

déterminé pendant un an. L'étude que nous présentons porte sur 270 cas observés chez des jeunes soldats dans une région militaire au cours de l'année 1960.

Signification sociale de la conduite suicidaire. Elle exprime davantage un appel à l'aide qu'une intention authentique de mort. 90% des procédés d'exécution sont inefficaces (section des veines du poignet ou ingestion de faibles doses médicamenteuses), et 10% seulement sont asphyxiques, toxiques ou traumatiques graves. 85% des résultats sont bénins, 12% nécessitent des moyens thérapeutiques majeurs, et 2% seulement sont mortels. 88% des tentatives sont annoncées ou sont perpétrées devant témoins. Toutes sont résolutive d'un conflit entre l'individu et son entourage ou son milieu social.

Moindre intégration sociale des suicidants. L'exploration biographique des suicidants montre qu'ils sont des déviants sociaux, peu imprégnés par les institutions familiales, scolaires, professionnelles, sociales et juridiques. Par comparaison aux fréquences relevées dans un échantillon de population comparatif, on constate par exemple un excès significatif des caractères suivants: orphelins (7% contre 2%), carence affective de l'enfance (20%/3%), dissociation du foyer parental (26%/5%), hyperprotection (34%/15%), échecs (60%/40%) et instabilité scolaire (21%/3%), instabilité professionnelle (39%/2%) et insertion parasitaire dans la division du travail social (68%/30%), déviants sexuels (41%/9%) et délinquants (29%/3%).

Régulation sociale du taux des conduites suicidaires. A l'intérieur de l'institution militaire elle-même, il y a davantage de tentatives de suicide chez les jeunes recrues encore peu acclimatées au milieu militaire (60%), en période de repos (80%), dans les unités casernées dans les villes (85%), et dans les circonstances anormales (en instance de mutation, à l'infirmerie, dans les locaux disciplinaires, en permission ou en absence illégale - 84%). Le taux des conduites suicidaires augmente donc dans les moments, les lieux, et les circonstances de moindre cohésion ou de relâchement de l'institution.

A partir de ces données précises, on peut entreprendre une prophylaxie sociale de la conduite suicidaire du jeune adulte en évitant le conflit individu-institution, en favorisant l'intégration sociale dans l'éducation et en resserrant la cohésion des milieux institutionnels.

Bibliographie

- Crocq L.*: Les conduites suicidaires en milieu militaire. Etude psychologique et sociologique. Bulletin de la Société de Psychologie de Bordeaux, No 1, pp. 5-17, 1964.
- Crocq L., Rigal J., Gardey P. et Aubin P.*: Sociologie clinique des conduites suicidaires dans l'armée. LXII^e congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Masson éditeur, pp. 389-400, 1964.
- Le Gac Y.*: Aspects actuels des conduites suicidaires en milieu militaire. Thèse médecine Bordeaux, Text éditeur 111 pages. Décembre 1963.

Adresse de l'auteur: Dr *Louis Crocq*, Hôpital militaire du Val-de-Grâce, Paris.

L'empoisonnement volontaire du jeune, prévention d'une conduite ou surveillance d'une personnalité

A. Gorceix et J. P. Soubrier

Dans le service du professeur *Michel Gaultier* à la Clinique Toxicologique de l'Hôpital Fernand Widal à Paris, nous sommes amenés à étudier des sujets ayant absorbé une telle dose de poison que leur état nécessitait une réanimation.

Cette population, 800 cas annuels, est très étendue avec une limite d'âge inférieur de 15 ans; de telle sorte que nous pouvons facilement diviser nos malades en un groupe de jeunes adolescents de moins de 21 ans et un autre groupe d'adultes âgés de plus de 21 ans représentant 80% de l'ensemble.

Nous avons remarqué chez des adolescents certains facteurs psycho-génétiques et sociaux fréquents. Ce premier facteur est une carence parentale à prédominance paternelle avec mort du père avant l'âge de 12 ans chez plus d'un quart de nos adolescents.

Nous retrouvons aussi l'existence de foyers dissociés et l'absence d'un environnement correct.

Quant au diagnostic, il n'y a jamais de mélancoliques et rares sont les schizophrènes.

Nos adolescents sont souvent des immatures affectifs narcissiques, affectés par cette carence affective, troublés par les conflits familiaux graves, et leur biographie révèle toujours des éléments spécifiques qui permettent d'expliquer et de comprendre certaines de leurs réactions.

Leur empoisonnement toujours effectué dans un but autodestructif avec parfois des motivations faibles, est le témoin de leur émotion, de leur désarroi, de leur impression de solitude dans ce monde qu'ils découvrent un peu plus de jour en jour.

Cependant, à l'occasion de l'étude de l'un de nous sur les aspects psychiatriques de l'adulte de sexe masculin, nous avons retrouvé ce facteur de carence parentale dans une proportion voisine de $\frac{1}{4}$. Cette carence était là aussi à prédominance paternelle et existait avant l'âge de 12 ans et les foyers étaient aussi désunis. Nous avons retrouvé tout cela chez des névrotiques, certains déséquilibrés psychopathes hystériques, mais surtout chez un groupe de malades non entièrement pathologiques mais souffrant de cette immaturation affective, de cette insuffisance de Moi, définissant ainsi la fragilité de leur personnalité. Or, les motivations de leur tentative de suicide, les problèmes situationnels, l'ambiance et les circonstances parfois, sont bien différentes chez cet adulte (le plus souvent jeune: 32 ans en moyenne).

Ces adultes n'avaient pas tenté de se suicider pendant leur adolescence. Ce n'est qu'a: près avoir été lancés dans la vie, leurs études terminées, leur service militaire effectué, s'étant mariés même, que ces sujets brutalement lors d'un conflit souvent mineur, se précipitent dans la mort volontaire. Ce geste n'est qu'en apparence isolé, car de nombreux traits psycho-pathologiques sont facilement retrouvés dans leur biographie: engagement militaire impulsif, instabilité professionnelle, délinquance mineure, mauvaise adaptation affective, parfois une tendance alcoolique, l'ensemble réalisant presque toujours un style de vie chaotique.

Nous pouvons facilement en déduire que ces adultes décompensaient dans le suicide un problème névrotique ou une psychopathie jusque là plus ou moins camouflés.

Nous pensons que sur le plan préventif, un traitement cohérent, une surveillance de leur personnalité aurait pu arrêter cette tendance suicidaire et aurait ainsi empêché le passage à l'acte. Ceci, quelle que soit la forme et la fonction du suicide. Cela nous apparaît important car à l'inverse des adolescents, cet adulte tend à récidiver et à se tuer plus fréquemment.

En effet, en ce qui concerne la prévention du suicide chez l'adolescent, le problème qui se pose est certes celui de la récidive, mais celui-ci est parfois dépassé par le problème de la délinquance et de la psychopathie. Nous savons que peu de jeunes se tuent dans les années qui suivent leur tentative de suicide, mais par contre, beaucoup évoluent de façon péjorative.

En conclusion, il nous a semblé important de signaler ce problème de carence parentale chez nos jeunes adolescents et nos adultes (jeunes eux aussi) qui souffrent de troubles de la personnalité. Cette constatation pose le problème de la surveillance et du traitement d'une psychopathie et il nous semble que ce problème dépasse presque toujours la simple prévention de la récidive.

Adresse de l'auteur: Dr *J. P. Soubrier*, 51, rue de Boulainvilliers, Paris XVIIe.