

# Vers une dé-psychiatisation dans l'approche de la prévention du suicide



2ÈMES ASSISES DE LA FEALIPS  
MARDI 4 FÉVRIER 2014

PR. JEAN-PIERRE SOUBRIER  
EXPERT OMS  
CENTRE RESSOURCE EN SUICIDOLOGIE - CRES

# INTRODUCTION



- « C'est à partir de mes interrogations sur l'acte suicide de personnes rencontrées après une tentative à la Clinique Toxicologique de l'Hôpital Fernand Widal dans les années 60 que je me suis intéressé à la prévention du suicide »
- Qui sont les suicidants ? Des malades mentaux ou des personnes en détresse sans étiquette ou diagnostique nosographique ?
- Faut-il alors dé-psychiatriser le suicide ou le destigmatiser ?



## QUELS SONT LES FAITS ?

La majorité des statistiques officielles de mortalité par suicide et des études épidémiologiques correspondantes ne font état que du suicide de personnes atteintes de maladies mentales ou de désordre mental.

- S'agit-il d'une maladie ou d'un désordre dans lequel se retrouve ce qu'apporte la clinique moderne (nosographie) : la pathologie des conduites (behavioural disorder) comprenant les comportements autodestructeurs (self destructive behavior).
- Vives discussions lors de l'élaboration du nouveau manuel Américain de diagnostique psychiatrique : DMC n°5.

## 2 exemples, selon différentes périodes



### 1<sup>er</sup> exemple:

#### **Étude personnelle de 1969**

- Sur 630 suicidants examinés à l'Unité de Suicidologie de l'Hôpital Fernand Widal, uniquement 117 patients (19%) furent orientés en milieu psychiatrique.
- Des 513 restants (81 %), certains en majorité dépressifs ou névrosés ou autre tel que toxicomane, étaient soit orientés vers leur thérapeute habituel ou ils leur furent recommandés d'accepter une prise en soin de leurs souffrances psychologiques.
- Dans un souci de prévention de la récurrence suicidaire appelé à l'époque postvention ou prévention tertiaire



- « Finalement, on ne sait plus si l'on fait de la prévention de la récurrence ou de la rééquilibration psychologique (restauration) dans un moment de crise suicidaire. »

### **2<sup>ème</sup> exemple:**

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne publie que des résultats fournis par les gouvernements
- Jusqu'à récemment le suicide ne surviendrait qu'en cas de maladies mentales selon 5 catégories diagnostiques psychiatriques pour plus de 90 %.



- En 2004, l'OMS, dans un rapport sur l'efficacité des programmes, insista sur l'inconsistance des définitions rendant très difficile la comparaison et l'étude des résultats d'une étude à l'autre.

Ce n'est que dans les études des suicides des malades mentaux ou des jeunes en période scolaire que l'on a pu obtenir quelques précisions valables.

- Étude sur 30 types d'actions préventives dont aucune ne s'était avérée officiellement efficace.



- Une étude du Gouvernement Ecossais sur l'efficacité des interventions pour prévenir le suicide et les comportements suicidaires précisa que 46 % des études sont exclusivement consacrées aux interventions dans les populations psychiatriques et qu'il existe très peu de preuves relatives à l'intervention dans les populations générales.
- La seule efficacité reconnue serait celle des traitements psychotropes dans une population psychiatrique donnée et à long terme.



Il convient de se positionner sur des études suicidologiques comprenant tous les facteurs intervenants dans le phénomène suicide

- **Nécessité réaliste d'une dé-psychiatisation du suicide allant de pair avec la destigmatisation du suicide c'est-à-dire du tabou**



- S'agit-il d'un hasard mais la destigmatisation des troubles mentaux a été souhaitée au début des années 2000 par l'Association Mondiale de Psychiatrie.
- Autre hasard : la création par cette association d'une section scientifique de Suicidologie.

## Cette discussion n'est pas récente



- 1981 : lors du 11<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide, Georges Lanteri-Laura avait posé la question de la constatation ou de la nécessité d'un retour de la psychiatrie dans l'étude du suicide, la psychiatrie ayant été depuis fort longtemps la seule référence scientifique du phénomène suicide. Mise à part les études sociologiques du 19<sup>ème</sup> siècle.

Le psychiatre doit être aidé afin de ne pas considérer le suicide comme uniquement un symptôme, un événement ou un accident d'une maladie mentale existante.



**Il faut certainement une grande expérience pour commencer à comprendre la signification du suicide.**

- Collaboration étendue des divers intervenants et acteurs de la prévention du suicide que sont les Associations : elles nous aident à sortir de la remarque historique « la psychiatrie, seule référence scientifique du phénomène suicide »
- Célèbre conclusion de Sigmund Freud lors de l'unique séminaire psychanalytique de 1910 consacré au suicide :  
« Messieurs, j'ai l'impression, malgré les éléments importants qui ont été fournis dans cette discussion, que nous n'avons pas atteint une décision du problème qui nous intéresse tous..... Mettons en suspend notre jugement dans l'attente que notre expérience solutionne ce problème. »



- Article publié par des chercheurs de l'Université de Columbia (New-York) paru dans le numéro de Décembre 2013 du Journal de l'Association Américaine de Suicidologie (Suicide and Life-Threatening Behavior) étudiant l'opinion des adolescents sur le suicide comparée à celle des adultes.

Il s'agissait en fait de savoir si le suicide était ou non un trouble psychiatrique sinon quoi.



- Étude effectuée sur 2419 interviews : pose la question du rôle de la maladie mentale dans le suicide.
- 16,6 % pensaient que le suicide est le fait d'une maladie mentale.
- Pour 73,1 %, le suicide n'est pas pathologique mais le fait d'un moment difficile de l'existence dans lequel un problème n'a pas trouvé de solution satisfaisante.
- A l'inverse de ce que penseraient les adultes de plus de 50 ans.



- Toute stigmatisation entraîne un blocage dans la révélation de la détresse suicidaire, dans la recherche d'aide, et la poursuite d'une prise en soin ou d'un traitement en cours.
- Une mise en garde fortement logique, réaliste, souligne l'ambiguïté de l'approche psychiatrique du suicide qui d'un côté normalise le suicide et de l'autre stigmatise les attitudes vis-à-vis de la maladie mentale.
- Avec le risque de banaliser l'étiologie du comportement suicidaire dans les programmes de prévention du suicide.



- Les programmes de prévention devraient laisser de côté l'exploration de la cause du comportement suicidaire et se concentrer sur la promotion de messages positifs comprenant les possibilités de recours à l'aide et de l'utilisation de mécanismes relationnels destinés aux étudiants en détresse.
- Ce qui pourrait s'appeler les facteurs protecteurs.

# CONCLUSION OU PERSPECTIVES



- La dé-psychiatisation du suicide ne peut s'effectuer qu'avec le soutien et la collaboration des Associations représentant la société.
- C'est-à-dire rappelant l'importance des facteurs sociaux dans la précipitation du suicide.
- Cependant, cette dé-psychiatisation ne peut se faire qu'en parallèle d'une double destigmatisation de la maladie mentale et du tabou suicide.



- L'optique est la même pour tous :
  - Prévenir le suicide ;
  - Éviter les dérives permissives ;
  - Encourager la solidarité populaire ;
  - Reconnaître l'existence d'une authentique suicidologie, étude scientifique du suicide, une science humaine contemporaine.