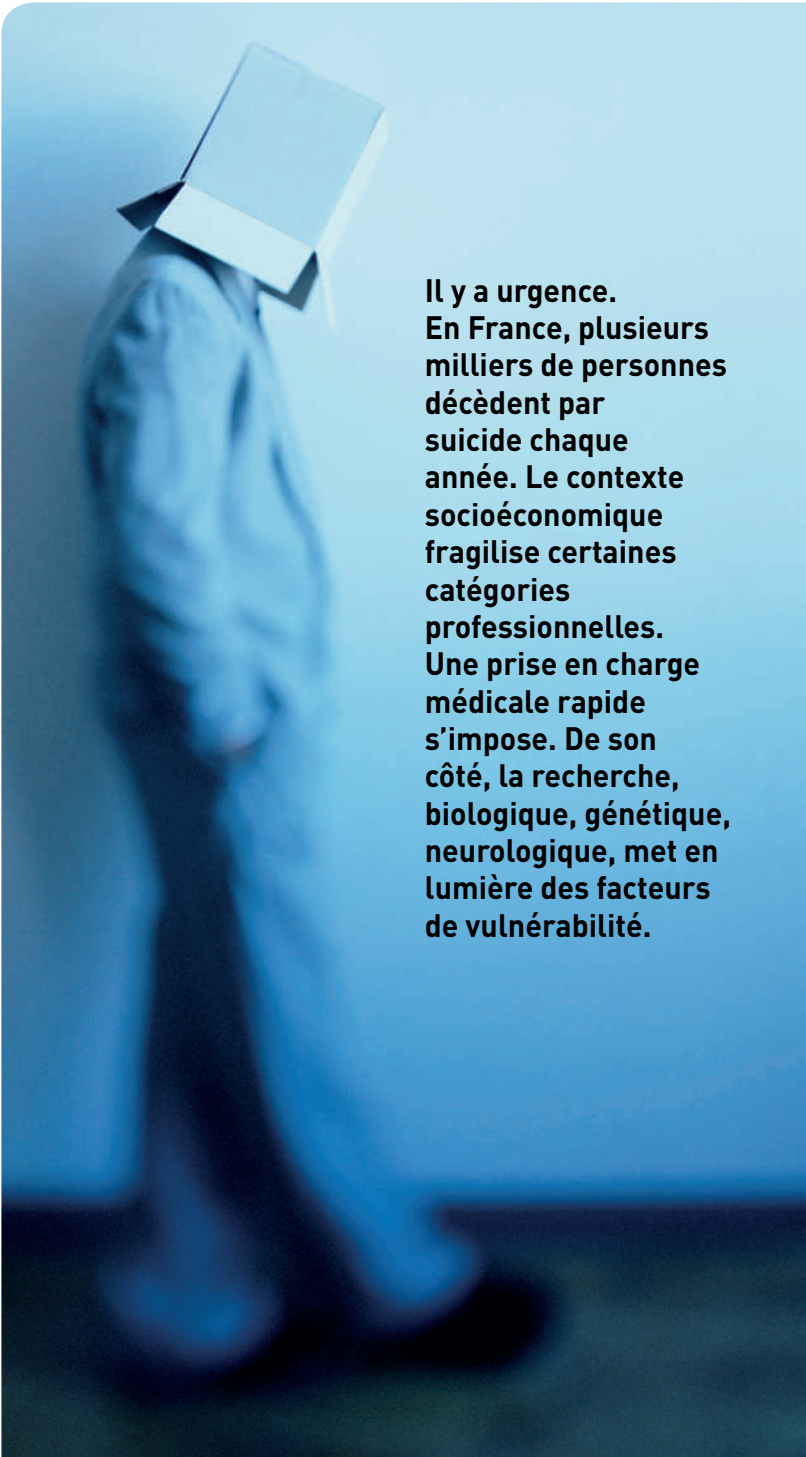


BLOC-NOTES

Comprendre pour prévenir



Il y a urgence. En France, plusieurs milliers de personnes décèdent par suicide chaque année. Le contexte socioéconomique fragilise certaines catégories professionnelles. Une prise en charge médicale rapide s'impose. De son côté, la recherche, biologique, génétique, neurologique, met en lumière des facteurs de vulnérabilité.

La France est l'un des pays au monde où l'on se suicide le plus, une réalité souvent ignorée. Avec plus de 10 000 décès par an, le suicide est bien plus meurtrier que les accidents de la circulation, qui ont fait 4 400 décès en 2009. Le médecin peut évaluer le risque suicidaire de ses patients et accompagner les suicidants. La recherche, de son côté, propose un certain nombre de pistes de compréhension pour une meilleure prévention. Le suicide touche surtout des personnes isolées. En population générale, le mariage, la famille et la religion restent, statistiquement, des facteurs de protection. Ainsi formulée, cette leçon déjà ancienne d'Émile Durkheim¹ est pourtant réductrice : « *Les raisons du suicide sont nombreuses et bien plus complexes*, modère le psychiatre Louis Jehel (☛). *On ne peut se contenter du seul aspect social ou professionnel, et évacuer le problème de la santé des personnes.* » Dans ce contexte, l'autopsie psychologique apporte des éléments de compréhension essentiels.

Épidémiologie de l'isolement

Cependant, il est indispensable d'identifier les groupes à risque afin de cibler la prévention. Les agriculteurs constituent aujourd'hui la première catégorie socio-professionnelle concernée par le suicide même si les chiffres restent difficiles à vérifier. Les autorités sanitaires ont mesuré l'ampleur du problème et la Mutualité sociale agricole sera impliquée dans la prévention. Chez les adolescents (15-24 ans), le suicide reste la deuxième cause de décès. Pour autant, cette fréquence chez les plus jeunes ne cesse de diminuer depuis plus de 10 ans : « *Le plan national de prévention 2000-2005 a notamment conduit à la création des Maisons des Adolescents² et de services de psychiatrie spécifiques* », souligne Michel Debout (☛). *Nous attendons un nouveau plan de prévention pour d'autres groupes à risque, particulièrement pour les personnes âgées, ainsi que la création d'un observatoire national réunissant les données sociales, psychologiques et médicales pertinentes.* » En 2008, le taux de décès par suicide des personnes de plus de 85 ans était deux fois plus élevé que celui des adolescents, pour un nombre de décès sensiblement supérieur³. « *Leur âge n'explique rien, s'exclame le psychiatre Philippe Courtet (☛). Ne banalisons surtout pas la dépression des personnes âgées, il faut la traiter !* »

Une souffrance annoncée

Selon le pédopsychiatre Bruno Falissard (☛), « *le suicide est parfois le geste ultime d'un homme libre, exécuté en toute conscience rationnelle. Mais il s'agit bien plus souvent d'un acte désespéré.* » Sa prévention relève alors de l'assistance

© JEFF CORWIN/ABELL/GETTY

L'autopsie psychologique, une enquête difficile

En 2005 et en 2008, l'Inserm a mené deux expertises collectives sur l'intérêt de l'autopsie psychologique dans la connaissance des facteurs de risque et des événements précipitant le suicide. Comme l'explique Frank Bellivier (☛), « *le décès par suicide est bien plus mystérieux que les conduites suicidaires, parce que la personne ne peut plus répondre à nos interrogations* ». Mise au point au Québec, cette méthode d'investigation indirecte est pratiquée aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Finlande. Elle s'appuie surtout sur des entretiens avec les proches, pour accéder rétrospectivement au contexte personnel, médical, social et professionnel du suicide, et reconstruire un parcours de vie de plusieurs mois. Ces études ont notamment pu montrer qu'avoir fait une tentative de suicide est le

principal facteur de risque de décès par suicide, et que la très grande majorité des suicidés est atteinte de troubles mentaux. La visite médicale y apparaît aussi comme une étape souvent préalable au geste suicidaire. Tous ces résultats ouvrent donc des voies à la prévention. « *Mais le terme d'autopsie fait peur, reconnaît Louis Jehel. La méthode est coûteuse, demande beaucoup de temps et constitue une intrusion dans la vie privée des gens. Aujourd'hui, nous espérons pouvoir mener très prochainement une étude nationale sur les suicides au travail.* »

☛ Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention (2005) ; Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées (2008)



www.inserm.fr

à personne en danger. « *Et même si, remarque Philippe Courtet, d'autres pays, comme la Suisse, pratiquent l'accompagnement au suicide, la question n'est pas là pour les 160 000 personnes qui tentent chaque année de se suicider en France : il s'agit surtout pour le médecin de traiter à temps une dépression ou une maladie psychiatrique*

que l'on retrouve dans la grande majorité des cas. » Cette prise en charge tire parti du fait que le geste suicidaire n'est généralement pas impulsif : loin d'un raptus (☛) qui emporterait d'un coup l'individu, il est le plus souvent précédé d'une longue réflexion, ainsi que l'a rappelé la conférence de consensus organisée en 2000.

« *Cette décision s'inscrit habituellement dans une "crise suicidaire" d'environ six semaines, confirme Louis Jehel. Le suicide y apparaît petit à petit comme la seule issue.* » Les récits⁴ de ceux qui ont voulu « en finir » montrent souvent qu'il ne s'agit pas tant de se tuer, de disparaître, que d'échapper à une douleur insupportable. L'idée du suicide est ruminée jusqu'à l'emporter sur toute autre et prendre, souvent, la forme d'un plan détaillé.

« *Il peut arriver à n'importe qui, adulte ou adolescent, de penser, dans un moment d'effondrement, qu'il vaudrait*

mieux être mort, explique Bruno Falissard. Mais « Je vais me tuer », c'est une proposition d'un autre registre. » Pour radicale qu'elle soit, cette déclaration ouvre la possibilité d'une prévention individuelle adaptée. « *Il faut prendre avec beaucoup de sérieux ce témoignage de souffrance réelle, insiste Louis Jehel. L'intention de se suicider est un marqueur important du risque de mourir par suicide.* » Comment réagir face à une personne qui déclare son intention de se suicider ?

Cette question devrait intéresser particulièrement les médecins généralistes, qui sont souvent parmi les derniers interlocuteurs d'une personne avant son geste suicidaire. En effet, 90 % des personnes déprimées qui sont mortes par suicide auraient vu un généraliste dans le mois précédant leur acte. Et même si, selon un travail d'autopsie psychologique mené par Michel Debout à Lyon et Saint-Étienne, le tiers des 300 cas

“ Le geste suicidaire est précédé d'une longue réflexion „

☛ Raptus

Désir soudain et impérieux d'accomplir un acte violent

Isolement, échec, dépression, autant de facteurs de risque



☛ 1. *Le suicide*, Puf, 1930 (Première édition, 1897)
2. 2009 : 65 projets financés de Maisons des Adolescents pour 57 départements. 2010 : objectif de 100 structures (ministère de la Santé, mai 2009)
3. Données du Cépidc (www.cepidc.vesinet.inserm.fr)
☛ 4. Schneidman, E. *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press, 1996.

5. En 2006, le taux est de 23,5 pour 100 000 habitants pour les hommes contre 8,0 pour 100 000 habitants pour les femmes. (source : Réseau Sentinelles)

6. Asberg M, et al. *Science* 1976 ; 191 : 478-80

7. McGowan PO, et al. *Nature Neuroscience* 2009 ; 12 : 342-8

de suicide étudiés n'avait consulté aucun médecin dans les six mois précédant leur décès, reconnaître le potentiel suicidaire des patients qui se rendent dans un cabinet médical n'en reste pas moins fondamental.

Le potentiel suicidaire

Pour Louis Jehel, « lors du repérage d'un épisode dépressif, il convient d'évaluer le potentiel suicidaire », par une triple interrogation : qui est cette personne ? Quand dit-elle vouloir se suicider ? Par quel moyen ? La première question permet d'identifier les facteurs de risque familiaux, épidémiologiques et médicaux. « Et surtout, poursuit-il, de savoir si la personne a déjà fait une tentative de suicide : les « suicidants » constituent le groupe qui a le plus grand risque de mourir par suicide. » La deuxième question permet d'identifier l'urgence de la prise en charge. La troisième, la dangerosité de l'acte : si les femmes tentent deux fois plus souvent que les hommes de se suicider, les deux tiers des suicidés sont pourtant des hommes⁵, qui emploient des moyens plus létaux. Selon le scénario

envisagé, l'intervention ne sera donc pas la même. « Chacun devrait apprendre à poser ces questions, soutient Louis Jehel. Ce sont des gestes de premiers secours ! » Ils permettent d'envisager différentes interventions (hospitalisation d'urgence, orientation vers un spécialiste, retrait d'un moyen légal spécifique, etc.) afin d'éviter, peut-être, un acte qui est finalement doublement violent, car, comme le rappelle

Des structures adaptées, une écoute attentive le plus tôt possible



IRM fonctionnelle

Imagerie permettant de visualiser en direct l'activité du cerveau

Neuroanatomie du cerveau suicidaire

Et si les conduites suicidaires provenaient d'une incapacité à prendre de bonnes décisions ?

« Antonio Damasio a montré que la lésion du cortex orbitofrontal pousse à faire des choix impulsifs, désinhibés. Or cette région est atteinte chez les suicidés comme chez les suicidants, explique Philippe Courtet.

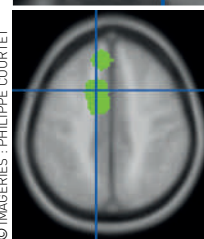
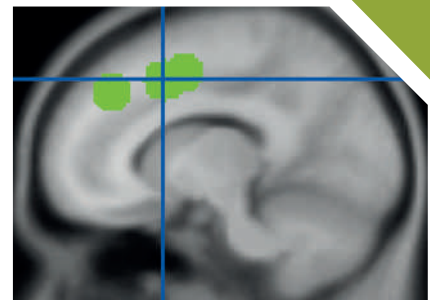
Et nous avons montré, par des tests de neuropsychologie, que les personnes ayant tenté de se suicider ont effectivement des déficiences cognitives et émotionnelles. »

La neuro-imagerie permet d'aller plus loin : l'IRM fonctionnelle (¶) met en évidence l'hyperactivation de cette région du cerveau lorsque les

sujets voient des visages de colère plutôt que des visages neutres. Celle-ci peut indiquer, outre des anomalies de prise de décision, une hypersensibilité des suicidants au rejet social. Parallèlement, les visages de colère provoquent aussi une sous-activation du cortex frontal prémoteur, qui marque une propension accrue à passer à l'acte sous le coup de cette émotion négative : « Ces personnes ne reçoivent pas les signaux émotionnels nécessaires pour savoir qu'une décision n'est pas bonne. C'est comme si elles privilégiaient la sédation de leur douleur, quelles qu'en soient les conséquences. C'est ce que Damasio nomme la "myopie pour le futur". » Enfin, les réponses à des visages de joie modérée dévoilent une sur-activation du cingulum antérieur. « Ce pourrait être le signe d'une plus grande difficulté à identifier des soutiens dans l'environnement social s'ils ne sont pas très explicites. »

Comparaison entre les visages neutres et exprimant la colère chez les suicidants :

- à gauche, hyperactivation du cortex orbitofrontal latéral droit (aire de Brodmann 47)
- à droite, hypoactivation du cortex frontal prémoteur (aire de Brodmann 6)



Régions préfrontales cingulaires associées à l'intentionnalité suicidaire

1. Coupe sagittale
2. Coupe transversale
(d'après Oquendo et al.)

Les suicidants manifestent une hypersensibilité à la douleur psychologique en général : « Des recherches anciennes ont montré à quel point le niveau de douleur semble précipiter le geste suicidaire. Nous voulons en caractériser les aspects neurologiques. » L'ensemble de ces recherches permettrait de mieux dépister les personnes à risque et de découvrir de nouvelles cibles thérapeutiques. Elles confirment aussi le rôle fondamental que peut jouer le monde médical dans la prévention du suicide.

N.R.



Le suicide en 2011 : rôle de la situation économique

Chaque année depuis près de quinze ans, les Journées nationales de prévention du suicide sensibilisent la population à l'ampleur dramatique du phénomène et aux mesures de prévention existantes. Les journées de février 2011 prennent la crise économique pour thème majeur : « *Le chômage, souvent vécu comme un rejet, est une source d'isolement* », explique Michel Debout. Une étude récente montre que les chômeurs présentent un risque de décès par suicide plus de deux fois supérieur à celui des actifs occupés. Ils sont aussi bien plus touchés par la dépression que la



© POL EMILE/SPA

Le monde du travail, lui aussi de plus en plus concerné

population générale. « *Et pourtant, ils n'ont aucun suivi médical. Il faudrait une "médecine du chômage" comme il y a une médecine du travail* », réclame ce militant associatif. « *Attention, les travailleurs sont, eux aussi, touchés par la crise, poursuit-il. Les relations humaines et l'organisation du travail deviennent plus violentes, et c'est un contexte dangereux pour une personne vulnérable* ». Émile Durkheim, le père de la sociologie, classait le travail parmi les facteurs qui protègent du suicide. Ce n'est plus si vrai, particulièrement en temps de crise.

■ Cohidon C, et al. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* ; 2010 ; 58:139-50

🔍 Sérotonine

Un des principaux transmetteurs du système nerveux central

🔍 Études pangénomiques

Études menées sur le génome entier

🔍 BDNF

Facteur de croissance impliqué dans le développement cérébral

🔍 Épigénétique

Étude des modifications de l'expression des gènes qui, bien que transmises au cours du renouvellement cellulaire, mais aussi de génération en génération, ne s'expliquent pas par des modifications de la séquence d'ADN.

Bruno Falissard, « *le suicide marque une fin de vie tragique, mais il jette aussi derrière lui, sur l'entourage, une violence de culpabilité terrible.* »

La biologie médicale, la génétique et la neurologie ouvrent, quant à elles, de nouvelles voies à la compréhension des conduites suicidaires.

Une vulnérabilité individuelle au suicide ?

« Pourquoi s'est-il suicidé ? » Cette question singulière hante bien souvent les proches d'une personne qui a mis fin à ses jours. Si le geste en lui-même ne peut être pleinement expliqué, des facteurs cliniques et biologiques propres à l'individu l'éclaireraient pourtant et le rendent un peu moins surprenant. Pour le psychiatre Philippe Courtet, « *le contexte est presque toujours celui d'une pathologie psychiatrique (dépression, schizophrénie, trouble du comportement, ...) ou d'un stress environnemental (alcoolisme, maltraitance, exclusion, ...), mais ces conditions ne suffisent pas. Il est probable qu'une vulnérabilité individuelle existe, spécifique à la conduite suicidaire. Dans ce modèle, le suicide n'est alors plus conçu comme une conséquence d'un état plus général, mais comme une entité indépendante, une sorte de comorbidité.* » Mieux connaître cette vulnérabilité permettrait au médecin d'évaluer systématiquement le risque suicidaire d'un patient, quelle que soit sa pathologie. En 1976, Mary Asberg⁶ découvre que des personnes déprimées ayant fait des tentatives de suicide partagent une même spécificité biochimique : un faible taux d'acide 5-hydroxyindoléacétique (5-HIAA) dans le liquide

céphalorachidien, qui indique un dysfonctionnement de la sérotonine [🔍]. « *Ce résultat a, depuis, été confirmé chez des personnes atteintes de troubles de la personnalité, d'alcoolodépendance ou de schizophrénie, ainsi que chez des criminels, commente Philippe Courtet. Il indique d'emblée l'existence d'une vulnérabilité transversale à ces pathologies* ». Au cours des années 1990, l'introduction de la génétique en psychiatrie confirme ces résultats : « *Avec Frank Bellivier et Alain Malafosse (♣), nous avons été les premiers à identifier une spécificité génotypique liée au système sérotoninergique* », se souvient le chercheur. Ce champ est désormais largement exploré et des études pangénomiques [🔍] permettent de mettre en évidence l'implication d'autres systèmes biologiques du cerveau dans la vulnérabilité suicidaire, notamment celle du facteur neurotrophique BDNF [🔍].

Pour autant, le suicide n'est en rien une maladie génétique ! Les interactions gènes-environnement forment un champ d'étude en plein essor dans tous les domaines de recherche des sciences de la vie et de la santé, et la vulnérabilité au suicide n'y échappe pas. Le psychiatre en témoigne : « *Nous avons montré que le risque de tentative de suicide violente est plus élevé chez des sujets présentant à la fois une histoire d'abus sexuel dans l'enfance et un polymorphisme particulier du gène du BDNF.* » Des travaux d'épigénétique [🔍] ont aussi observé, chez des suicidés ayant été maltraités dans l'enfance, une sous-activation épigénétique du gène d'une hormone contrôlant le stress, le glucocorticoïde⁷. « *Nous commençons à comprendre comment l'influence de l'environnement sur les gènes peut moduler les conduites suicidaires* », commente Philippe Courtet. ■

Nicolas Rigaud



→ **Suicide et tentative de suicide**

Sous la direction de Philippe Courtet

2010, Flammarion, Médecine-Sciences, 368 pages

- ♣ **L. Jehel** : Psychiatre, responsable de l'unité de psychotraumatologie au CHU Tenon et Unité 669 Inserm/ Université Paris-Descartes
- ♣ **M. Debout** : Psychiatre et médecin légiste, Institut médico-légal, hôpital Bellevue, CHU de Saint-Etienne. Membre de l'association France Prévention Suicide et de l'UNPS (Union nationale pour la prévention du suicide)
- ♣ **P. Courtet** : Chef du service de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU Lapeyronie de Montpellier, unité 888 Inserm/ Université Montpellier 1
- ♣ **B. Falissard** : Pédopsychiatre à la Maison de Solenn, directeur de l'unité 669 Inserm/ Université Paris-Descartes
- ♣ **F. Bellivier** : Psychiatre, hôpital Henri-Mondor, Créteil
- ♣ **A. Malafosse** : Université de Genève, Centre de neurosciences