

2. Avant d'entrer en rapport avec le patient, nous avons eu un entretien avec le médecin traitant ainsi qu'avec l'équipe soignante. Après l'entrevue avec le patient, nous échangeons nos impressions et conclusions avec le médecin et l'équipe en vue d'exercer le plus tôt possible une action thérapeutique appropriée. Cette démarche au niveau de l'équipe soignante nous apparaît comme très positive: la victime d'une tentative de suicide n'est plus considérée comme un coupable ou un simulateur, mais bien comme un patient dont la problématique humaine est indissociable de sa santé physique et psychique.
3. Pour les entretiens, nous n'avons pas recours à une technique bien précise: au cours de la première exploration, nous cherchons à nous faire une idée de la structure psychologique du patient, de l'infrastructure sociale qui l'entoure, de la qualité de ses liens familiaux et de l'investissement affectif lié à l'événement cité comme étant à l'origine de la tentative de suicide.

4. Par la possibilité de suivre personnellement en ambulatoire les patients que nous avons examinés à l'hôpital, nous assurons la continuité dans la prise en charge.

C. Prévention

Dans l'état actuel de notre expérience se posent de nombreuses questions au sujet de la prévention. Il semble en effet que l'unique réponse valable soit l'approche individuelle des personnes présentant des facteurs de risques particulièrement élevés. Plutôt qu'une prise en charge transitoire, il faut assurer la présence d'un thérapeute, d'un groupe ou d'une institution qui sert de point de référence affective et qui a un rôle protecteur contre les pulsions autodestructrices. Il est, en effet, très important que le patient puisse être suivi par le même thérapeute aussi bien en situation de crise que par la suite. Tout projet de prévention de masse à grande échelle nous paraît illusoire et même dangereux, par le côté publicitaire que ne manquerait pas de prendre une action de grande envergure.

II. La tentative de suicide chez les malades de l'Hôpital psychiatrique de Marsens dans la période du 1er août 1977 au 31 juillet 1978

M. Rémy¹, B. Seculic², B. Blajev³

Au cours de la période du 1er août 1977 au 31 juillet 1978, 27 malades ont été hospitalisés après avoir commis une tentative de suicide.

Plusieurs d'entre eux ont effectué antérieurement ou ultérieurement d'autres tentatives, ainsi que cela ressort du *tabl. 5*.

Ces 27 cas constituent un petit nombre par rapport à l'ensemble des dépressions admises en cours d'année. En effet, le *tabl. 1* montre qu'en 1976 172 cas et en 1977 175 cas de dépression de toute nature ont été hospitalisés.

Tableau 1. Forme clinique des dépressions admises à l'hôpital de Marsens, durant les années 1976 et 1977

Diagnostic	1976	1977
Dépression involutive	41	56
Dépression endogène	28	20
Dépression dans les psychoses cycliques	6	9
Dépression réactionnelle	48	43
Dépression névrotique	49	47
Total	172	175

¹ Médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Marsens, CH-1633 Marsens.

² Médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de Marsens, CH-1633 Marsens.

³ Médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de Marsens, CH-1633 Marsens.

Courte analyse du groupe des patients hospitalisés dans une clinique psychiatrique cantonale après une tentative de suicide. Importance de la dépression réactionnelle

Il est à remarquer que les tentatives les plus nombreuses se font à la suite de dépressions réactionnelles.

De l'analyse des dossiers de 696 malades admis à Marsens durant les 6 derniers mois de 1977 et les 6 premiers mois de l'année 1978, il ressort que le nombre des tentamens chez les hommes fut de 15 et chez les femmes de 12.

Les plus nombreux sont dans les classes d'âge de 21 à 30 ans et de 51 à 60 ans (voir *tabl. 2* et 3).

Tableau 2. Tentamens selon l'âge

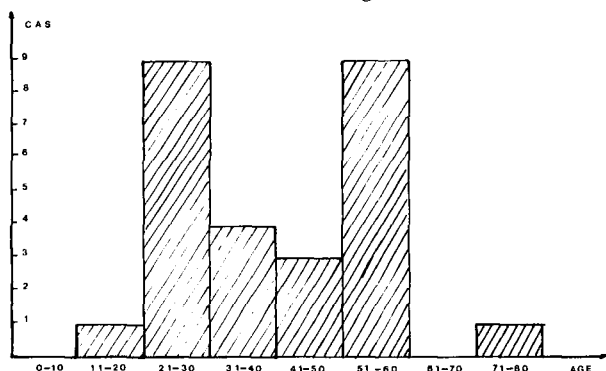
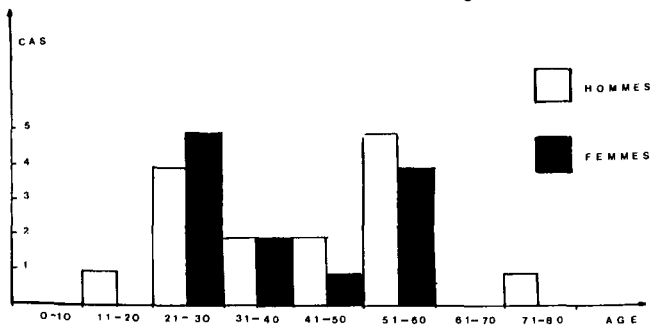


Tableau 3. Tentamens selon le sexe et l'âge



En ce qui concerne la provenance des malades, le tiers nous a été adressé par un médecin praticien. Les autres nous furent adressés par l'Hôpital cantonal ou par les hôpitaux de district. Quelques malades sont venus directement à l'hôpital de Marsens tandis que le plus petit nombre a passé par le Centre psycho-social de Fribourg ou par une préfecture (voir tabl. 4).

Tableau 4. Instances ayant demandé l'hospitalisation du malade

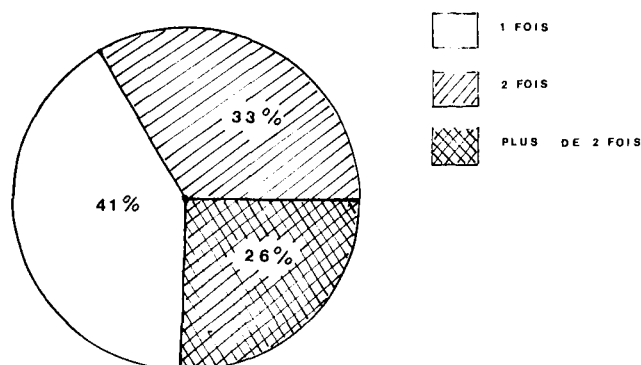
Envoyé par	Nombre	Suivi par	Sans suite
Médecin praticien	9	8	1
Médecin de prison	4		1
Hôpital cantonal	4		
Centre psycho-social	2	6	
Hôpital de district	4		1
Ambulatoires-Marsens	3	10	
Autorités	1		

Quant à la prise en charge consécutive à l'hospitalisation, 10 malades continuèrent à être suivis par nos services, 8 par le médecin de famille, et 6 par le Centre psychosocial.

Seuls 3 malades n'ont pas été suivis, 2 d'entre eux ayant réussi à trouver la mort lors d'un nouveau tentamen et le troisième ayant catégoriquement refusé l'aide médicale.

Comme on le verra par le tabl. 5, 41 % des malades ont fait une seule tentative de suicide, 33 % 2 tentatives et 26 % plus de 2 tentamens avec un chiffre maximum de 6 tentamens pour une personne.

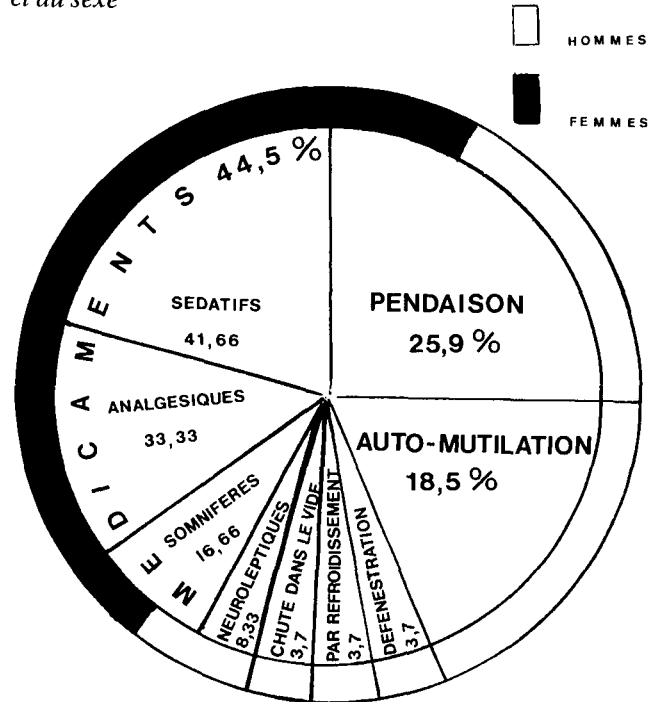
Tableau 5. Pourcentage des tentatives en fonction de leur nombre



En ce qui concerne la forme de la tentative, le plus grand nombre, soit 44 %, a choisi des médicaments (les quatre cinquièmes de ces cas sont des femmes).

Quant aux hommes, ils choisissent, comme partout, des formes plus brutales, soit la pendaison (25,9 %), les essais de sections artérielles ou veineuses, la défenestration, ou l'accident camouflé (tabl. 6).

Tableau 6. Type de la tentative selon le choix de celle-ci et du sexe



Résumé

Il s'agit de deux articles sur les tentatives de suicide dans le canton de Fribourg.

Le premier a trait aux cas reçus au service d'urgences de l'Hôpital cantonal; le deuxième, à la Clinique psychiatrique cantonale de Marsens.

Il s'agit évidemment d'un choix relativement restreint car, dans le canton, de nombreux suicidaires sont vus par le médecin traitant – sans hospitalisation consécutive – ou dans l'un des hôpitaux de district ou hôpitaux privés.

Le premier travail analyse la structure de la personnalité et insiste sur la rapidité de l'intervention et les échanges de vues entre les psychiatres et les médecins traitants.

L'autre fait une approche statistique qui tient compte de la forme dépressive, du type de la tentative, ainsi que de leur nombre, de leur répétition et du sexe des personnes concernées.

Quelques considérations sont émises sur les mesures préventives.

Zusammenfassung

Selbstmordversuche im Kanton Freiburg

Es handelt sich um zwei Artikel. Im ersten werden Patienten, welche auf der Notfallabteilung im Kantonsspital Freiburg aufgenommen worden sind, berücksichtigt. Beim zweiten handelt es sich um die in die psychiatrische Klinik Marsens eingewiesenen Fälle. In den vorliegenden Arbeiten sind die Fälle, welche keiner Spitalbehandlung bedürfen, wie auch die Fälle, die in den Privat- und Bezirksspitalern aufgenommen werden, nicht inbegriffen.

Im ersten Artikel wird die Persönlichkeit des Patienten analysiert und vor allem Gewicht auf den raschen Einsatz der therapeutischen Massnahme gelegt. Besonderes Gewicht wird auf die Zusammenarbeit zwischen Psychiater und behandelndem Arzt gelegt.

Die zweite Arbeit ist mehr statistischer Natur. Die verschiedenen Depressionen, die Art der Selbstmordversuche, ihre Zahl, ihre Wie-

derholung, das Geschlecht der Patienten werden zahlenmässig gefasst.
Einzeln Betrachtungen werden über die Vorbeugungsmassnahmen gemacht.

Summary

Suicidal Attempts in the Canton of Fribourg

Subject of these two papers are the suicidal attempts in the Canton of Fribourg:

- The first considers their admissions to the Cantonal Hospital at Fribourg

– The second, to the Psychiatric Clinic at Marsens
This is a relatively restricted choice because many patients do not come to these hospitals. They are examined by a general practitioner or admitted to a private or a district hospital.
The first paper analyzes the personality types and emphasizes the rapidity of medical intervention and the cooperation between psychiatrists and other physicians and health personnel.
The second paper is a statistical study of the types of depression, the nature of the suicidal attempts, their numbers and their repetition, according also to the sex of the patients. Some considerations are made on preventive measures.

Le devenir des suicidants admis à l'hôpital général Etude comparative de deux formes de prévention des récidives et des suicides

F. Wulliemier¹, J. Bovet², D. Meylan³

Centre de psychologie médicale du Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, et Centre de recherche de l'Institut d'hygiène mentale, Lausanne

Introduction

Le psychiatre-consultant à l'hôpital général est, de par sa position, appelé à travailler en première ligne en vue d'une éventuelle prise en charge des suicidants. Lorsque ce psychiatre est seul, ou l'équipe dont il fait partie peu nombreuse, il ne peut que rarement tenter de réaliser lui-même cette prise en charge. Il joue donc le plus souvent le rôle de «plaque tournante» entre un patient et un service psychiatrique ambulatoire ou hospitalier, ou encore un médecin traitant [21]. Lorsque l'équipe est mieux fournie, la tendance va plutôt vers la prise en charge des suicidants par les psychiatres-consultants eux-mêmes. La présente étude a été réalisée sous l'influence de cette dernière tendance.

Dans un cas comme dans l'autre, force est de constater qu'une véritable alliance thérapeutique avec le suicidant n'est que très rarement réalisée d'une part, et que d'autre part la politique de la «porte ouverte» offerte aux suicidants ne donne que peu de résultats thérapeutiques, les patients ne recontactant le psychiatre qu'exceptionnellement [21]. Ces difficultés de prise en charge ne sont cependant pas imputables aux seuls patients, ne serait-ce qu'en raison des réactions émo-

Les soins à donner aux suicidants: cette recherche minutieuse les décrit en comparant deux modes d'approche dont l'un, qui paraît être le meilleur, allie, aussi paradoxal que cela paraisse, contrôle et liberté de choix du suicidant.

tives plus ou moins violentes que les suicidants déclenchent chez les divers soignants, et ce dès leur arrivée à l'hôpital [12, 5]. Les psychiatres eux-mêmes n'échappent pas à la règle [10, 19]. Or on sait les conséquences précoces souvent définitives du premier entretien psychiatre-patient sur la qualité de cette relation, partant du travail thérapeutique possible. Les difficultés relationnelles sont donc nombreuses et ce malgré (ou à cause de) la souffrance et le besoin d'aide importants que la majorité des suicidants montre soit directement, soit le plus souvent indirectement.

Par ailleurs, on connaît de par la littérature les difficultés à établir des critères prédictifs cliniques sûrs des récurrences de tentatives de suicide et des suicides réussis à l'intérieur d'une population de suicidants [17, 9, 22, 13]. En effet, on constate que ces critères varient souvent d'un auteur à l'autre, et qu'ils sont systématiquement insuffisamment significatifs. La durée de leur validité prédictive est également à prendre en considération, ainsi que le montre *Pallis* [14]: les prédictions d'une durée de plus d'un an semblent en effet impossibles, ne serait-ce qu'en raison des événements existentiels survenus entre-temps.

La présente étude témoigne de notre désir d'améliorer l'approche thérapeutique de ces patients, ou «faux-patients» [12] en apprenant, par le biais de la

¹ Médecin-adjoint responsable du Centre de psychologie médicale du Centre hospitalier universitaire vaudois, CH-1011 Lausanne (directeurs: prof. P.-B. Schneider et M. Burner).

² Médecin-chef responsable et ³ assistante de recherche, Centre de recherche de l'Institut d'hygiène mentale, CH-1055 Lausanne.

Nous remercions le professeur P.-B. Schneider pour ses conseils avisés et stimulants; nous remercions également N. Ambrosini, D. Bovet, R. Carron, J. Gamma, P. Kremer, M. Luchsinger, M. Martinet, G. Nounou, P. Piolino, M. Rey et C. Wulliemier de leur contribution à ce travail.