

## Conduite des entretiens au cours d'une étude des tentatives de suicide par méthode violente

L'évaluation d'une population de suicidants ayant eu recours à une méthode violente est liée à la possibilité d'inclure une population proche d'un échantillon de patients qui se sont suicidés. Ceci paraît essentiel pour espérer repérer un certain nombre de facteurs d'ordre clinique ou autre (par exemple des traits biologiques) qui permettraient de dépister d'éventuels facteurs prédictifs, permanents ou temporaires, intervenant dans le déclenchement du passage à l'acte suicidaire.

Les objectifs de l'étude consistent à étudier les caractéristiques cliniques (antécédents, évaluation de la symptomatologie, diagnostic) ainsi que les dérivés sérotoninergiques, connus pour leur implication dans les conduites suicidaires, chez des suicidants ayant eu recours à une méthode violente. Ces dernières caractéristiques notamment biologiques, doivent être comparées à celles de témoins. Il s'agit également dans un deuxième temps de comparer les patients selon leur degré d'impulsivité, en distinguant les dérivés sérotoninergiques chez les patients impulsifs et les non impulsifs.

### Critères d'inclusion des patients

Les patients inclus dans l'étude représentent une population de sujets caractérisés par une intentionnalité suicidaire majeure, se rapprochant d'une population de patients suicidés ayant eu recours à une tentative de suicide par méthode violente. Il s'agit en particulier des moyens suicidaires suivants : arme à feu, défenestration, pendaison, absorption de caustique ou de détergent, phlébotomies graves avec blessure des tendons ou plaie artérielle, patients se jetant sous le train ou sous le métro, noyade et enfin patients utilisant le feu ou une explosion par le gaz.

Ne sont pas incluses dans cette étude toutes les tentatives de suicide médicamenteuses ou les phlébotomies superficielles sans conséquence grave. Sont également exclus les patients refusant d'entrer dans l'étude après information sur le protocole du déroulement de recueil des données.

Ce refus de participer à l'étude doit être particulièrement respecté et représente un problème éthique essentiel, qu'il s'agisse de l'acceptation de l'entretien, des prélèvements sanguins et *a fortiori* du prélèvement du liquide

céphalorachidien (LCR). À ce titre, indépendamment de l'acceptation ou non du patient, il s'agit de respecter de façon formelle les contre-indications à la ponction lombaire qui sont liées soit à l'existence d'un œdème cérébral (dans la plupart des pendaisons et également des plaies cérébrales par arme à feu) de même lorsqu'il existe un traumatisme rachidien (ce qui est le cas de la plupart des défenestrations) ainsi que lors des polytraumatismes étendus.

## Approche méthodologique

L'évaluation clinique permet le recueil des différentes caractéristiques générales, c'est-à-dire les données socio-démographiques, les antécédents suicidaires et les autres antécédents psychiatriques (notion de suivi ou d'hospitalisation antérieure en service de psychiatrie). Le symptôme d'appel doit être repéré et le diagnostic psychiatrique au moyen du DSM sera précisé. L'évaluation de la symptomatologie s'effectue au moyen d'échelles cliniques, d'hétéro-évaluation remplie par un psychiatre expérimenté. Il s'agit pour l'évaluation de la dépression de l'échelle de la MADRS (*Montgomery-Asberg depression rating scale*), pour l'anxiété de l'échelle d'anxiété de Hamilton et enfin de l'IRS (*Impulsivity rating scale*), c'est-à-dire l'échelle d'impulsivité mise au point par Lecrubier.

À cet entretien clinique effectué dès l'inclusion décidée, s'associe une évaluation biologique effectuée au maximum dans les trois jours après la tentative de suicide.

Au niveau sanguin, il s'agit de prélèvements permettant de mesurer la sérotonine (5-HT) plaquettaire et plasmatique, l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA, métabolite de la sérotonine) et l'acide homovanillique (HVA, métabolite de la dopamine), ainsi que le cholestérol sanguin. Au niveau du LCR sont mesurés le 5-HIAA et le HVA.

Après évaluation de la symptomatologie nous signalerons quelques unes des caractéristiques évaluées au moyen de l'échelle d'impulsivité. Il s'agit des systèmes suivants : irritabilité, patience ou impatience, temps nécessaire pour la prise de décision, capacité à se maintenir à une activité, agressivité, contrôle des réponses, capacité à différer. Cette échelle permet de classer les patients selon qu'ils sont impulsifs (score global supérieur à 8) et non impulsifs.

Dans le cadre d'une pré-étude, nous avons pu établir le nombre et le pourcentage de patients pouvant entrer dans l'étude. Ainsi, sur 465 patients entrés en réanimation chirurgicale, 58 soit 12,4 % étaient admis pour tentative de suicide grave. Sur ces 58 patients inclus, 24 présentaient une contre-indication à la ponction lombaire, soit 53,3 %, et 16 ont refusé de participer à l'étude, soit environ 1/5 des patients. En conséquence, ce sont 15 à 20 % des patients qui peuvent être inclus par rapport à l'échantillon de tentatives de suicide par méthode violente.

## Caractéristiques de la population étudiée

À titre d'indication, nous décrivons un échantillon de 96 tentatives de suicides par méthode violente inclus à partir des services de réanimation de l'hôpital Henri Mondor. Ces 96 patients sont répartis en 56 hommes et 40 femmes dont l'âge moyen est de 38,5 ans.

Parmi ces patients, 40 % ont été examinés en réanimation chirurgicale, 25 % en réanimation médicale et 10 % au service porte de l'hôpital, 15 % étaient hospitalisés dans les différents services de chirurgie de l'hôpital (orthopédie, chirurgie maxillo-faciale, neurochirurgie et chirurgie digestive) et 4 % ont été examinés en réanimation cardiologique ou néphrologique.

La méthode utilisée pour effectuer la tentative était en priorité la défenestration (2 fois plus de femmes que d'hommes), mode de tentative utilisée par 1/4 des patients de l'échantillon. Les tentatives de suicide médicamenteuses graves représentaient 1/5, tout comme les tentatives de suicide par arme à feu, celles-ci observées en quasi totalité chez des sujets masculins. La pendaison représentait 5 % des patients (3 hommes et 2 femmes) de même que les tentatives de suicide par explosion de gaz ou immolation utilisés uniquement par les hommes. Les phlébotomies graves, plaies par arme blanche et noyades représentaient un nombre moins important de tentatives.

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques, 1/3 de l'échantillon ne présentait aucun antécédent. Toutefois, près de la moitié des patients présentait des antécédents suicidaires, qu'il s'agisse d'une histoire familiale de tentatives de suicide par méthode violente (7,5 %) ou de tentatives de suicide effectuées par le sujet (37,5 % de l'échantillon dont le tiers par méthode violente) ; 17 % étaient déjà suivis en psychiatrie et 29 % avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie.

Sur le plan diagnostique, les sujets se répartissent de la façon suivante :

- 43 % de troubles de l'humeur avec en majorité des épisodes mélancoliques (1/3 de l'échantillon) ;
- 22,3 % diagnostiqués psychoses ;
- 12,7 % troubles de la personnalité ;
- 11,7 % alcoolisme ou toxicomanie ;
- 8,5 % classés anxiété ou névrose.

Sur le plan de la symptomatologie dépressive, les 23 patients qui ont bénéficié d'une évaluation clinique et biologique complète avaient tous un score MADRS supérieur à 18 avec une moyenne à 28,3. Sur le plan de l'impulsivité, ces mêmes patients avaient un score moyen à 11,4 dont 14 considérés comme impulsifs (avec un score supérieur à 8 sur cette échelle) et 9 non impulsifs.

## Principaux résultats et conclusions

Le principal résultat biologique obtenu montrait un abaissement significatif du 5-HIAA dans le LCR chez les patients par rapport aux témoins. Cet abaissement également retrouvé pour le HVA caractérisaient les patients impulsifs, étant donné que les taux de 5-HIAA et de HVA mesurés chez les non impulsifs étaient comparables à ceux des témoins.

En ce qui concerne l'entretien chez ces sujets ayant effectué des tentatives de suicide par méthode violente, on peut considérer qu'ils représentent une population proche de patients qui se seraient suicidés dans la mesure où la survie chez ces sujets relève dans l'immense majorité des cas d'un fait purement aléatoire compte tenu du procédé suicidaire utilisé.

Par rapport à l'autopsie psychologique, le recueil de l'information auprès des patients eux-mêmes devrait donc être plus fiable que l'information fournie par les proches dans l'autopsie psychologique classique.

En revanche, des biais sont possibles à partir de l'examen tel qu'il a été effectué chez des suicidants ayant recours à une méthode violente. L'acte suicidaire peut entraîner des modifications au niveau de l'humeur et de l'anxiété, soit du fait d'un effet cathartique qui fait disparaître les manifestations dépressives, soit en raison du passage à l'acte lui-même qui peut provoquer un effet comparable à celui d'une renaissance du sujet au décours de la période de réanimation.

Par ailleurs, les lésions somatiques dues à la tentative modifient également le recueil de l'information. Les conséquences sont fonction de la gravité des blessures occasionnées par la tentative : il peut s'agir d'une impossibilité d'entretien lorsque le sujet est quasiment dans le coma (plaie par balle cérébrale, destruction digestive massive par absorption de caustique) ou lorsqu'il existe des signes confusionnels après une tentative par pendaison ou par arme à feu avec plaie cérébrale. Lors d'une plaie pulmonaire ou thoracique par arme à feu ou lors d'une plaie par arme blanche au niveau abdominal, des mesures de réanimation peuvent également représenter une entrave à l'entretien et à l'évaluation de la symptomatologie psychiatrique. Dans ces différents cas de figure, il est alors nécessaire de recourir à une réévaluation auprès des proches qui tiennent compte de l'histoire de la symptomatologie lors des derniers jours qui ont précédé l'acte suicidaire. Dans ces cas-là, on se retrouve dans une situation qui rappelle celle des entretiens effectués dans le cadre d'une autopsie psychologique.

**Didier Cremniter**

*Département de psychopathologie  
Hôpital Henri Mondor, Créteil*