

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.

recherche, à mieux les connaître et les comprendre. Notre but principal a été cependant de comparer l'efficacité de deux approches thérapeutiques successivement utilisées, l'une d'entre elles comportant des contrôles périodiques ambulatoires systématiques et réguliers, mode d'approche qui s'était révélé efficace pour les préventions du suicide dans une étude précédente [16].

Définition de la population et méthodologie

Du 1er octobre 1971 au 30 septembre 1973, 326 suicidants ont été successivement hospitalisés au CHUV (hôpital général de 1000 lits) et examinés en fonction de divers critères: âge, sexe, état civil, diagnostic psychiatrique, mode du tentamen, moment du tentamen, notion de tentamen antérieur dans l'anamnèse. Deux ans après leur tentamen, ils firent l'objet d'une catamnèse comportant les éléments suivants: mode de prise en charge, notion de récurrence de tentamen ou de suicide réussi. Cette population constitue le *Groupe total* (GT).

Durant la période du 1er octobre 1972 au 30 septembre 1973, 160 suicidants reçurent systématiquement la proposition, faite par le psychiatre-consultant de garde ce jour-là, d'être pris en charge régulièrement. Ils furent également mis au courant du fait qu'ils seraient recontactés à plusieurs reprises (dans les jours qui suivraient leur départ de l'hôpital, après un mois, trois mois, six mois, un an et deux ans) au cas où ils ne seraient pas suivis régulièrement. Ce sous-groupe a été appelé le *Groupe systématiquement traité* (GST).

Afin d'évaluer l'éventuelle efficacité de ce procédé à diminuer le taux de récurrences et (ou) de suicides durant une période fixée à deux ans, nous avons comparé le GST au deuxième sous-groupe de suicidants vus dans le même hôpital général par les psychiatres-consultants durant l'année précédente, c'est-à-dire du 1er octobre 1971 au 30 septembre 1972. A ce groupe, formé de 166 suicidants, un traitement avait été proposé, mais pas de contrôles. Ils furent tous recontactés (sans en avoir été préalablement avertis) deux ans après leur tentative de suicide. Ce deuxième groupe constitue le *Groupe de référence* (GR)¹.

Sur les 326 suicidants examinés, 288 seulement ont pu faire l'objet de catamnèses adéquates, c'est-à-dire 143 pour le GST et 145 pour le GR (*tabl. 1*). Pour des raisons de clarté et de commodité, ce sont ces derniers chiffres que nous prendrons systématiquement en considération.

Résultats et commentaires

Selon l'intérêt clinique que nous y trouverons, nous décrivons la population étudiée tantôt dans son ensemble (groupe total = GT), tantôt à travers divers sous-groupes, en particulier le groupe systématique-

ment traité (GST) et le groupe de référence (GR). Différentes variables seront prises en considération (sexe, âge, état civil, diagnostic psychiatrique, mode du tentamen, date du tentamen, notion de tentative de suicide antérieure, mode de prise en charge, notion de récurrence de tentative de suicide ou de suicide réussi), ainsi que certaines corrélations entre ces variables.

Répartition des suicidants selon le sexe

Comme on le voit sur le *tabl. 1*, les hommes sont nettement sous-représentés, avec moins d'un tiers de la population, que ce soit dans le GT, le GST ou le GR. Il n'y a pas de différence entre ces deux derniers groupes à cet égard. Cette sous-représentativité, bien que particulièrement marquée dans notre population, ne nous surprend pas outre mesure, puisqu'elle est signalée dans la plupart des populations de suicidants [3, 20, 1, 21, 4, 2].

Répartition selon la classe d'âge

Si l'on se réfère au *tabl. 2*, on constate que, pour l'ensemble des suicidants (GT), la répartition des âges est assez voisine chez les hommes et chez les femmes, mais qu'elle diffère notablement de celle de la population générale¹, dans le sens d'une surreprésentation des suicidants dans les classes jeunes et de leur sous-représentation dans les classes âgées.

D'une manière plus détaillée, on voit que:

- pour les deux sexes, les trois classes d'âge 15–19, 20–24 et 25–34 ans sont significativement surreprésentées par rapport à la population générale.
- Chez les femmes, la quatrième classe d'âge (de 35 à 44 ans) reste significativement surreprésentée chez les suicidantes par rapport à la population générale. Pour la même classe d'âge, les suicidants hommes sont légèrement sous-représentés par rapport à la population générale, mais pas de façon significative.
- Dans les deux sexes, les suicidants de 55 ans et plus sont sous-représentés par rapport à la population générale.
- Chez les femmes, cette sous-représentation significative commence déjà dès 45 ans.

Si l'on prend en considération les deux sous-groupes (GST et GR), aucune différence significative n'apparaît quant aux classes d'âge.

Dans l'ensemble, nos résultats confirment donc l'opinion générale d'une surreprésentation des tentatives de suicide chez les gens jeunes. Les suicidants constituant une population à hauts risques pour le suicide, ces chiffres peuvent être rapprochés des taux de suicides réussis, qui constituent également une des causes les plus fréquentes de décès chez les jeunes, même si la proportion de suicides réussis par rapport aux tentatives de suicide est inférieure chez les jeunes que chez les gens âgés qui, eux, meurent beaucoup plus fréquemment d'autre chose que de suicide [17].

¹ Pour des raisons éthiques, il n'était pas envisageable de constituer notre groupe de référence par randomisation immédiate, si bien que nous avons opté pour la comparaison de deux groupes chronologiquement successifs.

¹ Nous avons choisi comme population de référence la population du canton de Vaud (selon la statistique de 1970).

Tableau 1. Population étudiée.

		G.T.	G.S.T.	G.R.
Suicidants examinés lors de leur hospitalisation	Hommes	95	48	47
	Femmes	231	112	119
		326	160	166
Catamnèses insuffisantes	Hommes	12	5	7
	Femmes	26	12	14
		38	17	21
Suicidants étudiés pendant 2 ans	Hommes	83	43	40
	Femmes	205	100	105
		288	143	145

Tableau 2. Tentamens (1971–1973) Répartition des tentatives de suicide du groupe total (GT) selon l'âge. Comparaison avec la population générale du canton de Vaud en 1970.

Ages	H o m m e s					F e m m e s				
	G.T.		Pop. gén.		P	G.T.		Pop. gén.		P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
15-19	13	15,7	17'355	8,8	< 0,05	39	19,0	19'575	9,2	< 0,001
20-24	19	22,9	21'796	11,1	< 0,001	35	17,1	22'001	10,3	< 0,01
25-34	25	30,1	41'643	21,2	< 0,05	52	25,4	39'423	18,5	< 0,05
35-44	10	12,0	34'752	17,7	N.S.	45	22,0	33'818	15,8	< 0,05
45-54	9	10,8	29'215	14,9	N.S.	18	8,8	30'596	14,3	< 0,05
55-64	5	6,0	25'881	13,2	< 0,001	9	4,4	29'408	13,8	< 0,001
65	2	2,4	25'839	13,1		7	3,4	38'635	18,1	
Total	83	99,9	196'481	100,0		205	100,1	213'456	100,0	

Etat civil

Il nous a paru surtout intéressant de comparer l'état civil par classe d'âge des suicidants à celui des mêmes classes d'âge de la population générale.

Il apparaît ainsi que, chez les jeunes des deux sexes (de 20 à 34 ans), les suicidants célibataires sont surreprésentés par rapport à la population générale, souvent de façon très significative (tabl. 3). Pour ce qui est des veufs, divorcés et séparés apparaît une certaine tendance, non significative, à leur surreprésentation chez les suicidants, surtout depuis 35 ans.

Il est très difficile de tirer une conclusion univoque de ces chiffres, mais ils font au moins apparaître le caractère peu fiable de la prise en considération «telle quelle» d'une variable comme l'état civil pour réaliser des prédictions de tentatives de suicide ou de suicides. Ainsi, dans notre population, on voit par exemple que

si le célibat semble pouvoir être considéré comme un éventuel facteur de risque chez les gens jeunes des deux sexes, cela ne l'est plus à partir de 35 ans.

Modes de tentamen

Un rapide coup d'œil au tabl. 4 permet de remarquer la très nette prépondérance de l'utilisation des médicaments (238 cas) sur les autres modes (50 cas).

Dans l'ensemble, les femmes utilisent proportionnellement et significativement plus souvent le mode médicamenteux que les hommes, ces derniers utilisant proportionnellement plus souvent les autres moyens, en particulier les armes ($p < 0,01$). Ces résultats ne nous surprennent guère, puisqu'ils correspondent à ceux de la plupart des études récentes, l'utilisation des médicaments ayant augmenté durant ces cinquante dernières années [7].

Tableau 3. Tentamens 1971-1973 Etat civil suivant quelques classes d'âge dans le groupe total (GT). Comparaison avec la population générale du canton de Vaud en 1970.

	Etat-civil	Hommes				P	Femmes				P
		G.T.		Pop. gén.			G.T.		Pop. gén.		
		N	%	N	%		N	%	N	%	
20-24 ans	Célibataires	19	100	17'216	79	-	28	80	11'889	54	< 0,01
	Mariés	0	0	4'314	20	-	7	20	9'728	44	< 0,01
	Autres *	0	0	266	1	-	0	0	384	2	-
	Total	19	100	21'796	100		35	100	22'001	100	
25-34 ans	Célibataires	18	72	11'345	27	0,001	14	27	6'949	18	N.S.
	Mariés	6	24	28'068	67	0,001	29	56	30'333	77	< 0,001
	Autres *	1	4	2'230	5	-	9	17	2'141	5	-
	Total	25	100	41'643	99		52	100	39'423	100	
35-64 ans	Célibataires	1	4	8'725	10	-	4	6	10'201	11	N.S.
	Mariés	19	79	71'947	80	-	52	72	68'512	73	-
	Autres *	4	17	9'176	10	-	16	22	15'109	16	N.S.
	Total	24	100	89'848	100		72	100	93'822	100	

* Veufs, divorcés, séparés

Tableau 4. Modes de tentatives de suicide.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total 2 à 10
		Médicaments	Autres substances ingérées	Gaz	Pendaison	Noyade	Arme à feu	Arme blanche	Précipitation	Modes combinés	Autres et indéterminés	
G.T. (Nombre total de suicidants)	Hommes	59	1	2	0	0	4	5	1	6	5	24
	Femmes	179	3	3	2	2	0	1	4	8	3	26
G.S.T.	Hommes	37	0	0	0	0	2	2	0	2	0	6
	Femmes	87	3	1	0	1	0	0	3	4	1	13
G.R.	Hommes	22	1	2	0	0	2	3	1	4	5	18
	Femmes	92	0	2	2	1	0	1	1	4	2	13
Total		238	4	5	2	2	4	6	5	13	9	50

Notons la présence d'une différence entre les deux sous-groupes thérapeutiques (GST et GR), les hommes du groupe de référence utilisant significativement moins souvent que les hommes du groupe systématiquement traité le mode médicamenteux pour procéder à leur tentative ($p < 0,01$).

Dates des tentamens

La précision des données de base étant trop irrégulière, il n'a pas été possible d'étudier le rôle de certains

jours particuliers (jours fériés, fêtes, etc.) sur le taux de tentatives de suicide¹. Si l'on compare ces taux mois par mois au cours de l'année, aucune différence n'apparaît d'un mois à l'autre, ni dans la population totale des suicidants, ni d'un sous-groupe à l'autre (selon le sexe ou le type de traitement). Les mois de décembre

¹ Notons en passant que Evans [4] a étudié ce problème et a trouvé une prédominance non significative de l'incidence des tentatives de suicide chez les femmes durant les week-ends.

Tableau 5. Tentamens (1971–1973) Répartition des diagnostics psychiatriques.

		Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Catégorie 5
		Réaction dépressive Conflit, crise d'adolescence	Troubles névrotiques	Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité	Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizo- phrénie, borderline	Epilepsie, oligophrénie, intelligence limitée, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés
G.R.	Hommes	3	3	20	10	4
	Femmes	19	23	35	17	11
		22	26	55	27	15
G.S.T.	Hommes	5	5	20	11	2
	Femmes	13	27	36	22	2
		18	32	56	33	4
G.T.	Hommes	8	8	40	21	6
	Femmes	32	50	71	39	13
		40	58	111	60	19

et janvier en particulier, souvent tenus pour amener beaucoup de tentatives de suicide aux abords des fêtes de fin d'année, ne se distinguent pas des autres mois de l'année.

Si l'on considère les saisons, une différence significative apparaît entre le GST et le GR, ce dernier ayant significativement plus de suicidants en été. Nous ne pouvons trouver une explication à cette différence. Il nous semble d'ailleurs que le fait de rechercher simplement le moment du décès, sans le corrélérer à des facteurs peut-être plus utiles comme la variation locale de la pression barométrique ou celle du champ magnétique, n'a que peu de valeur.

Diagnostic psychiatrique

Afin de limiter l'éparpillement de la population, nous avons réalisé cinq catégories diagnostiques principales, qui figurent sur la tabl. 5.

Sur l'ensemble de notre population (GT), il apparaît que:

- la catégorie 2 (troubles névrotiques) est significativement surreprésentée chez les femmes ($p < 0,01$);
- la catégorie 3 (troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité) est significativement surreprésentée chez les hommes ($p < 0,05$).

Bien que non parfaitement comparables à la nôtre (surtout en ce qui concerne notre catégorie 3), certaines études tendent à confirmer ces deux surreprésentations [3, 17].

Si l'on considère maintenant les deux sous-groupes thérapeutiques (GST et GR), ceux-ci ne présentent pas de différence significative.

Nous avons pensé intéressant de comparer la distribution diagnostique de notre population de suicidants à celle d'une clientèle psychiatrique ambulatoire¹: cette comparaison s'est avérée difficile, le mode de classification étant en général différent. En nous livrant à un

nouveau regroupement diagnostique, seules deux catégories ont pu être comparées, à savoir celle des patients schizophrènes et celle des patients atteints de dépression psychotique (psychose maniaco-dépressive, dépression involutive): aucune différence significative n'apparaît¹. Il ne nous a donc pas été possible de confirmer ou d'infirmer les trouvailles de certains auteurs [23] qui retrouvent préférentiellement certains diagnostics psychiatriques chez les suicidants, comme l'hystérie ou l'homosexualité.

Modes de prise en charge

L'essentiel de notre travail a été de comparer les deux sous-groupes formés précisément en fonction de certaines différences dans l'approche thérapeutique, à savoir le groupe dit systématiquement traité (GST) et le groupe de référence (GR)².

Si l'on se réfère au tabl. 6, on peut constater que les deux groupes sont effectivement différents:

- Le nombre de suicidants non traités est significativement supérieur dans le GR.
- La différence entre les deux groupes reste significative si l'on compare les «traitements substantiels»³ ($p < 0,01$).
- Si l'on élimine les contrôles de l'ensemble des traitements substantiels, les deux groupes deviennent très proches (72 traitements de plus de trois mois pour le GST contre 66 pour le GR): la différence thérapeutique porte donc essentiellement sur les contrôles effectués.

¹ A titre indicatif, nous avons alors relevé une différence significative à l'intérieur même de la population psychiatrique de la Polyclinique psychiatrique universitaire concernant les dépressions psychotiques, où les femmes sont significativement surreprésentées par rapport aux hommes durant trois années consécutives (1971 à 1973).

² Rappelons simplement que ce groupe de référence n'est pas un groupe de suicidants n'ayant reçu aucun traitement, mais qu'il n'a pas été l'objet de contrôles systématiques pour les patients qui n'étaient pas suivis ambulatoirement après leur sortie de l'hôpital.

³ Définis de la manière suivante: trois contrôles ou davantage, ou plus de trois mois de traitement régulier.

¹ Celle de la Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne.

Tableau 6. Comparaison des prises en charge entre GR et GST

		G.R.		G.S.T.		P
Indéterminé	Hommes	1	4	0	0	< 0,001
	Femmes	3		0		
Pas de traitement	Hommes	13	41	3	10	
	Femmes	28		7		
Traitements 3 mois	Hommes	9	27	1	6	
	Femmes	18		5		
1 contrôle	Hommes			1	2	
	Femmes			1		
2 contrôles	Hommes			6	19	
	Femmes			13		
3 contrôles	Hommes			4	13	
	Femmes			9		
4 contrôles	Hommes			2	10	
	Femmes			8		
5 contrôles	Hommes			1	5	
	Femmes			4		
6 contrôles	Hommes			1	3	
	Femmes			2		
Traitements 3 mois	Hommes	22	66	22	72	
	Femmes	54		50		
Hospitalis. psychiat.*	Hommes	5	7	2	3	
	Femmes	2		1		
Total	Hommes	40	145	43	143	
	Femmes	105		100		

* Suite non précisée

Suite tableau 6

		G.R.		G.S.T.		P
Traitements substantiels	Hommes	12	66	30	103	< 0,001
	Femmes	54		73		
Hospitalisations psychiatriques immédiates (1)	Hommes	11	33	11	25	
	Femmes	22		14		
Traitements "mixtes"	Hommes	5	25	16	54	
	Femmes	20		38		

¹ Cette rubrique est plus large que celle des «hospitalisations psychiatriques avec suites non précisées», car elle comprend les hospitalisations psychiatriques qui ont été suivies d'un traitement ambulatoire après la sortie de l'hôpital psychiatrique.

- Si l'on prend en considération les 52 suicidants du GST n'ayant reçu que les contrôles, on constate que la plupart d'entre eux [32] n'ont été l'objet que de 2 ou 3 contrôles, alors que 6 contrôles avaient été prévus pour chacun d'entre eux. Cette différence est due principalement au refus de ces suicidants de venir aux rendez-vous fixés, et quelquefois aux «oublis» des psychiatres à donner ces rendez-vous.
- Il est plus difficile de comparer globalement les deux sous-groupes quant à la qualité du traitement: en effet, le GR a été l'objet des traitements classi-

ques offerts aux suicidants (à savoir thérapie de soutien, hospitalisation psychiatrique, intervention de crise auprès de couples ou de familles, intervention combinée, psychothérapie analytique, etc.), alors que les suicidants du GST ont été l'objet des mêmes interventions associées aux contrôles. Si l'on considère plus spécialement la catégorie des suicidants «peu suivis» (moins de 3 mois), on constate alors qu'elle est surreprésentée dans le GR ($p < 0,001$). Or, on a des raisons de penser qu'elle met en relief des approches thérapeutiques défavorables, puisqu'il s'agit de traitements interrompus, constituant un échec supplémentaire pour ces patients.

Quant à la catégorie appelée «traitement mixte», signalons qu'elle ne contient pas les mêmes traitements dans les deux groupes, le seul point commun de tous les traitements mixtes, dans les deux groupes, étant leur durée de plus de trois mois. En fait, parmi les 54 suicidants faisant l'objet d'un traitement mixte dans le GST, 33 (9 hommes et 24 femmes) ont reçu successivement un traitement classique, puis des contrôles, et 5 (5 femmes) reçoivent d'abord les contrôles puis un traitement classique.

- Si l'on considère les hospitalisations psychiatriques immédiates, c'est-à-dire réalisées directement à la suite du séjour à l'hôpital général, on voit apparaître une différence non significative, dans le sens d'une moins grande propension à hospitaliser en milieu psychiatrique les suicidants du GST que ceux du groupe de référence. A ce propos, on peut imaginer que cette tendance s'explique par la plus grande «sécurité» du psychiatre-consultant qui peut s'appuyer sur un éventail thérapeutique plus large grâce aux contrôles.

Tentatives de suicide antérieures

Selon le tabl. 7, il est intéressant de noter que:

- le quart de la population des suicidants avait déjà présenté une ou plusieurs tentatives de suicide au moment où ils entraient dans la présente étude;
- les femmes ayant présenté une tentative de suicide antérieure sont proportionnellement surreprésentées ($p < 0,05$);
- si l'on compare les deux sous-groupes thérapeutiques, aucune différence significative n'apparaît, que ce soit pour les hommes, les femmes ou l'ensemble des deux sexes.

Récidives de tentatives de suicide, suicides réussis et décès

Sur l'ensemble de la population de suicidants, on note 42 récidives (9 hommes et 33 femmes), 7 suicides (4 hommes et 3 femmes) et 4 décès pour d'autres raisons (1 homme et 3 femmes) (tabl. 8). Pour ce qui est des récidives, on retrouve donc une surreprésentativité des femmes - non significative il est vrai - comme on l'avait signalé pour les tentamens antérieurs. Ce résultat est en contradiction avec certaines données de la littérature qui rapportent une prépondérance chez

Tableau 7. Tentamens 1971–1973 Tentamens antérieurs (TA).

	G.R.		G.S.T.		G.R.	G.S.T.	P	G.T.		P
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes				Hommes	Femmes	
					Total	Total				
T.A. +	6	33	7	26	39	33	n.s.	13	59	< 0,05
T.A. = 0	34	72	36	74	106	110	n.s.	70	146	
Total	40	105	43	100	145	143		83	205	

Tableau 8. Récidives de tentamens, suicides et autres décès.

	G.R.		G.S.T.		G.R.	G.S.T.	P	G.T.		P
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes				Hommes	Femmes	
					Total	Total				
Récidives	3	24	6	9	27	15	n.s.	9	33	n.s.
Suicides	3	2	1	1	5	2	--	4	3	--
Autres décès	1	2	0	1	3	1	--	1	3	--
∅	33	77	36	89	110	125		69	166	
Total	40	105	43	100	145	143		83	205	

les hommes ou pas de différence [15, 8, 3], et en accord avec d'autres études [2]. Ces contradictions nous montrent bien le peu d'utilité de cette corrélation (sexe/récidive de tentative de suicide) quant à sa valeur pronostique.

Pour ce qui est des suicides réussis, les choses semblent plus claires dans l'ensemble de la littérature pour une surreprésentation des hommes, ce que notre étude tend à confirmer (avec toute la prudence nécessaire liée aux très petits nombres considérés).

Notre étude confirme également la notion connue d'une incidence très élevée de récidives de tentatives de suicide et de suicides dans les populations à hauts risques constituées par les suicidants [24]. En effet, un taux de plus de 14 % représente septante fois le taux habituel de tentatives de suicide dans la population générale¹. En ce qui concerne les suicides, le taux de 2,4 % représente cent fois le taux de suicide de la population générale en Suisse (situé à 20–25 pour 100 000 habitants) [6].

Si l'on compare maintenant les deux sous-groupes thérapeutiques, une différence assez nette se dessine, puisque les récidives sont nettement moins fréquentes

dans le GST que dans le GR (15 récidives contre 27, la différence n'étant pas significative). En ce qui concerne les suicides, on ne peut procéder à une approche statistique en raison du petit nombre de la population considérée.

Si l'on prend en considération la somme des récidives de tentatives de suicide et des suicides (tabl. 9), une différence significative existe entre les deux sous-groupes thérapeutiques ($p < 0,05$).

Ayant considéré la distribution de variables isolées au sein de notre population et de ses sous-groupes, nous effectuerons les corrélations entre certaines de ces variables qui nous ont paru revêtir le plus d'intérêt.

Distribution diagnostique par rapport à l'âge

Aucun élément remarquable n'apparaît dans cette répartition par classe d'âge.

Si l'on réduit au maximum les classes d'âge en moins de 44 ans et plus de 44 ans, on note simplement une surreprésentation des dépressions endogènes dans le groupe de plus de 44 ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (7/231 contre 18/32, $p < 0,001$). Cette trouvaille n'est pas faite pour nous étonner, puisqu'elle ne fait que confirmer une notion psychopathologique bien connue liée à l'âge d'apparition de la dépression endogène.

¹ Nous avons utilisé la référence de 2 suicidants pour 1000 pour la population générale, selon les statistiques OMS [24].

Tableau 9. Récidives et suicides réussis.

	G.R.		G.S.T.		G.R.	G.S.T.	P	G.T.		P
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total	Total		Hommes	Femmes	
Récidives + suicides	6	26	7	10	32	17	<0,05	13	36	n.s.
∅ et autres décès	34	79	36	90	113	126	--	70	169	--
Total	40	105	43	100	145	143		83	205	

Tableau 10. Tentamens (1971-1973) Diagnostic et tentamen antérieur (TA).

		Catégorie 1		Catégorie 2		Catégorie 3		Catégorie 4		Catégorie 5		Total	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
G.R.	T.A. = 0	Hommes	3	20	3	19	17	36	8	20	3	11	34
		Femmes	17		16		19		12		8		72
	T.A. +	Hommes	0	2	0	7	3	19	2	7	1	4	6
		Femmes	2		7		16		5		3		33
G.S.T.	T.A. = 0	Hommes	5	16	5	26	15	44	9	20	2	4	36
		Femmes	11		21		29		11		3		74
	T.A. +	Hommes	0	2	0	6	5	12	2	13	0	0	7
		Femmes	2		6		7		11		0		26
G.T.	T.A. = 0	36		45		80		40		15		216	
	T.A. +	4		13		31		20		4		72	

Catégorie 1: Réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence

Catégorie 2: Troubles névrotiques

Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité

Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline

Catégorie 5: Epilepsie, oligophrénie, intelligence limite, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés

Répartition diagnostique en fonction des tentamens antérieurs

Aucune différence significative n'apparaît. On note simplement une tendance chez nos catégories 3 (troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité) et 4 (dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline) à une incidence des tentatives de suicide antérieures plus élevée que ne le donnent les fréquences supposées, tendance qui n'atteint pas le seuil de la significativité (tabl. 10).

Répartition diagnostique et récurrences de tentatives de suicide et suicides

Pour simplifier, nous avons considéré le total des récurrences de tentatives de suicide et des suicides réussis, ce qui nous permet de travailler sur de plus grands nombres, et ce qui se justifie dans la mesure où nous voulions éviter la survenue de ces deux comportements d'ailleurs fortement intercorrélés.

En regardant la tabl. 11 et en comparant certaines catégories diagnostiques entre elles, on voit qu'à l'intérieur du GST, les catégories 2 (troubles névrotiques)

et 4 (borderline, schizophrènes et dépressions psychotiques) sont significativement surreprésentées pour ce qui est des récurrences et suicides par rapport à la catégorie 3 (caractériels, abandonniques, alcooliques, toxicomanes et homosexuels) ($p < 0,05$).

Si l'on compare les deux sous-groupes thérapeutiques, on s'aperçoit qu'une différence significative apparaît pour la catégorie 3 (troubles caractériels, etc.), puisque 3 récidivent seulement sur 56 dans le GST, alors que 13 sur 55 récidivent dans le GR ($p < 0,05$).

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, mais l'impact thérapeutique des contrôles opérés dans le GST ne peut être exclu dans l'interprétation de la diminution des récurrences et suicides chez les suicidants de la catégorie diagnostique des troubles caractériels, abandonniques, alcooliques, toxicomanes et homosexuels du GST.

Récurrences et tentamens antérieurs

Nous avons vu (tabl. 7) que les tentamens antérieurs étaient assez fréquents dans notre population de suicidants (environ un quart des cas), que les femmes y étaient surreprésentées et que les deux sous-groupes

Tableau 11. Tentamens (1971–1973) Diagnostic et récidive (suicide compris).

			Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Catégorie 5	Total
			G.R.	Récidives = 0	Hommes 3 Femmes 16	3 17	17 25	7 12
	Récidives +	Hommes 0 Femmes 3	0 6	3 10	3 5	0 2	6 26	32
G.S.T.	Récidives = 0	Hommes 5 Femmes 12	4 22	18 35	7 19	2 2	36 90	126
	Récidives +	Hommes 0 Femmes 1	1 5	2 1	4 3	0 0	7 10	17
G.T.	Récidives = 0		36	46	95	45	17	239
	Récidives +		4	12	16	15	2	49

Catégorie 1: Réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence

Catégorie 2: Troubles névrotiques

Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité

Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline

Catégorie 5: Epilepsie, oligophrénie, intelligence limitée, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés

thérapeutiques ne différaient pas notablement quant à cette incidence. L'étude du devenir de cette population particulière nous montre, selon le *tabl. 12*, que:

- les récidives de ces suicidants sont particulièrement fréquentes et se distinguent ainsi de la population des suicidants dans son ensemble, puisqu'ils récidivent dans une proportion plus que double. Cela est significatif pour l'ensemble des deux groupes thérapeutiques et pour chacun d'eux séparément.
- Pour les deux groupes thérapeutiques, les récidives sont en nombres à peu près équivalents dans le GR et dans le GST (14/39 pour le GR contre 10/33 pour le GST). Ce n'est donc pas sur cette population particulière que l'impact thérapeutique du GST a porté.

Tableau 12. Récidives de tentamens et tentamens antérieurs

		Tentamen antérieurs		P
		-	+	
G.R.	Récidives -	88	25	< 0,05
	Récidives +	18	14	
G.S.T.	Récidives -	103	23	< 0,05
	Récidives +	7	10	
G.T.	Récidives -	191	48	< 0,001
	Récidives +	25	24	

Répartition diagnostique et modes de prise en charge

Si l'on procède à cette corrélation pour l'ensemble des suicidants, on ne constate pas de différence significative entre hommes et femmes (*tabl. 13 et 14*)¹.

¹ Pour ce qui est du GR, on note une tendance à traiter plus fréquemment les femmes que les hommes, tendance qui n'existe plus du tout dans le GST.

Si l'on compare les deux sous-groupes thérapeutiques (*tabl. 15*), on constate que les suicidants non suivis sont plus nombreux dans le GR pour toutes les catégories diagnostiques.

Si l'on considère les deux sous-groupes thérapeutiques séparément, on peut faire les constatations suivantes:

a) pour le GR

- Si l'on se réfère au *tabl. 16*, on constate que les catégories diagnostiques 1 (réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence) et 2 (troubles névrotiques) font plus fréquemment l'objet d'une absence totale de mesures thérapeutiques que les trois autres catégories diagnostiques, à savoir la catégorie 3 (troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité), 4 (dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline) et 5 (autres). Cette différence n'est toutefois pas significative.

- Si l'on considère les traitements substantiels, on constate que la catégorie 4 (dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline) en fait significativement le plus fréquemment l'objet ($p < 0,05$) (*tabl. 18*).

b) Pour le GST

- La remarque précédente s'applique au GST ($p < 0,05$) (*tabl. 17*).

- On note une diminution de la fréquence des contrôles en passant d'une catégorie diagnostique à l'autre selon l'ordre du *tabl. 19* (hormis la catégorie 5), les différences étant souvent significatives.

On peut résumer ces différentes constatations de la manière suivante:

1. Les contrôles semblent avoir surtout été proposés et effectués auprès des suicidants porteurs de troubles diagnostiques «légers», soit parce que ceux-ci ont

Tableau 13. Tentamens (1971–1973) Diagnostic et prise en charge du GST en fonction du sexe.

Prise en charge	Catégorie 1		Catégorie 2		Catégorie 3		Catégorie 4		Catégorie 5		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ø Mesures	1	1	0	2	2	3	0	1	0	0	3	7
Contrôles 1-2	3	4	2	3	1	7	0	0	1	0	7	14
Contrôles 3-6	1	4	2	9	3	8	2	1	0	1	8	23
Traitements substantiels (sauf contrôles)	0	4	1	12	13	15	7	18	1	1	22	50
Traitements peu suivis et indéterminés	0	0	0	1	0	2	1	2	0	0	1	5
Hosp. psychiatrique (suite non précisée)	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1
Total	5	13	5	27	20	36	11	22	2	2	43	100

Catégorie 1: Réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence

Catégorie 2: Troubles névrotiques

Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité

Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline

Catégorie 5: Epilepsie, oligophrénie, intelligence limite, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés

Tableau 14. Tentamens (1971–1973) Diagnostic et prise en charge du GR en fonction du sexe.

Prise en charge	Catégorie 1		Catégorie 2		Catégorie 3		Catégorie 4		Catégorie 5		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ø Mesures	1	8	3	7	7	7	1	3	1	3	13	28
Contrôles 1-2												
Contrôles 3-6												
Traitements substantiels (sauf contrôles)	0	9	0	8	5	17	5	13	2	7	12	54
Traitements peu suivis et indéterminés	2	2	0	8	6	10	1	1	1	0	10	21
Hosp. psychiatrique (suite non précisée)	0	0	0	0	2	1	3	0	0	1	5	2
Total	3	19	3	23	20	35	10	17	4	11	40	105

Catégorie 1: Réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence

Catégorie 2: Troubles névrotiques

Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité

Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline

Catégorie 5: Epilepsie, oligophrénie, intelligence limite, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés

refusé une autre forme de prise en charge, soit parce que le psychiatre n'a pas jugé nécessaire de recourir à une thérapeutique psychiatrique plus spécifique.

2. Il semble exister dans les deux sous-groupes thérapeutiques une tendance à «accorder» l'intensité du traitement en fonction de la gravité du diagnostic psychiatrique.

Prise en charge par rapport à l'âge

Afin d'éviter un éparpillement trop grand de notre population, nous avons dû procéder à un regroupement des classes d'âge en quatre catégories (tabl. 20).

Trois constatations nous semblent intéressantes:

– Il n'existe pas de variation significative en fonction de la classe d'âge quant à la répartition des différents types de prise en charge, dans aucun des groupes, mais une certaine tendance à moins souvent prendre en charge les jeunes (15–24 ans).

– Si l'on considère la catégorie des contrôles dans le GST, on constate que les femmes de plus de 45 ans reçoivent significativement moins de contrôles que les femmes des deux catégories plus jeunes (15–24 ans et 25–44 ans) ($p < 0,05$). Cette différence ne se

Tableau 15. Tentamens (1971-1973) Diagnostic et prise en charge, GR par rapport au GST.

Prise en charge	Catégorie 1		Catégorie 2		Catégorie 3		Catégorie 4		Catégorie 5		Total	
	G.R.	G.S.T.	G.R.	G.S.T.	G.R.	G.S.T.	G.R.	G.S.T.	G.R.	G.S.T.	G.R.	G.S.T.
Ø Mesures	9	2	10	2	14	5	4	1	4	0	41	10
Contrôles 1-2		7		5		8		0		1		21
Contrôles 3-6		5		11		11		3		1		31
Traitements substantiels (sauf contrôles)	9	4	8	13	22	28	18	25	9	2	66	72
Traitements peu suivis et indéterminés	4	0	8	1	16	2	2	3	1	0	31	6
Hosp. psychiatrique (suite non précisée)	0	0	0	0	3	2	3	1	1	0	7	3
Total	22	18	26	32	55	56	27	33	15	4	145	143

Catégorie 1: Réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence

Catégorie 2: Troubles névrotiques

Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité

Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline

Catégorie 5: Epilepsie, oligophrénie, intelligence limite, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés

Tableau 16. Absence de traitement en GR suivant le diagnostic

	Prop. réelle	%	P
Catégorie 1	9/22	41	n.s.
Catégorie 2	10/26	38	n.s.
Catégorie 3	14/55	25	n.s.
Catégorie 4	4/27	15	n.s.
Catégorie 5	4/15	27	n.s.

Tableau 17. Traitements substantiels en GR suivant le diagnostic

	Prop. réelle	%	P
Catégorie 1	9/27	41	
Catégorie 2	8/26	31	
Catégorie 3	22/55	40	
Catégorie 4	18/27	67	< 0,05
Catégorie 5	9/15	60	

Catégorie 1: Réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence

Catégorie 2: Troubles névrotiques

Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité

Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline

Catégorie 5: Epilepsie, oligophrénie, intelligence limite, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés

Tableau 18. Traitements substantiels en GST suivant le diagnostic sans contrôles

	Prop. réelle	P
Catégorie 1	9/18	
Catégorie 2	24/32	
Catégorie 3	39/56	
Catégorie 4	28/33	< 0,05
Catégorie 5	3/4	

retrouve pas chez les hommes et nous ne pouvons pas l'expliquer d'une manière satisfaisante.

Prise en charge en fonction de l'existence d'une tentative de suicide antérieure

Si l'on se réfère au tabl. 21, on constate qu'il existe une tendance à suivre fréquemment, et d'une manière plus «sérieuse»¹ les suicidants ayant déjà fait une tentative de suicide antérieure ($p < 0,001$). A cet égard, les deux sous-groupes thérapeutiques ne se distinguent pas l'un de l'autre.

A l'intérieur du GST, on constate que les contrôles, sont significativement moins fréquemment utilisés comme mesure thérapeutique chez les suicidants ayant fait une tentative de suicide antérieure ($p < 0,001$), comme si ce facteur de risque supplémentaire avait pour conséquence que l'on ne pouvait plus se contenter de contrôles seulement.

¹ à l'aide de traitements substantiels.

Tableau 19. Traitements substantiels en GST suivant le diagnostic

	Prop. réelle	%	p	
Catégorie 1	12/18	67		
Catégorie 2	16/32	50		
Catégorie 3	19/56	35		
Catégorie 4	3/33	9		
Catégorie 5	2/4	50		

- Catégorie 1: Réaction dépressive, conflit, crise d'adolescence
- Catégorie 2: Troubles névrotiques
- Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité
- Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline
- Catégorie 5: Epilepsie, oligophrénie, intelligence limite, syndrome psycho-organique, divers et indéterminés

Récidives de tentatives de suicide et suicides réussis en fonction des prises en charge thérapeutiques

Si l'on se réfère au tabl. 22, on constate que les réci-

dives et suicides réussis sont plus fréquents chez les suicidants ayant fait l'objet d'un traitement substantiel que chez ceux ayant suivi une autre forme de traitement ou pas de traitement du tout. Cette différence est significative si l'on prend en considération le GT ($p < 0,01$) et le GST ($p < 0,01$).

Réciproquement, si l'on prend en considération les suicidants non traités, ceux-ci récidivent moins fréquemment dans leur ensemble que le reste des suicidants, mais cette différence n'est pas significative (5/51 contre 44/237).

Un tel résultat peut surprendre et donner à penser que les traitements psychiatriques substantiels contribuent à la récidence! Nous pensons cependant pouvoir expliquer ce résultat d'une manière différente, en mettant en rapport l'adaptation thérapeutique aux suicidants porteurs du plus grand nombre de facteurs de risques de récidence ou de suicide, les mesures utilisées n'étant cependant pas assez efficaces ou insuffisamment adaptées pour obtenir la prévention souhaitée.

Si l'on prend en considération les suicidants ayant fait l'objet de contrôles, on constate qu'un seul de ceux-ci

Tableau 20. Tentamens (1971-1973) Prise en charge et âge.

Prise en charge	G.R.				G.S.T.				G.R.				G.S.T.				G.T.											
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		total				total				total											
	15 à 24	25 à 44	45 à 64	≥ 65	15 à 24	25 à 44	45 à 64	≥ 65	15 à 24	25 à 44	45 à 64	≥ 65	15 à 24	25 à 44	45 à 64	≥ 65	15 à 24	25 à 44	45 à 64	≥ 65	15 à 24	25 à 44	45 à 64	≥ 65				
∅ Mesure ou peu suivis	10	9	4	0	19	24	6	0	2	2	0	0	7	2	2	1	29	33	10	0	9	4	2	1	38	37	12	1
Contrôles									6	5	3	1	18	18	1	0					24	23	4	1				
Traitements substantiels (sans contrôles)	4	4	4	0	17	25	10	2	9	10	2	1	13	27	7	3	21	29	14	2	22	37	9	4	43	66	23	6
Hosp. psychiatrique (suite non précisée)	0	4	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5	1	1	1	1	1	1	0	1	6	2
Total	14	17	9	0	36	50	16	3	18	18	5	2	38	47	11	4	50	67	25	3	56	65	16	6	106	132	41	9

Tableau 21. Tentamens (1971-1973) Prise en charge et tentamen antérieur (TA).

Prise en charge	G.R.				G.S.T.				G.R.		G.S.T.		G.T.	
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		total		total		total	
	TA = 0	TA +	TA = 0	TA +	TA = 0	TA +	TA = 0	TA +	TA = 0	TA +	TA = 0	TA +	TA = 0	TA +
∅ Mesures	13	0	25	3	2	1	7	0	38	3	9	1	47	4
Contrôles 1-2					7	0	12	2			19	2	19	2
Contrôles 3-6					7	1	21	2			28	3	28	3
Traitements substantiels (sauf contrôles)	8	4	34	20	17	5	30	20	42	24	47	25	89	49
Traitements peu suivis et indéterminés	9	1	12	9	1	0	4	1	21	10	5	1	26	11
Hosp. psychiatrique (suite non précisée)	4	1	1	1	2	0	0	1	5	2	2	1	7	3
Total	34	6	72	33	36	7	74	26	106	39	110	33	216	72

Tableau 22. Tentamens (1971-1973) Prise en charge et récurrence (suicide compris).

Récurrence (R) Prise en charge	G.R.				G.S.T.				G.R.		G.S.T.		G.T.	
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		total		total		R = 0	R +
	R = 0	R +	R = 0	R +	R = 0	R +	R = 0	R +	R = 0	R +	R = 0	R +		
Ø Mesure	13	0	23	5	3	0	7	0	36	5	10	0	46	5
Contrôles 1-2					7	0	14	0			21	0	21	0
Contrôles 3-6					8	0	22	1			30	1	30	1
Traitements substantiels (sauf contrôles)	12	0	36	18	15	7	42	8	48	18	57	15	105	33
Traitements peu suivis et indéterminés	7	3	18	3	1	0	4	1	25	6	5	1	30	7
Hosp. psychiatrique (suite non précisée)	2	3	2	0	2	0	1	0	4	3	3	0	7	3
Total	34	6	78	26	36	7	90	10	113	32	126	17	239	49

Tableau 23. Tentamens (1971-1973) Prise en charge et récurrence dans la catégorie diagnostique 3.

Prise en charge	G.R. total		G.S.T. total	
	Récurrence = 0	Récurrence +	Récurrence = 0	Récurrence +
Ø Mesure	12	2	5	0
Contrôles 1-2			8	0
Contrôles 3-6			11	0
Traitements substantiels (sauf contrôles)	16	6	25	3
Traitements peu suivis et indéterminés	12	4	2	0
Hosp. psychiatriques (suite non prévue)	2	1	2	0
Total	42	13	53	3

Catégorie 3: Troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité

a récidivé. A ce titre, il est intéressant de comparer (tabl. 22) les mesures thérapeutiques reçues par les récidivants ou suicidés en fonction des deux sous-groupes thérapeutiques: on constate ainsi que sur 17 récidives et suicides, 15 étaient suivis par un traitement substantiel dans le GST, 1 seul en contrôle et 1 «peu suivi», alors que sur 32 récidives et suicides du GR, 16 recevaient un traitement substantiel, 8 étaient peu suivis, 5 pas suivis du tout et 3 avaient été hospitalisés directement en milieu psychiatrique.

Cela nous a amené à tenter de comparer les suicidants non suivis et peu suivis du GR, aux suicidants non suivis, peu suivis et contrôlés du GST¹: on voit alors apparaître une différence significative, puisque 2 seulement sur 68 récidivent dans le GST, contre 11 sur 72 dans le GR ($p < 0,05$). Cela donne à penser que dans le GST, l'introduction des contrôles a permis d'ajouter

un nouvel élément favorable à la gamme des thérapeutiques en vue d'une prévention de récidives ou de suicides.

Pour terminer, nous allons encore procéder à l'Etude de deux groupes diagnostiques en fonction de la prise en charge et des récidives de tentatives de suicide et suicides. Les deux catégories diagnostiques ont été choisies, l'une en fonction des résultats obtenus (catégorie 3: troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité), l'autre en fonction de la gravité du diagnostic psychiatrique (catégorie 4: Dépression endogène, involutive,

¹ Nous pensons qu'il s'agit de deux sous-groupes comparables, composés des suicidants qui, en général, à moins de définir une stratégie thérapeutique spéciale (comme l'ont été les contrôles), ne font pas l'objet d'une véritable prise en charge thérapeutique.

Tableau 24. Tentamens (1971–1973) Prise en charge et récurrence dans la catégorie diagnostique 4.

Prise en charge	G.R. total		G.S.T. total	
	Récurrence = 0	Récurrence +	Récurrence = 0	Récurrence +
Ø Mesure	2	2	1	0
Contrôles 1-2			0	0
Contrôles 3-6			3	0
Traitements substantiels (sauf contrôles)	15	3	18	7
Traitements peu suivis et indéterminés	1	1	3	0
Hosp. psychiatriques (suite non prévue)	1	2	1	0
Total	19	8	26	7

Catégorie 4: Dépression endogène, involutive, ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline

ménopausique, puerpérale, mixte; schizophrénie, borderline):

– Pour la catégorie 3 (troubles caractériels et de la personnalité, abandonnisme, alcoolisme, toxicomanie, homosexualité), nous avons déjà constaté (tabl. 23) que la différence du nombre de récurrences est particulièrement grande d'un groupe thérapeutique à l'autre ($p < 0,05$), alors que sur le plan des prises en charge, beaucoup de suicidants sont peu ou pas suivis dans le GR (30 dont 6 récidivent contre 7 seulement (sans récurrence) dans le GST), tandis qu'ils sont fréquemment contrôlés dans le GST (19 sans récurrence). On pourrait donc imaginer que pour cette catégorie diagnostique, la mise sur pied des contrôles a été particulièrement judicieuse.

Pour ce qui est de la catégorie 4 (borderline, schizophrènes et dépressions psychotiques) (tabl. 24), les différences quant aux récurrences et aux prises en charge sont beaucoup moins nettes. Notons cependant que toutes les récurrences du GST se font à l'intérieur du groupe des traitements substantiels, alors qu'ils se répartissent dans toutes les autres catégories thérapeutiques dans le GR. Une explication possible (basée sur notre impression clinique) de cette disparité réside peut-être dans le fait que nos divers modes d'approche du suicidant «psychotique» ont peu d'emprise sur un geste particulièrement mal prévisible chez ces patients.

Discussion générale et conclusions

Si l'on tente maintenant de résumer les divers résultats de cette étude, il apparaît que:

– Notre population de suicidants, dans son ensemble, présente des disparités et des analogies avec d'autres populations de suicidants décrites en Suisse ou à l'étranger, du moins en fonction des critères classiques considérés. Il ne nous semble pas utile d'insister sur ce point, car ces critères classiques (âge, sexe, état civil, mode du tentamen, diagnostic psy-

chiatric), utiles pour situer les populations étudiées, ont peu de valeur pronostique¹.

– A part une petite différence concernant la répartition des modes de tentamen, nos deux sous-groupes thérapeutiques (GR et GST) sont très voisins, selon les critères que nous avons considérés. Cela nous a permis de procéder à une comparaison des deux groupes thérapeutiques, qui suggère, sans le prouver expressément, que l'adjonction de contrôles ambulatoires réguliers aux mesures thérapeutiques traditionnelles contribue à faire diminuer le taux de récurrences de tentatives de suicide et de suicides réussis².

– Notre étude clinique a certainement contribué à réduire localement les nombreux malentendus, tabous et fausses croyances qui rendent l'aide aux suicidants si difficile. En fait, au cours de cette étude et dans les mois qui l'ont suivie, de nombreuses modifications sont intervenues dans notre travail face aux suicidants, dont l'effet a surtout consisté à réduire les phénomènes d'isolement et de clivage entre les divers soignants et les suicidants, et entre les soignants eux-mêmes. Nous en voulons pour preuve la mise sur pied de diverses rencontres multidisciplinaires réunissant des soignants intra- et extra-hospitaliers de diverses fonctions (médecins, infirmières, assistantes sociales, aumôniers, représentants de la Main Tendue, psychiatres, sociologues, etc.)! Ces discussions nous ont entre autres permis de mieux nous rendre compte du caractère souvent ambigu, voire contradictoire, de nos diffé-

¹ La notion de tentamen antérieur, que nous avons également prise en considération, s'est révélée plus utile à cet égard.

² Notons à ce propos qu'Ettlinger, dans sa vaste étude épidémiologique et préventive [3], n'a pas obtenu de différence en faveur d'un groupe plus systématiquement traité. Bien que non entièrement superposable au nôtre, son programme thérapeutique était plus modeste, puisqu'il ne comportait que trois offres thérapeutiques après la tentative de suicide (1 mois, 6 mois, 1 an).

rents rôles, puis de la nécessité de coordonner nos efforts dans une approche plus réaliste des suicidants, capable de tenir compte de la situation de chacun des protagonistes concernés, et ce dès le moment où le suicidant arrive à l'hôpital général. A titre d'exemple, un échange direct des connaissances somatiques (dans le cadre de la médecine de réanimation) et psychiatriques, a permis aux psychiatres de mieux tenir compte de certains effets toxiques (médicamenteux) tardifs, donnant l'impression d'un fonctionnement (pré)psychotique, favorisant des hospitalisations inadéquates de certains suicidants en milieu psychiatrique. Ces éléments nouveaux, retransmis aux somaticiens et aux infirmières, leur ont permis à leur tour de mieux accepter (car en connaissance de cause) la prolongation apparemment superflue des séjours de ces patients à l'hôpital général. Un modèle des interactions les plus fréquentes entre le suicidant, son entourage significatif et les soignants a pu alors être élaboré. Ce modèle s'est révélé très utile dans l'élaboration d'une nouvelle recherche à visée thérapeutique interdisciplinaire, actuellement dans sa phase préliminaire, et dont les premiers résultats sont encourageants [5].

- Du point de vue thérapeutique, les enseignements de la présente étude nous ont amené à définir plus précisément nos buts et à les adapter le plus adéquatement possible à la situation de chaque suicidant, en tenant compte non seulement d'une description du patient et de son contexte, mais également de nos réactions face à lui. L'objectivation scientifique des réactions des soignants nous a paru utile dans le sens de réduire l'impact des sentiments violents que suscitent les suicidants, sentiments tels que la peur, la culpabilité et l'agressivité, qui sont souvent agis plus ou moins inconsciemment, en particulier par les psychiatres, avec toutes les conséquences que l'on sait [11]. Pour ce qui est des contrôles, la révision de chaque cas nous a incité à définir des stratégies également plus souples quant à l'indication, la fréquence, le style et le mode de reprise de contact avec les suicidants qui en font l'objet. Cet exemple de modification vers davantage de souplesse nous paraît essentiel, car nous sommes persuadés que les soignants doivent pouvoir compter sur des ressources thérapeutiques suffisamment diversifiées pour jouir de la sensation de liberté de choix. C'est cette liberté de choix qui fait en général si cruellement défaut aux suicidants, et que nous ne pouvons leur offrir que si nous la possédons nous-même dans notre travail.

Résumé

Cette étude a permis de comparer deux groupes de suicidants admis à l'hôpital général en fonction de deux stratégies thérapeutiques partiellement différentes. Le «Groupe systématiquement traité (GST)», formé de 143 suicidants, comportait, outre les prises en charge classiques (thérapie de soutien, hospitalisation psychiatrique, intervention de crise auprès de couples ou de familles, intervention

combinée, psychothérapie analytique, etc.), la mise sur pied de contrôles ambulatoires (quelque jours après la sortie de l'hôpital, après un mois, trois mois, six mois, un an, deux ans). Le «Groupe de référence (GR)», formé de 145 suicidants, ne comportait quant à lui que les prises en charge classiques. Tous les suicidants des deux groupes furent recontactés deux ans après leur tentamen. Les résultats obtenus suggèrent que la politique des contrôles est probablement responsable de la différence du nombre de récurrences de tentative de suicide et de suicides enregistrés entre le GST et le GR.

Cette étude a également permis, d'une manière plus indirecte, de mieux analyser les problèmes relationnels entre suicidants et soignants et entre soignants eux-mêmes, et leur impact sur la prise en charge des suicidants. Il en est résulté une série de modifications des conduites des soignants dans l'approche des suicidants et de leur entourage dès l'admission à l'hôpital général, et la mise sur pied d'une recherche clinique à visée véritablement interdisciplinaire.

Zusammenfassung

Die Zukunft von im allgemeinen Spital aufgenommenen Suizidanten: Vergleichende Studie von zwei Präventivmodellen

Bei dieser Untersuchung werden zwei Gruppen von Suizidanten verglichen, die im allgemeinen Spital gemäss zwei teilweise verschiedener therapeutischer Strategien aufgenommen wurden: die eine, für die «systematisch behandelte Gruppe (SBG)», die 143 Suizidanten umfasste, besorgte neben den üblichen Betreuungsformen (Stütztherapie, psychiatrische Hospitalisierung, Krisenintervention bei Ehepaaren oder Familien, kombinierte Intervention, analytische Psychotherapie usw.) die Einrichtung ambulanter Kontrollen (ein paar Tage nach Spitalverlassen, nach einem Monat, nach drei Monaten, sechs Monaten, einem Jahr, zwei Jahren). Für die «Kontrollgruppe (KG)», die aus 145 Suizidanten bestand, wurden hingegen nur die üblichen Betreuungsformen eingesetzt. Mit allen Suizidanten der beiden Gruppen wurde zwei Jahre nach ihrem Selbstmordversuch erneut Kontakt aufgenommen. Die erhaltenen Ergebnisse lassen schliessen, diese Kontrollenpolitik sei wahrscheinlich für den Unterschied in der Anzahl der Rückfälle bei Selbstmordversuchen und Selbstmorden zwischen der SBG und der KG verantwortlich.

Die Untersuchung hat ebenfalls auf indirekte Weise erlaubt, die Beziehungsprobleme zwischen den Suizidanten und dem Pflegepersonal und unter den Pflegern selbst sowie ihren Einfluss auf die Übernahme der Suizidanten besser zu analysieren. Daraus entstand nun eine Reihe von Abänderungen im Verhalten der Pfleger den Suizidanten und deren Umgebung gegenüber, schon bei der Aufnahme im allgemeinen Spital. Weiter ist auch eine klinische Untersuchung mit tatsächlich interdisziplinärer Absicht unternommen worden.

Summary

The Future of Suicide Attempters Admitted to a General Hospital-Comparative Study of two Patterns of Preventive Follow-up Care

This is a comparative study of two groups of suicide attempters admitted in a general hospital, who were treated in different ways. The 143 attempters of the "systematically treated group (STG)" were proposed the classical therapeutic measures (supportive psychotherapy, psychiatric hospitalization, crisis interventions within couples or families, mixed interventions with the above treatments, psychoanalytically oriented psychotherapy, etc.), plus ambulatory controls (a few days after discharge from the general hospital, after one month, three months, six months, a year and two years). The 145 attempters of the "reference group (RG)" were proposed the classical measures only. All the attempters of both groups had a follow-up after two years. The results suggest the controls to be probably responsible for the difference of relapses and committed suicides between the two groups.

More indirectly, this study facilitated a further analysis of the relational problems between suicide attempters and staff, and among staff members themselves. The consequences were a modification of some attitudes of the staff toward the attempters and their significant others, and a new collaboration for an interdisciplinary clinical research.

Bibliographie

- [1] *Boecher, F.*, Suizide und Suicidversuche in der Grossstadt (Stuttgart, G. Thieme Verlag, 1973).
- [2] *Dublin, L. I.*, Suicide: a sociological and statistical study (New York, Ronald Press, 1963).
- [3] *Ettlinger, R.*, Evaluation of suicide prevention after attempted suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 260, 1975.
- [4] *Evans, J. G.*, Deliberate self-poisoning in the oxford area, *Brit. J. prev. soc. Med.* 21, 94–107 (1967).
- [5] *Gerber, A.*, et *Wulliemier, F.*, Première évaluation d'un essai d'approche interdisciplinaire du suicidant à l'hôpital général, *Médecine et Hygiène* 36, 1283–1287 (1971).
- [6] *Hubscher, J.-C.*, Le suicide et la tentative de suicide (Berne, Bureau fédéral de statistique, 1971).
- [7] *Kessel, N.*, The respectability of self-poisoning and the fashion of survival, *J. Psychosom. Res.* 10, 29–36 (1966).
- [8] *Kessel, N.*, et *McCulloch, W.*, Repeated acts of self-poisoning and self-injury, *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 59, 89–92 (1966).
- [9] *Lester, D.*, The myth of suicide prevention. *Comprehensive Psychiatry* 13, 555–562 (1972).
- [10] *Light, D.*, Professional problems in treating suicidal persons, *OMEGA* 7, 59–68 (1976).
- [11] *Light, D. W.*, Psychiatry and Suicide: The Management of a Mistake, *A.J.S.* 77, 821–838 (1972).
- [12] *Mieville, Cl.*, La tentative de suicide, vraie ou fausse maladie? Contre-attitudes du milieu hospitalier devant la tentative de suicide, *Médecine et Hygiène* 29, 1283–1287 (1971).
- [13] *Motto, J. A.*, Suicide Attempts, *Arch. Gen. Psychiat.* 13, 516–520 (1965).
- [14] *Pallis, D. J.*, Indices of suicidality in attempted suicides. Proceedings of the IXe International Congress on suicide prevention and crisis intervention, Helsinki, 1977: in press.
- [15] *Retterstøel, N.*, Long-term prognosis after attempted suicide. A personal follow-up examination (Oslo, Scandinavian University Books, Universitets-forlaget, 1970).
- [16] *Ringel, E.*, *Der Selbstmord* (Vienna, Maudrich, 1952).
- [17] *Schneider, P.-B., Marini, P., et Meylan, D.*, Contribution à l'étude de la prévention du suicide, *Archives suisses de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie* 118, 307–355 (1976).
- [18] *Selkin, J.*, et *Morris, J.*, Some behavioral factors which influence the recovery rate of suicide attempters, *Bulletin of Suicidology* 8, 29–38 (1971).
- [19] *Shein, H. M.*, Suicide care: obstacles in the education of psychiatric residents, *OMEGA* 7, 75–81 (1976).
- [20] *Stengel, E.*, et *Cook, N. G.*, Attempted suicide: its social significance and effects, London, Maudsley monographs, No 4, 1958.
- [21] *Tourraine, J.*, et *Bloch, A.*, La tentative de suicide: approche psychiatrique en hôpital général, *Schweiz. Med. Wochenschrift* 100, 58–64 (1970).
- [22] *Tuckman, J.*, et *Yougman, W. F.*, A scale for assessing suicide risk of attempted suicides, *Public Health Reports* 78, 585–587 (1963).
- [23] *Woodruff, R. A., Clayton, P. J., et Guze, S. B.*, Suicide attempts and psychiatric diagnosis, *Physicians Postgraduate Press* 33, 617–621 (1972).
- [24] La prévention du suicide (Genève, OMS, 1969).

Mitteilungen Communications

Rapport du Conseil d'Etat vaudois au Grand Conseil sur le Plan hospitalier cantonal

Dans sa session de novembre-décembre 1978, le Grand Conseil vaudois a étudié et pris acte du rapport susmentionné. Nous pensons utile d'attirer l'attention sur ce document traitant de l'évolution de la situation sanitaire et hospitalière des douze dernières années dans le canton de Vaud, parce qu'il contient (en plus d'indications concernant spécifiquement le canton) une série de considérations de politique sanitaire générale. Il discute de façon relativement détaillée la question du financement des coûts d'hospitalisation. A noter que, sur la base de ce texte, le Grand Conseil a adopté une loi nouvelle sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public. Des exemplaires du rapport peuvent être obtenus auprès du Service de la santé publique, Cité-Devant 11, 1005 Lausanne.

**Schweizerische Kommission für das Jahr des Kindes, Werdrstrasse 36, 8021 Zürich
Kinder haben Rechte**

- 1. Das Recht auf Gleichheit, unabhängig von Rasse, Religion, Herkunft, Geschlecht.
- 2. Das Recht auf eine gesunde geistige und körperliche Entwicklung.
- 3. Das Recht auf einen Namen und eine Staatszugehörigkeit.
- 4. Das Recht auf genügende Ernährung, Wohnung und ärztliche Betreuung.

- 5. Das Recht auf besondere Betreuung, wenn es behindert ist.
- 6. Das Recht auf Liebe, Verständnis und Fürsorge.
- 7. Das Recht auf unentgeltlichen Unterricht, auf Spiel und Erholung.
- 8. Das Recht auf sofortige Hilfe bei Katastrophen und Notlagen.
- 9. Das Recht auf Schutz vor Grausamkeit, Vernachlässigung und Ausnutzung.
- 10. Das Recht auf Schutz vor Verfolgung und auf eine Erziehung im Geiste weltumspannender Brüderlichkeit und des Friedens.

Auszug aus der Deklaration der Rechte des Kindes, proklamiert von den Vereinten Nationen am 20. November 1959.



Internationales
Jahr des Kindes 1979

**10e Conférence internationale sur l'éducation pour la santé
Londres, 2–7 septembre 1979**

Le «Health Education Council» anglais et la «Health Education Unit» de l'Ecosse ont distribué récemment le programme de cette 10e Conférence internationale, organisée sous les auspices de l'Union internationale d'éducation pour la santé. Le thème principal en est «Education pour la santé en action: réalisations et priorités». Ses trois sous-thèmes sont:

- Politique sanitaire (et éducation pour la santé)
- L'éducation pour la santé et la jeunesse
- Méthodologie

Dans le cadre du troisième sous-thème, les sujets abordés incluront la prévention des maladies dégénératives (en particulier cardio-vasculaires), des maladies transmises par voie sexuelle, la planification familiale, les problèmes nutritionnels, les problèmes d'intégration sociale et les accoutumances et toxicomanies.

A noter encore que la Conférence comprendra aussi un programme de présentations de films en rapport avec l'éducation pour la santé et huit ateliers traitant de divers aspects de la technologie utilisable. Il y aura bien sûr un programme de visites pour les personnes accompagnantes.

Compte tenu de la proximité relative du lieu de la Conférence et du renouveau que semble connaître l'éducation pour la santé dans notre pays, on doit souhaiter qu'un certain nombre de Suisses y participeront. Des