause de 2.146 décès (2). En outre, l'incidence du suicide est en nette augmentation, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes. Par exemple, en Belgique le taux de suicide pour 100.000 habitants a augmenté de 14.6 dans les années 60 à 23.8 dans les années 80 (4) (Fig. 1). En Belgique, le suicide se classe en dixième position dans le classement des causes de décès avant les accidents de roulage. Par contre, pour la population masculine, le suicide est la première cause de décès pour la tranche d'âge de 25-44 ans. Il occupe la deuxième place après les accidents de la circulation dans la tranche d'âge la plus jeune, chez les 15-24 ans. Pour la population féminine, le suicide occupe la deuxième place après les cancers chez les 15-24 ans, et la deuxième place après les cancers chez les 25-44 ans (4).

Le suicide ne constitue que «le sommet de l'iceberg» des comportements d'autodestruction (3, 5). En effet, un nombre extrêmement important d'individus tentent de se suicider ou de s'infliger des blessures souvent assez sérieuses pour nécessiter une assistance médicale. La véritable ampleur du phénomène des tentatives de suicide reste cependant mal précisée. En fait, seuls 25 % des tentatives de suicide conduisent à un contact avec un professionnel de services de soins de santé. Une étude, menée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans 16 régions d'Europe et portant sur les années 89 à 92, a permis de mettre en évidence un taux moyen de 193 tentatives de suicide pour 100.000 habitants pour les femmes et de 140 pour les hommes, mais avec une grande variabilité en fonction de la région étudiée (6). En

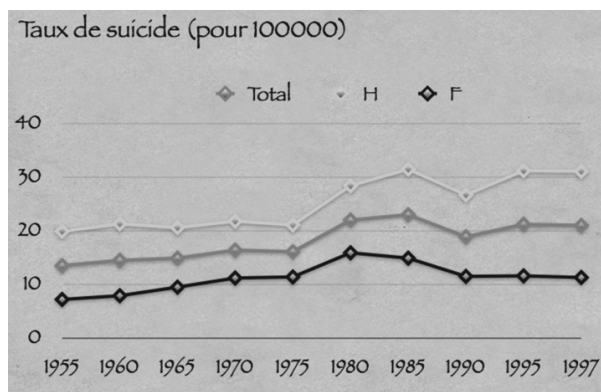


Figure 1. Evolution du taux de suicide (nombre de suicides pour 100.000 habitants) en Belgique de 1955 à 1997 (taux total, taux dans la population masculine (H) et dans la population féminine (F)).

Belgique, une étude réalisée auprès de médecins généralistes a estimé le taux annuel de tentatives de suicide à 130 pour 100.000 habitants (7). En fait, sur une période de 2 ans, les généralistes faisant partie de cette étude ont enregistré 62 suicides pour 349 tentatives. Le nombre moyen de tentatives de suicide est estimé à 12.837 cas par an. La majorité de ces tentatives de suicide surviennent chez les personnes en dessous de 35 ans et constituent un «réservoir» duquel émergeront ultérieurement plusieurs suicides. En effet, environ 30 % des personnes décédées par suicide ont tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie, et 14 % ont effectué une tentative dans les 12 mois précédant le suicide. La tentative de suicide apparaît donc être un des plus puissants indices cliniques de prédiction du suicide. En outre, environ 60 % des patients qui tentent de se suicider ou se suicident ont eu un contact récent (dans le mois) avec un médecin. Environ 70 % des patients qui tentent de se suicider sont envoyés dans un hôpital général par un médecin généraliste. La majorité de ces patients (66 %) sont envoyés au service des urgences. Dans plus de 10 % des cas, le patient est envoyé en médecine interne.

Le suicide et la tentative de suicide sont généralement précédés d'une idéation suicidaire. Le concept d'idée de suicide recouvre aussi bien l'idée fugace de lassitude de vivre que l'intention suicidaire franche avec organisation du passage à l'acte. La prévalence des idées de suicide se situe aux environs de 5 % le dernier mois et 16 % sur toute la période de vie des sujets. Ces chiffres montrent la disproportion de l'ampleur du phénomène suicide par rapport au phénomène idées de suicide. Seule la répartition en fonction du sexe montre des pourcentages différents : 5,7 % pour les hommes et 11,4 % pour les femmes. Certains auteurs ont cependant trouvé une différence en fonction de l'âge avec une incidence

plus élevée chez les sujets jeunes (8). Le risque de suicide est environ 35 fois plus élevé chez les sujets qui ont des idées de suicide. Cependant, penser au suicide ne prédispose pas nécessairement à la réalisation de cet acte. La plupart des sujets confrontés à une idéation suicidaire disposent donc de moyens pour y faire face et pour éviter une tentative de suicide ou un suicide ultérieurs (8). Un fait important concernant la recherche de la prédiction et de la prévention du risque est que 69 % des patients qui se sont suicidés avaient exprimé des idées suicidaires. Dans la plupart des cas, cette communication était relativement récente. 73 % avaient eu lieu dans l'année même du suicide. Ces communications présentaient les formes suivantes : déclaration claire et directe de l'intention de se suicider (41 %), déclaration qu'il serait préférable d'être mort ou que le sujet était fatigué de vivre (24 %), expression du désir de mourir (22 %) (8).

#### *FACTEURS DE RISQUE PSYCHOSOCIAUX*

Pendant de nombreuses années, les études sur le comportement suicidaire se sont largement focalisées sur le rôle des facteurs psychosociaux dans le développement des comportements d'autodestruction. Les facteurs de risque comprennent le sexe masculin pour le suicide et le sexe féminin pour la tentative de suicide, l'augmentation de l'âge, la solitude, une maladie physique, des antécédents de perte récente d'une relation affective, le désespoir... En effet, en moyenne, on observe 2,1 hommes pour une femme dans le groupe des suicides et un homme pour 1,7 femmes dans le groupe des tentatives de suicide (4). Dans la plupart des pays, le suicide constitue 1% des décès chez la femme et 2% chez l'homme. Globalement, l'incidence du suicide augmente avec l'âge. L'âge moyen des suicidés est de 54 ans. L'âge moyen des personnes qui tentent de se suicider est d'environ 37 ans. L'incidence des tentatives de suicide est deux fois plus élevée chez les femmes de moins de 60 ans que chez les hommes alors que, au-delà de cet âge, l'incidence devient comparable pour les deux sexes (5). La saison joue également un rôle très clair (9). Le taux de suicide est à son maximum au printemps et en été avec des taux plus faibles en automne et en hiver. Ces fluctuations saisonnières semblent présentes surtout chez les sujets tentant de se suicider par des moyens violents. En outre, chez les sujets jeunes, les suicides violents présentent un pic en mars-avril alors que, chez les personnes âgées, le pic se situe en août.

#### *Facteurs familiaux*

Par rapport à des personnes mariées, le risque de suicide et de tentative de suicide est plus élevé chez les personnes vivant seules, et notamment, par ordre de fréquence croissante, chez les célibataires, les divorcés et les veufs. L'effet relativement protecteur du mariage est souvent annulé lorsque celui-ci est précoce. En effet, la précocité du mariage est souvent associée à un désir de fuir une situation familiale problématique. Le statut parental augmente encore l'effet protecteur du mariage. Par contre, le départ des enfants, par l'isolement affectif qu'il peut provoquer, favorise le passage à l'acte (10).

Chez les adolescents, le dysfonctionnement familial, lorsqu'il est à l'origine d'une souffrance dépressive, est un facteur de risque non négligeable (11). De même, les antécédents familiaux de suicide sont également corrélés avec les tentatives de suicide. Certains auteurs affirment que le plus dévastateur des messages suicidogènes adressés à l'enfant, tient dans le suicide réussi d'un de ses parents.

#### *Statut professionnel*

La fréquence des comportements suicidaires est plus élevée chez les sujets inactifs. La perte d'emploi peut parfois être considérée comme un facteur précipitant. Un aspect important, dans la perte du travail, est la blessure narcissique et le sentiment de honte qui peuvent en résulter et favoriser l'apparition d'un état dépressif (11).

Plusieurs études ont fait état de liens entre l'évolution des taux de suicide et de ceux du chômage. Cependant, les relations entre chômage et suicide apparaissent complexes. En effet, certains pays d'Europe comme l'Espagne où le nombre de chômeurs est particulièrement élevé ont un taux de suicide étonnamment bas comparé à la moyenne européenne. Pour beaucoup d'auteurs, les conséquences d'une perte d'emploi ou du chômage dépendent fortement du degré de vulnérabilité du sujet et de l'importance qu'il accorde à son travail.

#### *Isolement social*

Le taux de suicide est fortement en relation avec l'importance du tissu social au sein duquel évolue l'individu (12). Le sentiment d'appartenance à un groupe constitue un facteur de protection évident. Chez les suicidés comparés aux sujets décédés de causes naturelles, on retrouve moins de relations d'amitié et moins d'implication dans la vie communautaire. En fait, l'isolement a souvent tendance à augmenter dans la période précédant le passage à l'acte.

D'autres facteurs d'isolement social sont cités comme l'immigration (source de déracinement socioculturel), un ou plusieurs déménagements, un emprisonnement, une hospitalisation avec l'éloignement familial, l'absence ou la perte de convictions religieuses, politiques ou syndicales.

#### *Événements de vie*

Des événements de vie particuliers sont retrouvés chez 65% des patients dans les trois mois précédant le suicide, et chez 42% des patients, dans la dernière semaine (13).

L'implication des événements de vie dans les comportements suicidaires est plus grande chez les patients souffrant d'état dépressif non majeur (13).

Parmi ces événements, les conflits interpersonnels jouent un rôle prépondérant (12). On retrouve souvent une notion de rupture comme la perte d'une relation affective. Les conflits au sein du couple, ou de la famille, constituent des facteurs de risque extrêmement fréquents. Parfois, le passage à l'acte suicidaire est la réponse à une incitation au suicide clairement exprimée par l'entourage.

Chez les personnes âgées, le décès du conjoint est l'événement le plus fréquent. L'impact du deuil dépend largement des antécédents éventuels de troubles d'adaptation, de vulnérabilité au stress ou de l'existence d'une détérioration intellectuelle.

A l'adolescence, les conflits avec les parents, les amis, l'entourage scolaire sont les événements les plus souvent associés aux tentatives de suicides (14). Les violences intrafamiliales, l'échec scolaire, le geste suicidaire d'un proche, une accumulation d'événements illustrant une tendance à l'instabilité sociale peuvent également être des facteurs précipitants.

Les traumatismes vécus dans l'enfance et l'adolescence, comme les disputes parentales répétées, les pertes de relations très investies sur le plan affectif ou les abus sexuels, jouent un rôle loin d'être négligeable (14). En fait, les relations entre ces traumatismes et les conduites suicidaires peuvent s'expliquer par une perturbation du processus de structuration de la personnalité. Ces traumatismes peuvent être à l'origine de problèmes d'intolérance à la rupture, à la frustration ou d'une incapacité à entretenir des relations stables avec les autres.

#### *PSYCHOPATHOLOGIE ET CONDUITES SUICIDAIRES*

Si la psychopathologie est à l'origine d'un grand nombre de suicides, elle n'en est pas pour autant la cause unique. Les troubles mentaux provoquent un état de vulnérabilité du sujet qui joue un rôle critique dans beaucoup de passages à l'acte (15, 16).

Par ailleurs, le suicide apparaît fréquemment dans un contexte de comorbidité. Ainsi, une étude rétrospective classique, réalisée en Finlande pendant un an, répertorie les diagnostics posés chez les patients décédés par suicide (17). Pour 93% des patients, un ou plusieurs diagnostics relèvent de l'axe I du DSM-IV. La prévalence est la plus élevée pour les troubles dépressifs (59%) et l'abus ou la dépendance alcoolique (43%).

Dans 31% des cas, un diagnostic est posé sur l'axe II (trouble de personnalité et retard mental) et dans 46% des cas, au moins un diagnostic relève de l'axe III (affections médicales générales). Au total, la comorbidité est très fréquente : un diagnostic unique n'a été posé que pour 12% des victimes. Ces associations fréquentes de troubles rendent l'identification des variables prédictives de suicide très difficile et le tableau des facteurs associés très complexe.

#### *TROUBLES DÉPRESSIFS ET CONDUITES SUICIDAIRES*

S'il ne faut pas associer d'emblée suicide et état dépressif majeur, on retrouve néanmoins une symptomatologie dépressive dans 60% des cas de passage à l'acte (18). Certains symptômes dépressifs sont plus spécifiquement corrélés au risque suicidaire : le réveil matinal précoce, l'anhédonie, la perte d'espoir, le pessimisme, l'absence de réactivité aux événements positifs; la perte d'estime de soi, un sentiment constant d'échec, un ralentissement important, une irritabilité et des troubles de la concentration. (19)

Fawcett et al. ont mené deux études longitudinales consécutives sur 954 patients déprimés : la première pendant 4 ans (20), la deuxième pendant 6 ans (21). A la suite de cette dernière phase de l'étude, il y ont identifié des facteurs de risque à court terme, sur lesquels une action thérapeutique immédiate peut-être effectuée : l'anxiété sévère, notamment l'existence de crise d'angoisse, les troubles de concentration, l'insomnie, les excès de boisson et l'anhédonie (perte de la capacité d'éprouver du plaisir). Parmi les facteurs de risque à plus long terme, on peut retenir les antécédents de tentative de suicide, le désespoir, et l'expression d'idées de suicide.

Sur le plan nosographique, la distinction entre dépression endogène ou réactionnelle n'est pas associée à une différence significative dans le

risque suicidaire. Par contre, on admet généralement que le risque est plus important chez les bipolaires comparés aux unipolaires.

Unaniment, l'intensité de la dépression apparaît comme un paramètre important. Parmi les dépressions sévères, on retrouve les dépressions (19, 22) :

- Avec caractéristiques psychotiques, surtout si les idées délirantes sont à thème de persécution, de culpabilité, d'indignité et si le discours du patient révèle des autoaccusations.
- Avec présence d'un ralentissement ou d'une agitation psychique et/ou motrice, ainsi qu'une dimension confusionnelle.
- Avec perte intense d'intérêt et de sensation de plaisir.
- Avec désespoir important.
- Avec verbalisation des idées suicidaires.

Par ailleurs, on relève d'autres indicateurs d'une potentialité suicidaire, comme la survenue d'une variation cyclique de l'humeur au cours de l'épisode. Ces oscillations de l'humeur associées au désespoir et à l'anhédonie seraient corrélées à un risque suicidaire imminent.

Le risque suicidaire n'est pas limité à un moment donné de l'évolution dépressive. Néanmoins, 40 à 70% des suicides surviennent dans la première année de la maladie, le trimestre suivant une sortie de l'hôpital étant le plus à risque. Ces constatations démontrent l'importance d'un suivi attentif et de la vigilance qui doit entourer un patient déprimé après son hospitalisation (19).

#### ALCOOLISME ET CONDUITES SUICIDAIRES

L'alcoolisme est, incontestablement, un trouble psychiatrique qui accroît le risque de comportement suicidaire. La dépendance à l'alcool pourrait être responsable de 25% des suicides (23).

Une étude finlandaise portant sur 1.348 sujets décédés par suicide rapporte que 35,9% d'entre eux étaient sous l'emprise de l'alcool (24).

La consommation abusive d'alcool joue plusieurs rôles en matière de conduites suicidaires (23). Son rôle est prédisposant quand cet abus est chronique. Il entraîne progressivement le patient vers une aggravation d'un état dépressif ou agressif et provoque une rupture de ses liens sociaux et affectifs. Son rôle est précipitant lors d'une alcoolisation aiguë. Celle-ci facilite le passage à l'acte en atténuant les mécanismes naturels de protection contre les gestes autodestructeurs (effet désinhibiteur).

En 1990, Roy et al ont tenté de distinguer les caractéristiques des alcooliques qui passent à l'acte suicidaire (25). Parmi 298 sujets alcooliques, ils ont comparé les patients avec des antécédents suicidaires et les patients non suicidaires. Les suicidaires étaient significativement différents des non-suicidaires pour les paramètres suivants : le sexe féminin (dans cette étude, 30,6% des femmes alcooliques ont fait une tentative de suicide pour 14,6% des hommes alcooliques), un statut socio-économique bas, un âge plus jeune (cette différence n'est significative que pour les hommes), un début de consommation précoce et une expérimentation de problèmes relatifs à cette consommation en étant plus jeune, la grande quantité d'alcool ingérée, un ou plusieurs diagnostics psychiatriques additionnels (état dépressif majeur, trouble de personnalité antisociale, trouble anxieux,...) et des antécédents familiaux d'alcoolisme (premier ou deuxième degré).

La comorbidité entre alcoolisme et troubles de l'humeur est importante et largement étudiée (15). Elle concerne surtout les états dépressifs, mais aussi les troubles bipolaires. L'alcoolisme chez un patient déprimé est un facteur de risque suicidaire majeur. L'alcool entraîne une action biphasique sur l'humeur : euphorisante en phase d'ingestion; puis, dépressogène en phase d'élimination. Les symptômes dépressifs peuvent également survenir en phase de sevrage. L'abstinence peut amener le patient à se confronter à ses limites et à ses difficultés d'adaptation à la réalité.

L'étude de Suominen et al (1997) compare la perte d'espoir, l'impulsivité et l'intention suicidaire chez des patients présentant soit une dépendance alcoolique seule, soit une pathologie dépressive seule, soit l'association des deux (26). Ces patients ont tous été admis aux urgences pour tentative de suicide. Les auteurs ont observé que le type de comorbidité le plus fréquemment retrouvé chez les patients décédés par suicide était l'association entre dépression et alcoolisme. L'impulsivité était extrêmement importante chez les patients présentant une dépendance alcoolique sans troubles dépressifs alors que l'intention suicidaire était faible. La perte d'espoir pourrait également être un facteur de prédiction d'une tentative de suicide, mais uniquement chez les alcooliques déprimés.

L'association alcoolisme et trouble bipolaire est également fréquente. Une étude portant sur 337 sujets (issus de 71 familles) et présentant un trouble affectif montre que l'alcoolisme va de pair avec une fréquence plus élevée de tentative de suicide chez les sujets présentant un trouble

bipolaire (surtout le type I) (27). Ces alcooliques bipolaires avec des antécédents de tentative de suicide étaient regroupés dans 7 familles. Les auteurs ont suggéré que la conjonction de l'effet désinhibiteur de l'alcool, d'une part, et de caractéristiques des états mixtes (comme la dysphorie, l'excès d'énergie et l'agitation), d'autre part, faciliterait le passage à l'acte. En outre, le comportement suicidaire apparaît plus volontiers chez les patients bipolaires impulsifs, instables, et amateurs de nouveautés.

La concentration des trois caractéristiques évoquées (troubles bipolaires, alcoolisme et tentative de suicide) dans certaines familles seulement pourrait s'expliquer par une hypothèse génétique : l'état mixte et/ou le tempérament impulsif et instable pourraient définir une sous-catégorie phénotypique héréditaire de troubles bipolaires.

#### TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET CONDUITES SUICIDAIRES

##### *Personnalité borderline (limite)*

La personnalité *borderline* est le trouble de personnalité le plus fréquemment associé au suicide (28). Un des critères diagnostiques de la personnalité limite est, d'ailleurs, le comportement suicidaire et sa répétition. Pour certains, cette relation s'expliquerait par la comorbidité des troubles de l'humeur et de toxicomanie avec la personnalité limite. Cependant, en 1994, Soloff et al. ont montré qu'un âge avancé, des antécédents de tentative de suicide, une association avec une personnalité anti-sociale, un comportement impulsif étaient des facteurs de risque plus importants que la comorbidité avec un trouble de l'humeur, un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie (29). Dans cette étude, chez les patients *borderline* présentant également un état dépressif majeur, Soloff et al. constatent que le risque suicidaire est plus élevé quand ils sont moins déprimés. Ce constat rend compte de deux observations cliniques : soit le patient *borderline* utilise des comportements autodestructeurs, des passages à l'acte impulsifs et agressifs, comme défense contre l'émergence d'une pathologie dépressive; soit le comportement suicidaire peut apparaître au moment où la sévérité de la dépression diminue. Par contre, dans une autre étude comparant les caractéristiques des tentatives de suicide chez le patient présentant un état dépressif majeur et/ou un trouble de personnalité *borderline*, ils constatent que la comorbidité de ces deux pathologies augmente le nombre et la gravité des tentatives de suicide.

De manière indépendante, la perte d'espoir et l'agressivité impulsive augmentent le risque de suicide tant chez le patient dépressif que chez le patient avec un trouble de la personnalité de type *borderline*.

##### *La personnalité antisociale*

La personnalité antisociale seule est également rencontrée dans les conduites suicidaires. Dans la psychopathie, la tentative de suicide a souvent un caractère plus violent.

Par rapport au patient présentant des troubles de la personnalité, plusieurs auteurs ont remarqué que la perception de la dimension relationnelle et manipulateur de leurs gestes suicidaires aussi bien que sa répétition amène à sous-estimer le risque lié à ces tentatives itératives (22, 26).

##### *Troubles anxieux et conduites suicidaires*

La relation entre un trouble anxieux, surtout le trouble panique, et l'incidence de tentative de suicide est un sujet fort controversé (30).

Selon Weissman et al. (1989), les tentatives de suicide et les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les patients présentant un trouble panique (31). Cette association serait indépendante de la présence d'autres facteurs psychopathologiques.

Cependant, on peut reprocher aux travaux de Weissman et al. d'avoir étudié la relation entre le trouble panique et les tentatives de suicide sur l'ensemble de la vie, sans analyser la proximité temporelle entre les deux événements.

En fait, la littérature montre que les troubles anxieux ne sont pas, par rapport aux conduites suicidaires, des facteurs de risques indépendants, mais qu'ils sont associés à d'autres diagnostics psychiatriques (état dépressif majeur, abus de substance, trouble de la personnalité, ...). Ces résultats concordent avec ceux de plusieurs auteurs.

Abbar et Castelnau (1995) proposent quatre hypothèses illustrant le rôle de l'état anxieux dans la survenue de conduites suicidaires (32).

Le lien peut être direct : le geste suicidaire survient au cours de l'acmé d'une crise d'angoisse. Le patient conscient d'une perte imminente du contrôle de soi, ressentant impuissance et désespoir, est submergé par un besoin d'échapper à cet état et passe à l'acte suicidaire.

Le lien peut être indirect : le trouble anxieux initial induit une plus grande vulnérabilité au développement de facteurs de risques suicidaires (dépression, isolement social, alcoolisation, toxicomanie). C'est à ces différents facteurs plu-

tôt qu'au trouble anxieux initial que la conduite suicidaire serait imputée.

On peut envisager aussi un modèle synergique dans lequel le trouble anxieux interviendrait en association avec un autre facteur de risque suicidaire (comorbidité du trouble panique et état dépressif majeur, par exemple).

Un quatrième facteur hypothétique prédisposerait à la fois au trouble panique et aux conduites suicidaires. Ce modèle fait référence à des facteurs biologiques (implication du système sérotoninergique, par exemple).

Une étude de Placidi et al. (2000) présente des résultats interpellants. Cette étude porte sur 272 patients admis à l'hôpital avec un diagnostic d'état dépressif majeur (sans association avec un problème d'alcool ou d'abus de substance) et qui ont, ou non, fait une tentative de suicide (33). L'histoire de la tentative, la psychopathologie actuelle et des traits de caractère tels que l'agressivité et l'impulsivité sont étudiés. Les auteurs obtiennent les résultats suivants :

- L'agitation, l'anxiété psychique et l'hypochondrie sont plus sévères dans le groupe de patients n'ayant pas fait de tentative de suicide.
- La comorbidité associant trouble panique et dépression majeure ne semble pas augmenter le risque suicidaire au cours de la vie.

Au regard de ces deux résultats, les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle l'anxiété pourrait être un facteur protecteur si elle est associée à une crainte de la mort ou de la maladie. Selon ces auteurs, le lien établi dans certaines études antérieures entre les symptômes d'anxiété et la conduite suicidaire pourrait être dû à l'abus de substance chez les patients anxieux. Ces résultats nécessitent des confirmations, car leur implication en matière de médicaments anxiolytiques est grande. Ces substances pourraient traiter la dépression mais aussi faciliter le passage à l'acte en diminuant l'anxiété !

Les auteurs eux-mêmes évoquent certaines limitations de leur étude :

- Elle ne porte que sur les sujets hospitalisés qui ne peuvent être considérés comme représentatifs de la population générale.
- Bien qu'ils n'aient enregistré aucune relation entre antécédent de trouble panique et tentative de suicide, ils n'ont pas d'information précise sur la proximité temporelle entre une crise d'angoisse et une tentative de suicide.
- Leur diagnostic d'anxiété est basé sur sept items du BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) et de l'échelle de dépression de Hamilton, mais pas sur une échelle spécifique.

#### SCHIZOPHRÉNIE ET CONDUITES SUICIDAIRES

La schizophrénie comporte un risque élevé de passage à l'acte suicidaire. Le taux de tentative de suicide chez les patients psychotiques est évalué entre 10 et 50% selon les études. Le risque de décès serait de 15% sur la vie entière.

Les facteurs de risque cliniques de ces comportements suicidaires chez ce type de patients sont essentiellement la dépression, la perte d'espoir et la sévérité de la maladie.

Les approches de la dépression chez les psychotiques divergent selon les auteurs (22). Pour certains, la dépression est une réaction à la maladie psychotique (prise de conscience de la «folie» envahissante et angoisse d'abandon par l'entourage). Pour d'autres, elle est préexistante à cette décompensation, mais ne fait surface que lorsque l'épisode délirant régresse.

Plusieurs auteurs évoquent également l'effet dépressogène des neuroleptiques.

Le suicide s'inscrit souvent dans la phase d'extinction du délire, caractérisée par la rémission des symptômes positifs (délire-hallucinations) et l'apparition des symptômes négatifs (émoussement affectif, perte de volonté, retrait social, etc.).

Cependant, d'autres cas de figures sont possibles; le suicide peut être consécutif à une impulsion autoagressive, paradoxale et imprévisible, et survenir au cours d'une panique anxieuse liée à un vécu de désintégration de la personnalité.

Pour certains auteurs, deux groupes seraient plus vulnérables parmi les patients schizophrènes (22) :

- Les sujets caractérisés par un fonctionnement prémorbide médiocre, dont les troubles débutent précocement et qui présentent un handicap psychosocial important. Chez ces patients le risque de suicide est important d'emblée.
- Les patients bénéficiant d'un bon niveau d'étude, présentant une aggravation progressive de leur état et une comorbidité dépressive. Chez ces patients, le risque de comportements suicidaires est plus tardif.

#### CONCLUSION

Les facteurs de risque cliniques du comportement suicidaire sont aujourd'hui bien connus. Malheureusement, ces facteurs sont peu spécifiques du comportement suicidaire et ne permettent généralement pas de réaliser une évaluation fiable du risque suicidaire et d'instaurer une stratégie de prévention efficace. Pourtant, de nombreux passages à l'acte suicidaire pour-

raient être évités en améliorant le dépistage et la prise en charge des suicidaires par les professionnels de la santé. A cet égard, une meilleure reconnaissance et un traitement plus adéquat des affections psychiatriques et, surtout, de la dépression, constituent un aspect très important de la prévention. A ce niveau, le rôle du médecin généraliste est essentiel. En effet, les données de la littérature montrent que la prise en charge de la dépression en médecine générale joue un rôle majeur dans la prévention primaire du suicide.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Cantor CH.— Suicide in western world. In : *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Eds Hawthon K, van Heeringen K, 2000, 9-28.
2. OMS.— [www.who.int/topics/suicide/fr](http://www.who.int/topics/suicide/fr) Dernière consultation : 03/2008.
3. Diekstra RFW.— The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1993, **371**, 9-20.
4. Gosset Ch.— Aspects épidémiologiques du suicide. *L'Observatoire*, 1994, **2**, 15-21.
5. Kerkof JFM.— Attempted suicide : patterns and trends. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Eds Hawthon K, van Heeringen K, 2000, 49-64.
6. Schmidtke A, Bille Brahe U, De Leo D, et al.— Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1996, **93**, 327-338.
7. Van Casteren V, Van der Veken J, Tafforeau J, et al.— Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991. *Acta Psychiatr Scand*, 1993, **87**, 451-455.
8. Wilmotte J, Bastyns JM, Demaret G, et al.— Le suicide : psychothérapie et conduites suicidaires. Mardaga, 1986.
9. Maes M, Cosyns P, Meltzer HY, et al.— Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide and homicide. *Am J Psychiatry*, 1993, **150**, 1380-1385.
10. Abbar M, Caer Y, Schenk L, et al.— Facteurs de stress psychosociaux et conduites suicidaires. *L'Encéphale*, 1993, **19**, 179-185.
11. Chavagnat JJ, Franc R.— Prise en chare du suicidant. *Dépression et Suicide*. Eds Masson, 2000, 129-155.
12. Joiner TE jr, Brown JS, Wingate LR.— The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Ann Rev Psychol*, 2005, **56**, 287-314.
13. Isometsä E, Heikkinen M, Henriksson M, et al.— Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder. A comparison with major depressive suicides. *J Affect Disord*, 1995, **33**, 99-106.
14. Steele MH, Doey T.— Suicidal behavior in children and adolescents. Part 1 : etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*, 2007, **52**, 21s-33s.
15. Lecrubier Y.— The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *Eur Psychiatry*, 2001, **16**, 395-399.
16. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ.— Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders : what is the evidence for predictive risk factors. *Acta Psychiatr Scand*, 2006, **114**, 151-158.
17. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, et al.— Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 1993, **150**, 935-940.
18. Lönnqvist JK.— Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In : *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Eds Hawthon K, van Heeringen K 2000, 107-120.
19. Bonin B, Sechter D.— Evaluation prospective du risque suicidaire chez un patient déprimé. In : *Dépression et Suicide*. Eds Masson, 2000, 103-127.
20. Fawcett J, Scheftner WA, Clark D, et al.— Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *Am J Psychiatry*, 1987, **144**, 35-40.
21. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al.— Time related predictors of suicide in major affective disorders. *Am J Psychiatry*, 1990, **147**, 1189-1194.
22. Caroli F, Gauillard J, Vacheron MN.— Conduites suicidaires et dépression. Aspects psychopathologiques. In : *Dépression et Suicide*. Eds Masson, 2000, 49-78.
23. Sher L.— Alcoholism and suicidal behavior : a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*, 2006, **113**, 13-22.
24. Ohberg A, Vuori E, Ojanperä I, et al.— Alcohol and drugs in suicides. *Br J Psychiatry*, 1996, **169**, 75-80.
25. Roy A, Lamparski D, DeJong J, et al.— Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am J Psychiatry*, 1990, **147**, 761-765.
26. Suominen K, Isometsä E, Henriksson M, et al.— Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatr Scand*, 1997, **96**, 142-149.
27. Potash JB, Kane HS, Chiu YF, et al.— Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder : clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*, 2000, **157**, 2048-2050.
28. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al.— Borderline personality disorder. *Lancet*, 2004, **364**, 453-461.
29. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, et al.— Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1994, **151**, 1316-1323.
30. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, et al.— Anxiety disorders and risk for suicide attempts : findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety*, sous presse.
31. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, et al.— Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*, 1989, **321**, 1209-1214.
32. Abbar M, Caer Y, Schenk L, et al.— Facteurs de stress psychosociaux et conduites suicidaires. *L'Encéphale*, 1993, **19**, 179-185.
33. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, et al.— Anxiety in major depression : relationship to suicide attempt. *Am J Psychiatry*, 2000, **157**, 1614-1618.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. W. Pitchot, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.