

Tentatives de suicide et filières de soins: vers une compréhension des mesures thérapeutiques

J. Lalive¹, W. Fischer², C. Fonjallaz³
Centre psycho-social universitaire, Genève

I. Introduction

Nous définirons la tentative de suicide comme un *comportement*, qui porte en lui-même sa disqualification, l'échec de sa finalité, tant il est vrai que dans ses prémices on peut y lire toutes les oscillations entre le «désir de mort» et le «chantage affectif». Le sens de l'acte peut s'inscrire dans les aléas de la maladie mentale [4], dans l'alchimie des instances métapsychologiques [7]; il entre aussi dans les échanges, secrets ou proclamés, des interactions humaines; il obéit aux lois sociales [3]. L'acte échappe-t-il totalement à l'aura des transgressions morales, qui le rendait naguère punissable par l'Eglise ou par le Roi [6]? Où puiser, dans tous ces champs de compréhension, de quoi accompagner un suicidant pour que l'acte perde de sa nécessité [5]?

Nous avons choisi, dans ce travail, d'analyser la brève rencontre du suicidant et du médecin psychiatre, telle qu'elle transparaît dans le rapport que ce dernier adresse à son confrère du service d'urgence de l'hôpital général, où ont été pratiqués les premiers soins. Cette consultation psychiatrique a d'abord pour but d'orienter les mesures thérapeutiques. Le psychiatre y fait donc œuvre d'expert s'il est aussi thérapeute. Que deviennent les auteurs de ces nombreuses tentatives de suicide, près de 500 par année, qui passent par l'hôpital cantonal et par son service psychiatrique?

Sont-elles nécessairement un jalon de l'entrée dans la psychiatrie? Confirment-elles une appartenance déjà ancienne? Telles sont les questions qui vont diriger notre recherche, à l'examen des 484 rapports psychiatriques des tentatives de suicide qui ont passé par l'Hôpital cantonal de Genève en 1974.

Puis nous nous interrogerons sur le devenir des mesures thérapeutiques, sur leur réalisation effective, sur leur intentionnalité, manifeste ou implicite.

II. Matériel et méthode

L'ensemble des données accumulées pour notre recherche est composé:

¹ Chef de clinique au Centre psycho-social universitaire (dir. prof. A. Haynal), boulevard Saint-Georges 16–18, CH-1205 Genève.

² Chef de l'Unité d'investigation sociologique du Centre psycho-social universitaire.

³ Assistante sociale au Centre psycho-social universitaire, Département de psychiatrie (prof. G. Garrone, directeur des institutions psychiatriques genevoises).

Mettre à jour les filières de soins! Peut-on ainsi comprendre un peu mieux pourquoi l'action thérapeutique auprès des suicidants est souvent si décevante?

- des 484 rapports médicaux (examen clinique et propositions thérapeutiques) faits par 15 psychiatres de l'Hôpital cantonal¹ en 1974,
- des caractéristiques socio-démographiques des patients,
- des renseignements concernant leur trace dans les dossiers du Service médico-pédagogique, du Service de Protection de la jeunesse et du Bureau central d'aide sociale²,
- des indications relatives au traitement psychiatrique extra-hospitalier (Centre psycho-social universitaire et Policlinique de psychiatrie) et hospitalier (Clinique de Bel-Air).

Toutes les données ont été relevées en tenant compte de la date des prestations, en les situant en particulier *avant* et *après* les tentatives de suicide de 1974. Tout ce matériel a été soumis à des procédures d'analyse à la fois qualitative et de contenu (rapports médicaux) et quantitative (filières de soins et données socio-démographiques). La quête des renseignements portant sur la période postsuicidaire s'arrête en mai 1978 et couvre une période de quatre ans.

III. Résultats

A. En préambule à l'exposé des filières de soins antérieurs et des trajectoires après les tentatives de suicide, quelques données générales permettent de mettre en évidence des traits particuliers de notre population de suicidants.

1. Nous y retrouvons certaines caractéristiques habituellement observées dans des études sur les tentatives de suicide [8, 9]. D'autres, en revanche, semblent spécifiques à notre population: la surreprésentation des classes d'âge jeunes (59 % ont moins de

¹ A cette date: Policlinique de psychiatrie (médecin-chef Dr A. Gunn-Secheyay).

² Ces institutions seront groupées sous le terme de «Services sociaux», même si leurs prestations recouvrent des réalités différentes, par leur nature et par l'âge de leurs bénéficiaires.

Nous remercions ces institutions de nous avoir donné accès à leurs fichiers.

30 ans, contre 27 % de la population résidente de Genève, âgée de plus de 15 ans); des femmes (elles totalisent deux tiers des cas, mais seulement un peu plus de la moitié dans la population de référence) et des «non-mariés» des deux sexes (67 % contre 39 % dans la population résidente).

Des caractères socio-professionnels spécifiques ressortent également: faible niveau d'instruction; forte proportion, dans les classes moyennes, des employés subalternes et de services, ainsi que les métiers en contact avec une clientèle anonyme (vendeurs, sommeliers, caissières), de même qu'un pourcentage élevé de femmes qui ont un emploi tout en ayant des charges familiales.

2. La répartition selon le nombre et les séquences des tentatives de suicide montre que 265 patients (55 %) ont fait une tentative unique; 65 (13 %) sont classés dans les «tentatives en salve»: 2 à 5 tentamens en l'espace de moins de 3 mois, sans que l'on observe des tentatives qui se situeraient avant ou après cette période; 154 cas qui se signalent par des «carrières suicidaires» s'étalant sur plus de 10 ans (mais dans la grande majorité des cas sur 5 à 6 ans), et comprenant 2 à plus de 10 tentatives de suicide. La moitié d'entre eux est caractérisée en outre par plusieurs tentamens localisés en quelques mois en 1974.

3. De même nous avons été frappés par l'utilisation très importante que font les suicidants des divers services et institutions.

Dans l'ensemble des cas, on observe les traces antérieures suivantes: 185 cas (38 %) dans les services sociaux; 132 (27 %) chez des médecins (somaticiens ou psychiatres) en ville; 130 (27 %) à la Polyclinique de psychiatrie; 90 cas (19 %) au Centre psycho-social universitaire et 141 (29 %) ayant une ou plusieurs hospitalisations psychiatriques. En revanche, 119 cas (25 %) n'apparaissent dans aucune instance de prise en charge.

4. L'ensemble des commentaires des rapports médicaux tourne autour de quatre axes qui correspondent à des champs contextuels particuliers de l'acte suicidaire.

Les circonstances extérieures qui mentionnent les causes déclenchantes surgies du contexte socio-familial: problèmes familiaux, sentimentaux, de travail, de logement, etc.; elles sont signalées pour la quasi-totalité des patients.

Les qualificatifs de la personne, qui définissent les caractères du «terrain psychologique» et du mode relationnel des suicidants: «désemparé, angoissé, alcoolisé, dépendant, impulsif, irritable... lucide, nuancé, intelligent...». Pour quelque 20 cas seulement, aucun de ces éléments descriptifs n'est mentionné.

Les caractères psychiatriques, présents dans 42 % des rapports, comportent les grands titres des psychoses: schizophrénie, mélancolie; les qualificatifs des névroses: traits phobiques, symptômes obsessionnels... ainsi que les attributs des états-limites: déni, clivage, anaclitisme, faux-self...

Ces caractères cliniques cèdent le pas, en importance, à la description des caractères de l'acte suicidaire.

Les caractères de l'acte apparaissent dans tous les rapports, parlant des moyens employés: médicaments dans 80 % des cas; du degré de gravité: doses et substances mettant ou non la vie en danger; du degré de préparation: acte impulsif ou au contraire longuement préparé; de la «critique» éventuelle du geste et de son intentionnalité: «abus de médicaments, geste d'appel ou désir de mort». En arrière-fond court toujours l'évaluation du risque de récurrence.

Il est apparu que les caractères de gravité se retrouvent souvent chez les patients ayant un lourd passé psychiatrique. A l'inverse, les tentatives les plus «légères» sont observées dans une population sans antécédents psychiatriques graves, chez des jeunes, ou des patients ayant un contexte socio-familial favorable.

B. Qu'en est-il des possibilités thérapeutiques après la tentative de suicide, telles qu'elles sont préconisées par le psychiatre de l'hôpital, et réalisées à des degrés divers? Sans avoir l'ambition de proposer un système explicatif global, nous ferons ressortir les principales données et interrelations entre les filières de soins antérieures et les instances de prise en charge après la tentative de suicide, compte tenu de «l'histoire suicidaire» des cas, de leurs caractéristiques socio-démographiques et des divers contextes relevés dans les rapports médicaux.

1. Les antécédents médicaux, psychiatriques et sociaux de notre groupe de patients peuvent être constitués en cinq types de filières de soins antérieures à 1974. Comme critère de groupement, nous avons adopté le niveau de soins le plus élevé pour les patients du point de vue institutionnel, ainsi qu'il le sera précisé par la suite.

Aucune trace antérieure ($n = 119$): il s'agit de suicidants dont les noms n'apparaissent dans aucun des fichiers consultés et pour lesquels le rapport psychiatrique ne mentionne pas de médecin traitant au moment de la tentative de suicide. Ils sont caractérisés par un âge comparable à celui de l'ensemble des suicidants, mais par une insertion sociale, familiale et professionnelle plus favorable. En majorité étrangers, ils font une tentative qui est décrite comme étant de gravité moindre: fort pourcentage de quantité faible de médicaments – non dangereux – utilisés; le risque de récurrence est considéré soit comme inexistant (58 % des cas), soit comme mineur (28 %). Pour trois quarts d'entre eux, il s'agit d'une tentative unique, fait que l'on observe aussi chez les patients ayant des traces sociales et médicales.

Les traces sociales comprennent d'une part les prises en charge exclusives dans des services sociaux ($n = 58$ cas) et d'autre part l'association d'instances

sociales avec des traces médico-psychiatriques ($n = 127$).

Ces patients ont été suivis dans leur jeunesse, à l'occasion de difficultés scolaires ou familiales; ou encore, pour les plus âgés d'entre eux, ont bénéficié d'un appui socio-financier.

Les suicidants ayant des traces sociales seules sont nettement plus jeunes (81 % ont moins de 30 ans), davantage célibataires (66 %) et plus fréquemment des hommes. Leur insertion sociale est moins favorable que pour le groupe précédent (1 cinquième a perdu un emploi peu avant, ou est au chômage depuis plus longtemps; il s'agit surtout d'ouvriers et d'employés peu ou non qualifiés). L'acte suicidaire est qualifié de peu grave et les risques de récurrence apparaissent comme faibles, d'autant qu'il s'agit dans la très grande majorité des cas (76 %) de tentatives uniques.

En revanche, les patients ayant des traces sociales associées à des instances médico-psychiatriques font des tentatives de suicide plus graves, où le risque de récurrence est sérieux chez plus d'un quart; et le désir de mourir est relevé chez 17 % d'entre eux, alors qu'il est quasi inexistant dans les groupes précédents. De plus, près de la moitié (43 %) ont une «carrière suicidaire»; 13 % font des «tentatives en salve» et 44 % font une tentative unique. Ces traits particuliers sont encore accentués parmi les cas pris en charge antérieurement en services sociaux et en hospitalisation psychiatrique.

Traces médicales ($n = 61$): une référence est faite, dans le rapport psychiatrique, à un médecin traitant de la ville, somaticien ou psychiatre. Nous retrouvons dans ce groupe des patients plus âgés (48 % ont plus de 30 ans), davantage de femmes (71 %) et de personnes mariées (43 %). Leur situation sociale est la plus favorable de tous les groupes (employés qualifiés, cadres, bien insérés sur le plan professionnel); les caractéristiques de l'acte suicidaire sont comparables à celles de patients qui n'ont aucune trace.

L'association des traces médicales avec des services sociaux fait ressortir la diminution des éléments favorables mentionnés.

Trace psychiatrique extrahospitalière (avant 1974): il convient de distinguer d'une part les patients qui ont comme seul antécédent un examen à la Policlinique de psychiatrie ($n = 25$) et qui, en majorité plus âgés et de niveau social plus bas, font des tentatives plus graves (la moitié d'entre eux présentent des signes sérieux de récurrence ou expriment le désir de mourir; et 80 % ont des «carrières suicidaires», sans pour autant présenter des problèmes d'insertion sociale). D'autre part, les patients ayant comme trace dominante un dossier de consultation au CPSU ($n = 18$). Ces derniers sont aussi caractérisés par une «histoire suicidaire» chargée (bien qu'elle le soit moins que dans la catégorie précédente, 42 % de «carrières suicidaires») et par un degré de gravité comparable, alors que par rapport aux autres données, aucune

différence saillante ne ressort, sauf la mention plus fréquente de problèmes de travail.

Hospitalisation psychiatrique (avant 1974, $n = 141$): ces patients, qui dans une proportion importante ont aussi été suivis en psychiatrie extrahospitalière ou dans des services sociaux, ont les propriétés suivantes: âge nettement plus élevé (60 % ont plus de 30 ans); surreprésentation des «séparés», divorcés et veufs, ainsi que des personnes non qualifiées, ouvriers ou petits employés; faible taux d'activité professionnelle (à peine plus de la moitié, mais près d'un quart de chômeurs ou de travailleurs occasionnels). L'acte suicidaire est plus grave et risque sérieusement d'être répété, d'autant plus que la catégorie des «carrières suicidaires» est largement surreprésentée (50 % de ces cas).

Ainsi que nous l'avons précisé, ces filières ne sont pas mutuellement exclusives, puisque tout niveau de trajectoire implique, avec une fréquence élevée, des instances précédentes. Plus fort est leur degré d'institutionnalisation, plus grandes sont leur diversité et leur multiplicité.

2. Si nous comparons ces diverses traces, *avant et après* la tentative de suicide, nous voyons se dégager un principe général qui préside à l'établissement des filières de soins *après* le passage à l'Hôpital cantonal: le principe de *reconduction*, c'est-à-dire la reproduction des filières de soins antérieurs.

Quelques chiffres illustrent cette reconduction. En premier lieu, de l'ensemble des suicidants sans trace avant 1974, 56 % n'apparaissent dans aucune instance après la tentative de suicide jusqu'en 1978. Ce n'est le cas que de 40 % environ des patients qui, avant leur tentamen, étaient suivis dans des services sociaux ou chez des médecins en ville, ou à la Policlinique de psychiatrie. Cette proportion d'«aucune prise en charge» après la tentative de suicide n'est plus que de 26 % pour les patients traités auparavant au CPSU et de 11 % pour ceux qui avaient déjà fait un ou plusieurs séjours en clinique psychiatrique.

En revanche, le taux de reconduction des suicidants avec trace sociale exclusive est nettement plus faible: 19 % d'entre eux apparaissent dans les seuls services sociaux, alors que 38 % n'ont plus de trace après la tentative et que 43 % sont retrouvés en psychiatrie. Cette translation vers la psychiatrie est un phénomène que l'on observe chaque fois qu'il y a des traces multiples; il conduit vers l'abandon des instances sociales au profit de la psychiatrie.

En troisième lieu, la «clientèle médicale», c'est-à-dire les patients en traitement chez des médecins en ville avant la tentative de suicide, sont adressés à leur médecin traitant dans une proportion de 42 % (en revanche, seulement 17 % des patients des institutions psychiatriques et 12 % des suicidants sans trace antérieure sont orientés vers cette prise en charge).

Seront hospitalisés à Bel-Air avant tout les patients

ayant une «carrière suicidaire», ainsi que ceux qui ont fait une tentative grave, et pour lesquels les signes de récurrence sont patents. En revanche, on ne constate pas de contextes socio-familiaux plus problématiques, à l'exception d'une plus forte proportion de «séparés», divorcés, veufs.

Enfin, la corrélation la plus élevée entre «traitement avant» et «traitement après» concerne le taux de réhospitalisation: en effet, 72 % des patients hospitalisés auparavant le sont à nouveau. Ce n'est le cas que pour 55 % des patients du CPSU, de 17 % des suicidants avec traces sociales et de 24 % des suicidants «sans trace». Il faut préciser que cette forme de reproduction linéaire est la plus élevée pour les patients qui ont des hospitalisations antérieures et des traces sociales: de ceux-là, 82 % sont réhospitalisés.

La prise en charge après la tentative peut aussi constituer un infléchissement par rapport aux instances antérieures. Ainsi, l'allègement des trajectoires est constaté chez 70 patients (15 % des suicidants) qui, malgré leurs antécédents sociaux ou médico-psychiatriques, ne se retrouvent pas dans des filières de soins après 1974. Paradoxalement, ce groupe de patients comporte une proportion importante de «carrières suicidaires» (46 %), où le risque de récurrence, ainsi que la gravité de l'acte suicidaire sont un peu moins accentués que pour l'ensemble des suicidants. Leurs problèmes socio-professionnels et familiaux sont un peu moins fréquents; mais les différences sont relativement faibles. Nous reviendrons sur ce point.

A l'inverse, l'accentuation des trajectoires ($n = 157$, 32 %) indique que les patients sont pris en charge après la tentative de suicide, dans les institutions psychiatriques, surtout à l'hôpital, alors qu'auparavant ils étaient suivis par d'autres instances, ou par aucune. Si l'on tient compte des indicateurs utilisés, ce groupe ne se singularise par aucun trait dominant qui signifierait une «histoire suicidaire» et une gravité plus accentuées ou des contextes extérieurs moins favorables. Il se peut pourtant que des faits plus marquants, et en petit nombre, caractérisent alternativement différents sous-groupes de ces patients. Ce seraient ces circonstances plus pregnantes, sans être générales, qui seraient à l'origine de l'accentuation des filières de soins. Cet aspect fera l'objet d'une publication ultérieure.

3. Ayant mentionné à plusieurs reprises différents types de suicidants, il est nécessaire d'étudier l'influence de l'«histoire suicidaire» sur la reconduction, l'allègement et l'accentuation des filières de soins.

Les tentatives uniques ($n = 265$) sont les cas les moins «lourds» quant à leurs antécédents, au risque vital encouru et à l'intentionnalité exprimée. De plus, entre 1974 et 1978, 47 % d'entre eux n'apparaissent dans aucune instance après la tentative de suicide; 29 % seront hospitalisés en clinique: il

s'agit le plus souvent de cas qui présentent un très fort risque de récurrence et qui ont fait une tentative gravissime. Pour l'ensemble de cette catégorie, le projet thérapeutique porte souvent la mention de «retour dans la famille, pas de mesure particulière» et même lorsqu'une entrée volontaire en clinique est proposée, les patients disposent dans leur milieu d'autres ressources ou d'autres réponses qui leur permettent de ne pas donner suite à ce projet.

Les «tentatives en salve» ($n = 65$), par la répétition de plusieurs actes en peu de temps (moins de 3 mois) amènent pour ces patients – quels que soient les caractères constitutionnels – une forte accentuation des mesures psychiatriques, en particulier hospitalières: 46 % de ces patients sont hospitalisés. Cette tendance se trouve accentuée par les filières antérieures: en effet, 77 % des patients avec séjour psychiatrique antérieur sont réhospitalisés; l'accentuation des trajectoires est constatée pour plus d'un tiers de ceux qui n'ont pas eu d'hospitalisation avant. De façon corollaire, l'allègement des filières est très peu fréquent.

Les patients caractérisés par une «carrière suicidaire» ($n = 154$) sont réhospitalisés dans 54 % des cas, et cela malgré des antécédents psychiatriques très lourds. Bien que la réhospitalisation se situe à près de 75 %, on observe un allègement des filières dans une proportion plus forte que pour les tentatives en salve. De même, l'accentuation des trajectoires n'atteint pas le niveau du groupe précédent.

En revanche, on assiste à une multiplicité des indications thérapeutiques composites. Nous retrouvons ces patients dans toutes les filières de soins possibles, tant il est vrai que la tentative de suicide répétée, qui se donne à comprendre, à la longue, comme un «trait de caractère», risque d'épuiser les ressources thérapeutiques, et du milieu et des institutions [10].

4. Un point particulier du principe de reconduction reste à soulever: la faible corrélation entre la proposition faite par le psychiatre de consulter le CPSU ($n = 92$ cas) et l'apparition effective de ces patients à notre consultation. En effet, 23 % seulement d'entre eux se rendent à leur rendez-vous, 12 % se retrouvent dans des services sociaux, 27 % sont hospitalisés à Bel-Air, à plus ou moins longue échéance, tandis que 27 % autres ne se retrouvent dans aucune filière après.

Comment faut-il comprendre cette «désobéissance» au principe de reconduction? Si, à cet égard, l'on rencontre les mêmes différences, bien que peu accentuées, entre les patients selon la gravité, le risque vital encouru, ou encore certaines circonstances du contexte, ces derniers ne se distinguent fondamentalement par aucun trait dominant.

Discussion

Quels principes généraux pouvons-nous dégager de l'examen de ces itinéraires de soins? Nous nous arrêtons à trois d'entre eux.

1. La reconduction des filières de soins, le *principe de reconduction*, tel qu'il est illustré dans ce travail, nous rappelle le caractère non spécifique de la tentative de suicide. Nous pouvons le comprendre comme un «signal», immédiat et existentiel au sens de R. Barthes, un signal de détresse concrétisant en acte l'impossible rencontre entre les besoins du patient et les contraintes du milieu. C'est ainsi que nous comprenons l'importance donnée, dans l'examen psychiatrique, aux traits psychologiques et aux données du contexte socio-familial. A ce titre «la tentative de suicide comme expression d'une crise», le renvoi du patient à son milieu, englobant la famille et les instances de soins antérieures, peuvent représenter un essai d'intégration de l'acte, d'acceptation par les milieux auxquels il est peut-être destiné.

2. L'hospitalisation psychiatrique

Lorsqu'il s'agit d'un internement administratif ($n = 101$), il ne s'agit plus de comprendre le sens de l'acte, tel qu'il se signale à l'entourage, mais bien de le traiter comme un fait, un «indice», inacceptable, puisqu'il a trait à une vie humaine menacée, fût-ce la sienne propre. L'hospitalisation prend donc le sens d'une prévention de la récurrence, dans sa dimension concrète. En font l'objet non seulement les «habités» de la clinique psychiatrique, mais encore un groupe de patients, sans antécédent psychiatrique, mais dont le milieu n'offre pas une garantie de protection suffisante.

A l'acte de suicide, répond donc l'acte d'hospitalisation, dont l'effet factuel est immédiat. Reste alors à parler du sens.

3. La thérapie

Moins d'un quart des patients adressés à la consultation psychiatrique prennent réellement contact avec le psychiatre du CPSU. Cette situation nous est hélas familière. Les rendez-vous sont pris, puis ils sont manqués. Lorsque les patients arrivent, ils «oublient» de nous parler de leur tentative de suicide, ou bien s'en excusent: «J'ai fait une bêtise...» Comme s'il y avait, de prime abord, une sourde antinomie entre la mise en acte et la mise en mots. Le problème n'est pas tant, pour le thérapeute, de donner une interprétation à l'acte suicidaire, les cadres de connaissance ne font pas défaut, mais d'en partager le sens avec le patient. Cette démarche implique pour le patient de pouvoir passer du registre du remords, de la colère et de la honte, non pas à celui de l'oubli, mais de la compréhension. Ce projet est ardu, tant pour le patient que pour son thérapeute, réunis pour la première fois à l'ombre de l'acte suicidaire. C'est alors que le retour au «connu», à la reconduction, prend tout son sens,

pour que l'élaboration de l'acte puisse se faire sans trop de crainte.

C'est toutefois une étude catamnétique à plus long terme qui nous permettra de comprendre la valeur de ces opinions thérapeutiques, le sens de leur choix et leur issue.

Résumé

Les auteurs étudient les divers aspects concernant les 484 suicidants examinés en 1974 à la Policlinique de psychiatrie de l'Hôpital cantonal de Genève. Après l'établissement des données spécifiques à cette population, le principal objet de l'article consiste dans l'étude des filières de soins antérieurs, de leur reconduction ou de leur infléchissement à la suite de la tentative de suicide. L'étude de l'influence de «l'histoire suicidaire» ainsi que de celle d'autres paramètres est abordée. Des enseignements quant à la thérapie sont tirés des résultats.

Zusammenfassung

Selbstmordversuche und Behandlungsrichtungen: Verständigung der therapeutischen Massnahmen

Die Autoren untersuchen die verschiedenen Aspekte der 484 Selbstmordversuche, die im Jahre 1974 von der psychiatrischen Poliklinik am Kantonsspital Genf betreut wurden. Zuerst sind die spezifischen Fakten, welche diese Patienten charakterisieren, dargestellt. Der Hauptteil des Artikels betrifft die Analyse der vorhergehenden Behandlungskarrieren, ihrer Reproduktion oder ihrer Abweichungen nach dem Suizidversuch. Dabei kommt dem Einfluss der «Selbstmordgeschichte» sowie andern Parametern eine wesentliche Bedeutung zu. Aus diesen Resultaten werden für die Therapie relevante Feststellungen abgeleitet.

Summary

Suicide attempts and care channels and process

The authors study the various aspects of the 484 attempts of suicide examined over the year 1974 at the Psychiatric Policlinic of the Geneva Cantonal Hospital. After having established the specific data inherent to this population, the main object of this paper consists in studying the different kinds of previous treatments given and their reconduction or modification following the suicide attempt. The influence of both the "suicidal story" and further parameters is approached. Some learnings as to the therapy to be applied are drawn from the results achieved.

Bibliographie

- [1] Baechler, J., Les suicides, Calmann-Lévy, Paris 1975.
- [2] Barthes, R., Le degré zéro de l'écriture, Gonthier, Paris 1964.
- [3] Durkheim, E., Le suicide. Etude de sociologie, Alcan, Paris 1897, rééd. PUF, 1960.
- [4] Ey, H., et all., Manuel de psychiatrie, Masson, Paris 1970.
- [5] Fischer, W., et Ladame, F., Premiers résultats de recherches sur les tentatives de suicide des adolescents: l'itinéraire pré-suicidaire, Revue suisse de médecine sociale et préventive, No spécial, 1978.
- [6] Foucault, M., Surveiller et punir, Gallimard, Paris 1975.
- [7] Freud, S., Deuil et Mélancholie, in: Métapsychologie, Gallimard, Paris 1968.
- [8] Schneider, P. B., La tentative de suicide, Delachaux et Niestlé, Paris 1954.
- [9] Schneider, P. B., Martini, P., et Meylan, D., Contribution à l'étude de la prévention du suicide, Arch. Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie, Vol. 118/2 (1976).
- [10] Wold, C., et all., Suicide after contact with a suicide prevention center, Arch. Gen. Psychiat., Vol. 28, May, 1973.