

## Editorial

### La prévention du suicide: utopie ou réalité?

P.-B. Schneider<sup>1</sup>

Le titre choisi pour cet éditorial démontre bien, par son caractère à la fois interrogatif et dérisoire, dérisoire puisqu'il s'agit d'un titre stéréotypé, que le problème de la prévention du suicide n'est pas facile à aborder et de loin beaucoup plus compliqué à étudier et à mettre en œuvre que la prévention de la rage, de la variole ou même de l'infarctus. Toucher au suicide, c'est aussi évoquer quelques problèmes fondamentaux de l'homme, problèmes qui infiltrent aussi, mais à un moindre degré, le domaine de la prévention des accidents de la circulation ou la prévention du tabagisme, qui établissent aussi des rapports avec ce que nous appelons notre «liberté», en l'occurrence la liberté de disposer de notre vie, et avec le plaisir, le plaisir étant pour le suicide, paradoxalement, inclus dans l'acte de se tuer.

Que ces questions soient en relation plus ou moins directe avec la représentation intérieure que chaque homme possède de sa propre vie et de sa propre mort confère à cette ambiguïté devant le suicide un caractère assez universel. L'homme possède une représentation intérieure de ce qu'il appelle «la liberté» ou encore le droit de disposer de lui-même ou sa disponibilité à choisir. Bien qu'il soit attiré par les règles et les lois, il refuse, poussé dans ses retranchements, d'adhérer à un système déterministe, que celui-ci soit biologique, psychologique ou social. Il revendique alors des droits, en particulier celui de pouvoir disposer comme il l'entend et dans certaines limites, il est vrai, de son existence. En médecine préventive, cette attitude ambiguë se manifeste sous des formes très différentes dès que les mesures envisagées prennent un aspect autoritaire et paraissent limiter ce que l'homme vit comme étant «sa liberté».

Tant que les mesures préventives ne la réduisent pas trop, il les accepte, mais on connaît bien toutes les difficultés que le monde médico-social a rencontrées pour rendre certaines vaccinations obligatoires et la levée de boucliers des automobilistes et même des piétons contre des actions apparemment aussi logiques et efficaces que le port de la ceinture de sécurité ou la limitation de la vitesse des véhicules à moteur.

Comme le suicide touche aux choix fondamentaux de l'homme, celui de vivre ou de ne pas vivre, le «To be or not to be» hamlétien, tous ceux qui mettront sur pied des campagnes destinées à la prévention du suicide ou qui s'occuperont de différentes manières, médicales ou non, des sujets suicidaires, devront élaborer en eux-mêmes ce problème, à savoir leur propre ambivalence à l'égard de ce qu'ils sont en train de faire. Autrement dit, le suicide fait partie du désir de l'homme alors que le virus de la rage en est exclu, à moins d'une perversion bien étrange et exceptionnelle, si elle a jamais existé.

Il en résulte que dans toutes nos actions dans le domaine du suicide, préventives et thérapeutiques, nous sommes partagés et devons toujours résoudre la question de savoir si nous désirons vraiment, en fonction de notre propre équilibre psychologique actuel, que telle ou telle personne ou tel groupe de personnes puissent échapper à la mort volontaire. A la limite, le problème se pose ainsi: l'homme accepterait-il que le suicide n'existe pas? N'est-il pas à côté d'autres données une condition primordiale de son existence en tant qu'homme. Alors, si c'est le cas, et tous les indices de la culture humaine montrent qu'il en est ainsi, la lutte contre le suicide et la prévention de celui-ci ne peut être que relative et non pas absolue, car il serait inhumain que ce phénomène disparaisse.

En est-il vraiment ainsi? Je n'ai pas de réponse à proposer et personne n'a donné une réponse générale à cette question qui est strictement et véritablement personnelle. L'actualité veut qu'au moment de rédiger cet éditorial, les nouvelles du suicide collectif de près de 900 sujets des Etats-Unis appartenant à la secte du Temple du Peuple, en Guyane, nous parviennent. Je me serais bien passé de cette illustration dramatique de la complexité du problème du suicide. Pour autant que ces nouvelles soient exactes et qu'il s'agisse bien d'actes suicidaires, sommes-nous devant l'hécatombe volontaire de neuf cents malades mentaux ou sujets psychiquement gravement perturbés? N'y a-t-il pas parmi eux des personnes dites saines, ce qui pose le problème du suicide de «l'homme normal»? Cet événement monstrueux par sa grandeur ouvre un monde de questions ontologiques.

<sup>1</sup> Professeur de psychologie médicale et de psychiatrie, Université de Lausanne. Policlinique psychiatrique universitaire, rue Caroline 11bis, CH-1003 Lausanne.

Pourtant la prévention du suicide appartient à la sphère médicale et le médecin, en particulier le médecin généraliste, l'interniste et le psychiatre ne peuvent s'en désintéresser, car ils ont affaire à des sujets qui vont se suicider. Les statistiques nous donnent certains renseignements sur l'évolution du suicide dans une société donnée qui permettent, comme le montre un article de ce numéro, sur une longue durée d'observer des modifications, comme c'est le cas en Suisse où depuis une centaine d'années le taux suicidaire chez l'homme diminue lentement. Pourtant, il n'est pas possible d'établir des corrélations entre l'action préventive médicale ou l'action préventive laïque (nous pensons à la Main Tendue, à SOS) et ce phénomène.

A quel niveau de prévention est-il possible d'agir?

Par la *prévention primaire*, on tend à diminuer le taux d'une affection ou d'un comportement, en l'occurrence du suicide, dans une population non sélectionnée, par des mesures qui s'adressent à l'ensemble de cette population. Or, on sait que le suicide est plus ou moins étroitement et directement lié aux maladies mentales, en particulier à la dépression et à la schizophrénie, mais aussi à l'alcoolisme et aux toxicomanies. Bien plus, il est en rapport avec des perturbations précoces touchant le narcissisme et l'acquisition des sentiments de valeur personnels et intérieurs. Il résulte de ces constatations que tous les efforts qui sont faits dans le domaine de la santé mentale pourraient exercer une incidence sur l'acte suicidaire, mais il est impossible de la mesurer et d'en apprécier exactement l'influence.

L'information du grand public appartient aussi à la prévention primaire. Les opinions sont opposées dans ce domaine: les unes estiment qu'elle est dangereuse, les autres qu'elle peut être favorable. Nous n'avons jamais constaté qu'une information bien faite déclenche des actes suicidaires, comme on paraît le craindre. Quant à son efficacité, elle n'est à nouveau pas appréciable quantitativement, mais j'estime qu'il est préférable de lever le voile que l'on voudrait maintenir sur un comportement humain qui ne devrait plus être répréhensible. Ne pas en parler en fait un acte coupable, ce qui risque probablement d'en augmenter le risque d'apparition.

La *prévention secondaire* devrait s'adresser aux groupes de sujets qui présentent, d'après les données que nous possédons, un risque beaucoup plus grand de terminer leur vie par un suicide. Nous en parlons dans ce cahier. Contentons-nous de dire que ces groupes comportent de grandes cohortes de sujets et que parmi eux seule une petite proportion, bien heureusement, commettra un suicide. Il s'agirait de détecter ces sujets et ensuite de construire des programmes de prévention dont il est actuellement très difficile de savoir en quoi ils devraient consister: une aide, une disponibilité, un contrôle, une surveillance, une action thérapeutique et laquelle? Autant de problèmes qui ne sont pas résolus.

Les organisations comme la Main Tendue, SOS, les Samaritains en Angleterre, interviennent aussi bien au niveau de la prévention primaire, puisque n'importe qui peut s'adresser à elles, qu'à celui de la prévention secondaire. On sait en effet que les personnes qui font appel à ces centres ne représentent pas un échantillon tiré au hasard de la population mais qu'ils souffrent souvent de troubles psychiques et ont un taux suicidaire élevé. Elles offrent une aide téléphonique ou par des entretiens aux personnes qui ont des problèmes pour lesquels elles désirent une solution immédiate, ou qui sont désespérées. Plusieurs auteurs ont essayé d'apprécier l'efficacité de cette aide au niveau du suicide. Le dernier travail critique qui vient de paraître (C. Jennings, B. M. Barraclough et J. R. Moss) montre, pour les Samaritains en Angleterre, que leur efficacité dans la prévention du suicide n'est en tout cas pas prouvée. Les auteurs ont comparé l'incidence du suicide dans les villes qui peuvent bénéficier de Samaritains et dans les villes qui n'en ont pas. Ils ne concluent pas que dans d'autres domaines l'aide donnée par les Samaritains n'existe pas. Ces résultats nous paraissent en accord avec ce que nous connaissons de l'acte suicidaire, qui n'est pas simplement une manifestation de crise mais qui a une histoire clinique, avec le syndrome pré-suicidaire qui peut durer longtemps, aboutir à une crise qui ne se termine pas forcément par un suicide et qui évolue ensuite sous différentes formes, qui sont d'ailleurs en grande partie décrites dans ce cahier.

#### *Qu'en est-il de la prévention tertiaire?*

Cette prévention s'adresse donc à des personnes qui sont déjà atteintes de l'affection en question ou qui ont déjà présenté le symptôme dont on espère qu'il ne réapparaîtra plus. C'est le cas du groupe des suicidants, c'est-à-dire des personnes qui ont déjà commis une tentative de suicide. Ils font l'objet de

nombreuses études et d'essais de prise en charge selon différentes méthodes. On s'intéresse beaucoup, comme c'est le cas dans notre cahier, aux suicidants adolescents, mais aussi à ceux qui sont traités dans les centres d'urgence, de soins intensifs, de réanimation et, enfin, aux suicidants âgés. Nous regrettons beaucoup de ne pouvoir offrir une contribution dans ce domaine assez important de la prévention du suicide, mais nous n'avons pas reçu l'article qui nous avait été promis.

Si les efforts de prévention de l'acte suicidaire se limitent aux patients qui ont déjà fait une tentative de suicide, ils ne pourront, même s'ils sont très efficaces, empêcher qu'un nombre restreint de suicides, car toutes les recherches statistiques et catamnestiques montrent que seul un petit pourcentage de sujets qui se suicideront sont entrés en contact pour une tentative de suicide précédente avec le monde médical. Les autres suicidants appartiennent en grande partie aux autres groupes à haut risque pour lesquels une prévention secondaire serait indispensable, mais comme les suicidés de ces groupes à haut risque (toxico-manes, alcooliques, malades mentaux) ne représentent qu'un petit pourcentage du groupe lui-même, il est très difficile de mettre sur pied une prévention spécifique pour le suicide. D'ailleurs, on ne connaît pas encore les méthodes que l'on devrait utiliser pour pouvoir véritablement obtenir un résultat.

Bien que ces considérations puissent paraître pessimistes, nous n'estimons pas que la prévention du suicide est inutile ou dérisoire. Elle doit cependant se faire sur la base d'expériences cliniques et ne peut pas se contenter de campagnes d'informations ou de recommandations du genre «Soyez de bons parents et évitez à vos enfants l'abandon et des atteintes narcissiques». La prévention appartient au travail même de ceux qui sont en contact avec les groupes de sujets les plus enclins à se suicider ou avec les suicidants. C'est donc une prévention individuelle ou au plus de petits groupes et celle-ci peut être efficace, même si elle ne s'inscrit pas immédiatement dans la courbe statistique.

D'une manière ou d'une autre, les articles de ce numéro traitent de ce sujet et éclairent différemment les mêmes problèmes, par exemple la prévention du suicide de l'adolescent ou la manière d'essayer de comprendre le traitement du patient qui a fait une tentative de suicide. Alors la prévention n'est pas très loin de la clinique ou, en inversant les termes, la clinique fournit ses meilleurs outils à la prévention. Les médecins cliniciens, surtout le généraliste, mais également le psychiatre, sont aux premières lignes dans cette action. Il devient de plus en plus évident que par une compréhension élargie, mais aussi approfondie, de la structure de la personnalité et de l'affection de leur patient, de sa psychodynamique et des interférences sociales, ils pourront peut-être mieux qu'une autre personne le suivre, le comprendre, éventuellement le soutenir, mais aussi tenir compte de sa liberté.

#### Référence

Jennings, C., Barraclough, B. M., and Moss, J. R., Have the Samaritans lowered the suicide rate? A controlled study, *Psychol. Med.* 8, 413-432 (1978).