

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2005

THESE N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 7 avril 1988)

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 octobre 2005 à Poitiers

Par

Mikaël HUMEAU

Né le 4 mai 1976

à Bordeaux (Gironde)

CONDUITES SUICIDAIRES AU MOYEN D'UNE ARME A FEU
APPROCHE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DANS LE CADRE DE
LA PSYCHIATRIE DE LIAISON
A propos de 161 cas hospitalisés au CHU de Poitiers entre 1992 et 2005

JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Monsieur le Professeur Daniel MARCELLI

Monsieur le Docteur Francis CHABAUD

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie PAPET

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Vous nous avez engagé, par vos conseils précieux de lecture et votre enseignement au chevet du patient, sur la voie de l'approche clinique et psychopathologique,

Vous nous avez montré l'espace d'action du psychiatre, à l'interface des disciplines connexes telles que le droit et les sciences humaines.

Vous nous avez transmis la richesse du travail de psychiatrie de liaison et la nécessité d'une remise en question permanente et d'une adaptation continue dans ce milieu où le psychiatre importe ses connaissances et son savoir-faire.

Nous vous exprimons notre sincère reconnaissance, notre attachement et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Vous nous avez enseigné l'essentiel de ce que nous savons des conduites suicidaires. Nous avons été particulièrement sensibles à votre approche clinique de la psychiatrie, ancrée dans des sources littéraires et historiques qui ne sont pas sans rappeler que la psychiatrie ne peut que s'enrichir à leur contact.

Vous nous avez transmis votre intérêt pour toutes ces disciplines et nous vous en remercions.

A Monsieur le Professeur Daniel MARCELLI

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

En tant que psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et psychopathologue, vous nous avez transmis, au cours de notre stage dans votre service et, à travers vos enseignements et séminaires de lecture, toute l'importance et la pertinence de l'approche et de la compréhension psychodynamique des troubles psychiques.

A ce titre, vous nous avez fait partager votre intérêt pour le psychisme et, vous nous avez d'ailleurs montré toute sa complexité qui n'a d'égal que sa richesse.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de nos remerciements et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Francis CHABAUD

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Nous vous remercions pour le soutien et l'intérêt que vous avez porté pour ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici tout le témoignage de notre reconnaissance, en particulier, pour votre collaboration dans le recueil et l'exploitation des données épidémiologiques, ainsi que dans leur interprétation.

A Madame le Docteur Nathalie PAPET

Nathalie,

Tu m'as accompagné et dirigé tout au long de cette difficile élaboration que représente un travail de thèse.

Ta rigueur, la qualité de tes conseils et de ton soutien, fruits non seulement d'une expérience confirmée en matière de direction de thèse, mais également de ta personnalité, ont permis à cette recherche d'aboutir à la fois dans sa conception et dans sa réalisation.

Ton approche singulière du patient, de la psychiatrie et de l'institution, qui laisse une place large à la pensée et au psychisme, m'ont fait découvrir les richesses et les finesses, mais aussi parfois les pièges de cette discipline.

Pour tout ce qui fait que les rencontres en tant qu'interne de psychiatrie s'avèrent déterminantes, trouve ici l'expression de mon amitié et de ma profonde reconnaissance.

Nous remercions **Marie-Alexandra KASOLTER-PERE**, psychologue attachée de recherche, pour son dévouement, son optimisme à toute épreuve, ses encouragements et son soutien pour ce travail. Nous lui témoignons ici de notre profonde et sincère reconnaissance pour son aide à la conception de l'étude et à l'interprétation statistique. Enfin, nous lui communiquons nos sentiments les plus amicaux ;

Nous remercions vivement l'équipe de l'UCMP, en particulier les infirmières et infirmiers, **Myriam BAUD**, **Maria-Elisabeth PLOQUIN**, **Patricia ROUSSEAU** et **Dominique MESLIER**, pour leur soutien, leur forte participation dans le screening des agendas et leur motivation pour ce travail. Nous remercions également le secrétariat médical de l'UCMP, **Sabine GUILBOT-SENTORENS** et **Natacha ARTAUD**, pour la sélection et le recueil des dossiers;

Nous remercions **Mademoiselle Céline SERAZIN**, statisticienne à l'Observatoire Régional de la Santé de la région Poitou-Charentes, pour son aide à l'exploitation des données régionales, ainsi que sa disponibilité ;

Nous remercions **Monsieur le Docteur Roland BOUET**, médecin responsable du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers, ainsi que le service informatique, pour leur contribution au recensement des patients à inclure dans notre étude ;

Nous remercions spécialement **Monsieur le Docteur Steve LAFAURIE** pour le montage du court extrait du film « *Bowling for Columbine* » réalisé par Michael MOORE.

A mes parents, pour leur soutien et leur stimulation tout au long des études de médecine, cette thèse leur est particulièrement dédiée ;

A mon épouse Aurélie, pour ses conseils, son soutien, la mise en page... mais également pour son endurance, sa résistance à toute épreuve, et ses « capacités extraordinaires de résilience » face aux multiples découragements et remises en question que peuvent susciter parfois le travail d'une thèse ;

A mon fils Louis, qui a su d'une certaine façon trouver les mots pour me montrer à quel point ce travail de thèse était vécu intensément au sein de notre cellule familiale, et sans qui ce travail ne serait peut-être pas encore achevé à ce jour... ;

A ma fille qui va naître bientôt, et qui a accompagné, dans mes pensées, chacune de mes heures passées à tenter de mener à terme cette entreprise ;

A Monsieur le Docteur Philippe DOUCET, sans qui le choix de la spécialité psychiatrie n'aurait peut-être jamais été fait ;

A Monsieur le Docteur Cyril MANZANERA, pour la qualité de ses enseignements au lit du patient en tant que chef de clinique assistant durant ma première année d'internat, et pour tous les moments que nous avons partagés durant cette année et après ;

A Monsieur le Docteur Emmanuel CHAVANEAU et à **Marie LAIDAIN**, pour leur approche singulière de la pédopsychiatrie qu'ils sont attachés à transmettre et à défendre, sans oublier leurs qualités humaines et leur amitié, pour tout ce que nous avons partagé au cours et en dehors de notre stage ;

A toutes ces rencontres qui m'ont été si précieuses tout au long de mon internat en psychiatrie...

« Gratuité absurde, trou noir et vide abyssal du rien, mort solitaire sans la compagnie fraternelle des autres, mort qui ne profite à personne, mort vide de tout contenu au bénéficiaire, responsabilité devant rien ni personne, cette mort stérile est peut-être ce qu'on appelle l'enfer »

Vladimir JANKELEVITCH - La mort (1977)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p.1
---------------------------	-----

PARTIE I : DES CONDUITES SUICIDAIRES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES ARMES A FEU

I. Le suicide et les armes à feu : une approche historique des suicides par le moyen	p.5
<i>A. L'Antiquité Gréco-Romaine, entre blâme et éloge du suicide en fonction du moyen</i>	p.5
1. Le suicide par pendaison	p.6
2. Le suicide par noyade	p.6
3. Le suicide par le fer ou le suicide des héros	p.7
<i>B. De la condamnation par la religion au Moyen Age à la réhabilitation du suicide en tant qu'acte noble au cours de la Renaissance</i>	p.7
1. La pendaison et la noyade : deux modes de suicide fréquemment utilisés au Moyen Age	p.7
2. La Renaissance, vers une réhabilitation du suicide en tant qu'acte noble et des moyens de suicide propres à chaque catégorie sociale	p.8
<i>C. Le Siècle des Lumières, de nouveaux motifs de suicide et le recours à un moyen noble : le pistolet</i>	p.11
1. Se donner la mort avec un moyen noble et « raffiné »	p.12
2. Suicide romantique et suicide philosophique	p.12
3. Vers un début d'approche épidémiologique du suicide : étude des moyens dans le contexte de la Révolution Française.....	p.16
<i>D. Le XIX^{ème} siècle, ou l'apport fondamental de l'étude statistique des suicides et des moyens de suicide</i>	p.17
1. Retour des valeurs collectives et condamnation du suicide patriotique	p.17
2. Les effets de la révolution industrielle sur l'augmentation du taux de suicides	p.17
3. Le développement des armes à feu	p.18
4. Naissance de la psychiatrie et « nouvelles » considérations pour le suicide	p.18
5. Apports de la sociologie	p.19
<i>E. Le XX^{ème} siècle, « le temps des périls »... et de la prévention</i>	p.25
1. Guerres, crises économiques et suicide	p.26
2. Freud et le suicide, ou l'institution analytique touchée au cœur par le suicide par arme à feu de Victor Tausk (1919)	p.28

3. Les temps de paix et l'émergence de la prévention	p.29
--	------

II. Approche épidémiologique des conduites suicidaires

au moyen d'une arme à feu	p.32
--	-------------

<i>A. Tendances séculaires</i>	<i>p.33</i>
--------------------------------------	-------------

1. Le suicide et ses moyens de 1835 à 1960 : à partir des statistiques judiciaires	p.33
2. De 1950 à nos jours : à partir des statistiques sanitaires	p.33

<i>B. Données épidémiologiques actuelles : les armes à feu comme moyen de suicide au centre des préoccupations actuelles des pays industrialisés</i>	<i>p.34</i>
--	-------------

1. L'arme à feu, premier mode de suicide aux Etats-Unis	p.35
2. L'Australie et le Canada : une situation épidémiologique qui rejoint celle des Etats-Unis	p.38
3. L'exception anglaise	p.38
4. Suicides et tentatives de suicide en France : accroissement du recours au moyen arme à feu malgré une tendance globale à la baisse	p.39
5. La région Poitou-Charentes : une suicidalité par arme à feu particulièrement élevée	p.43

III. De quelques aspects cliniques de la rencontre avec le patient

suicidant par arme à feu	p.50
---------------------------------------	-------------

<i>A. Une rencontre dans l'après-geste</i>	<i>p.50</i>
--	-------------

<i>B. La destruction de soi comme tentation face à la dépression</i>	<i>p.53</i>
--	-------------

<i>C. Aspects psychologiques liés aux conséquences physiques du geste suicidaire, en particulier la défiguration</i>	<i>p.54</i>
--	-------------

1. Le regard, support du lien intersubjectif	p.54
2. Malaise dans la relation soignant-soigné	p.55

<i>D. L'acte homicide-suicide : de la singularité du geste dans ses rapports avec le moyen arme à feu</i>	<i>p.56</i>
---	-------------

IV. Apports de la balistique ou le nécessaire lien avec la médecine légale

p.59

V. Approche psychopathologique des conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu	p.62
<i>A. Les conduites suicidaires : l'hypothèse d'un meurtre transposé</i>	<i>p.63</i>
<i>B. Le passage à l'acte suicidaire ou l'agir retourné contre soi-même</i>	<i>p.67</i>
1. Les tentatives de suicide à l'adolescence : un modèle psychopathologique opérant pour une meilleure compréhension des conduites suicidaires chez l'adulte	p.68
2. Du passage à l'acte à l'« acting out » dans l'agir suicidaire	p.70
<i>C. Approche psychopathologique du choix de l'arme à feu comme moyen d'autodestruction</i>	<i>p.72</i>
1. L'arme à feu, un choix empreint d'un symbolisme sexuel	p.75
2. De la « valeur psychologique » du choix du moyen.....	p.76
3. De la violence et de l'autodestruction dans l'emploi d'une arme à feu ou des rapports entre violence et suicide	p.77
4. Le corps en jeu dans le choix du moyen	p.78
5. De l'impulsivité dans son rapport avec la dimension violente du moyen employé : l'hypothèse sérotoninergique	p.79
6. De la létalité du moyen dans son rapport à l'intentionnalité suicidaire	p.80
7. L'arme de service, un choix singulier.....	p.83
VI. Le suicide par arme à feu et la prévention	p.85
<i>A. La question de la disponibilité du moyen</i>	<i>p.86</i>
1. Des effets historiques de la réduction de la disponibilité du moyen sur le taux de suicide	p.86
2. Conséquences de la disponibilité des armes à feu sur le taux de suicide ...	p.89
3. Effets des réglementations en matière d'utilisation et de détention des armes à feu sur le taux de suicide	p.99
4. Conclusions de la revue de la littérature.....	p.101
<i>B. Le traitement des maladies mentales comme moyen de prévention des conduites suicidaires</i>	<i>p.102</i>
<i>C. Le rôle de l'entourage et des soignants : l'exemple du Québec dans le cadre de la prévention du suicide par arme à feu</i>	<i>p.102</i>
VII. Conclusion	p.104

PARTIE II : ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE D'UNE POPULATION DE SUICIDANTS PAR ARME A FEU

I. Contexte de l'étude et présentation globale	p.107
A. <i>Contexte national</i>	p.107
B. <i>Contexte régional : le Programme Régional de Santé (P.R.S)</i>	p.108
C. <i>Les unités médico-psychologiques à l'hôpital général : organisation et missions spécifiques</i>	p.109
II. Objectifs de la recherche	p.110
A. <i>Objectifs généraux</i>	p.110
B. <i>Objectifs spécifiques</i>	p.110
III. Matériel et méthode	p.111
A. <i>Définitions des termes utilisés</i>	p.111
B. <i>Inclusion des patients</i>	p.113
C. <i>Présentation du questionnaire</i>	p.114
D. <i>Population étudiée et sites concernés</i>	p.115
E. <i>Recueil des données, saisie et traitement statistique</i>	p.115
IV. Résultats et analyse	p.116
A. <i>Données sociodémographiques</i>	p.116
1. <i>Données générales personnelles</i>	p.116
2. <i>Situation socioprofessionnelle</i>	p.119
3. <i>Situation médicolégale</i>	p.123

<i>B. Antécédents médicopsychiatriques</i>	p.124
1. Antécédents médicochirurgicaux	p.124
2. Antécédents personnels psychiatriques	p.125
3. Antécédents familiaux psychiatriques	p.131
<i>C. Enquête suicidologique personnelle et familiale</i>	p.131
1. Antécédents personnels de tentative de suicide	p.131
2. Antécédents familiaux de conduite(s) suicidaire(s)	p.135
<i>D. Le passage à l'acte suicidaire</i>	p.136
1. Reconstitution « synoptique » du passage à l'acte	p.136
2. A propos du moyen employé : l'arme à feu	p.142
<i>E. Evolution et prise en charge à l'hôpital général</i>	p.145
1. « Trajectoire » hospitalière et de prise en charge	p.145
2. Approche clinique du suicidant	p.147
3. Approche thérapeutique	p.153
<i>F. Devenir et orientation après hospitalisation au CHU de Poitiers</i>	p.156
V. Discussion	p.161
<i>A. Données sociodémographiques : des différences importantes avec les autres modes de suicide</i>	p.162
1. Les suicidants par arme à feu : une nette prédominance de sujets de sexe masculin âgés entre 40 et 50 ans	p.162
2. Milieu rural, professions manuelles et chômage fréquemment observés ...	p.163
3. Une situation familiale différente des autres populations de suicidants ...	p.166
<i>B. Les suicidants par arme à feu : des antécédents psychiatriques fréquents</i>	p.169
1. Suivi psychiatrique fréquent chez les femmes	p.169
2. Hospitalisation en psychiatrie : des données disparates en fonction des tranches d'âge	p.169
3. Antécédents de pathologie mentale : des résultats en négatif des représentations communes	p.170
4. La dépendance à l'alcool : une donnée stable et fortement représentée chez les suicidants par arme à feu	p.171
<i>C. Antécédents suicidologiques : des données surprenantes</i>	p.172
1. Une majorité de primosuicidants pour 1/3 de récidivistes	p.172
2. Fréquence peu élevée des antécédents familiaux de conduites suicidaires	p.173

<i>D. Une clinique du passage à l'acte ancrée dans la relation à l'autre</i>	p.173
1. Le jour du geste suicidaire et le moment de la journée : des données rarement renseignées dans les dossiers	p.173
2. Le domicile comme lieu privilégié du passage à l'acte	p.174
3. La rupture conjugale comme évènement précipitant le passage à l'acte ...	p.174
4. Les tentatives de suicide par arme à feu : un geste rarement prémédité ...	p.176
5. Une adresse à l'autre qui se passerait de l'écriture d'une lettre ?	p.177
6. L'alcool, facilitateur du passage à l'acte	p.178
 <i>E. Le fusil de chasse, une arme à feu à vocation transgénérationnelle</i>	p.179
1. L'achat récent de l'arme à feu : une exception	p.179
2. Le fusil de chasse : l'arme de choix	p.180
3. Le visage et le cou, principales cibles choisies par les patients suicidants par arme à feu	p.180
 <i>F. Une forte prévalence de la dépression et des conduites d'alcoolisation..</i>	p.182
1. Dépression et conduites suicidaires par arme à feu : une co-occurrence fréquente	p.182
2. Les co-morbidités psychiatriques : dépression et alcool	p.183
3. Les troubles de la personnalité : une prédominance des personnalités borderline et paranoïaque	p.184
 <i>G. Des spécificités de l'approche thérapeutique des suicidants par arme à feu en psychiatrie de liaison</i>	p.186
1. Suivi psychiatrique : une prise en charge contenante et étayante	p.186
2. Le traitement antidépresseur comme réponse à la dépression et aux angoisses	p.187
3. Une sous-représentation des complications somatiques	p.187
4. Une rencontre médecin somaticien-psychiatre-famille-patient peu fréquente	p.187
5. Une prise en charge psychiatrique souvent justifiée à la sortie du CHU...	p.188
6. Le recours à un moyen violent dans près de 50% des récurrences suicidaires	p.189
 <i>H. Suicidants et suicidés par arme à feu : des caractéristiques communes..</i>	p.191
 <i>I. Synthèse de la discussion</i>	p.192
 VI. Critiques de la recherche	p.194
 VII. Des premières conclusions et propositions	p.196

PARTIE III : HISTOIRES CLINIQUES AU SUJET DE DEUX CAS PERSONNELS

I. Un passage à l'acte prémédité : Monsieur C	p.200
A. <i>Une histoire clinique singulière</i>	p.200
B. <i>Un premier contact plutôt distant</i>	p.201
C. <i>Des circonstances du passage à l'acte difficiles à préciser</i>	p.201
D. <i>Une approche avant tout relationnelle autour de la dépression</i>	p.202
E. <i>Discussion</i>	p.203
II. Une relation singulière au père : le cas de Monsieur D.	p.205
A. <i>Une histoire clinique en apparence simple</i>	p.205
B. <i>La rupture sentimentale, faux-semblant du passage à l'acte</i>	p.206
C. <i>Le choix du moyen adressé au père</i>	p.207
D. <i>Discussion</i>	p.207
III. Remarques finales	p.209
CONCLUSION	p.213
ANNEXES	p.217
Annexe 1 : Le suicide de Luis MENDES FRANCE à Bordeaux en 1695	p.217
Annexe 2 : Extraits de procès verbaux : COBB	p.218
Annexe 3 : De la création à la démocratisation des armes à feu	p.219
Annexe 4 : Conséquences de la disponibilité des armes à feu sur le taux de suicide / résultats des études écologiques transversales	p.221

Annexe 5 : <i>Effets de certaines législations réglementant l'accès aux armes à feu sur le taux de suicide</i>	p.227
Annexe 6 : <i>Etat de la législation française en matière d'armes à feu</i>	p.234
Annexe 6a : <i>Décret du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions</i>	p.237
Annexe 6b : <i>Proposition de loi relative à l'acquisition et à la détention des armes à feu (Rapport LE ROUX – 27 mai 1998)</i>	p.238
Annexe 7 : <i>Questionnaire utilisé pour l'étude des 161 dossiers des patients suicidants par arme à feu</i>	p.239
Annexe 8 : <i>Protocole de recueil usuel utilisé par l'UCMP et l'UAMP en cas de tentative de suicide</i>	p.250

TABLE DES ILLUSTRATIONS	p.252
--------------------------------------	-------

BIBLIOGRAPHIE	p.255
----------------------------	-------

RESUME ET MOTS-CLES	p.273
----------------------------------	-------

INTRODUCTION

Objet de nombreuses approches, médicales, historiques ou bien encore philosophiques et sociologiques, le suicide demeure, à l'échelle nationale et internationale, une préoccupation majeure de santé publique. Le suicide reste également un phénomène complexe, et pour le moins énigmatique, en dépit des remarquables avancées dans le domaine des sciences humaines, notamment en ce qui concerne la compréhension psychopathologique de ces conduites. Egalement objet d'une attention particulière dans l'actualité politique française, le suicide est au cœur des programmes régionaux de santé qui se sont associés à un renforcement de la politique nationale de prévention des conduites suicidaires. A ce titre, les modes de suicide et les moyens employés occupent une place de première importance dans la stratégie d'action face au suicide.

Nous avons choisi de centrer notre travail sur les conduites suicidaires à travers l'étude des moyens employés, en particulier l'arme à feu, et cela sans préjuger de l'existence ou non d'un continuum entre suicide et tentative de suicide. Les arguments qui ont prévalu à la décision d'une telle étude sont multiples.

Le choix de cette étude a d'abord été guidé par le fait que les suicides par arme à feu constituent au niveau mondial une part très importante des décès par suicide. Aux Etats-Unis, ce mode de suicide occupe depuis les années vingt le premier rang à la fois chez les hommes et chez les femmes, avec en augmentation le nombre de suicides par arme à feu chez les sujets âgés, de même que chez les adolescents et jeunes adultes ces dernières années. En France, une hausse importante des suicides par arme à feu a été, en outre, récemment soulignée.

Par ailleurs, la place des armes à feu dans la société a évolué de façon notable, en particulier aux Etats-Unis où l'arme est devenue un légitime moyen de défense contre l'agresseur potentiel et souvent présumé. En France, il nous semble en revanche que la place des armes à feu a peu évolué, le fusil restant traditionnellement employé pour la chasse.

De plus, le suicide par arme à feu, au même titre que la pendaison ou encore la précipitation et l'intoxication par le gaz, est classé parmi les modes de suicide qualifiés de « violents ». L'arme à feu, tout comme la pendaison, constitue un des moyens les plus potentiellement létaux et a comme caractéristique principale la forte potentialité de lésions physiques, tant au niveau du visage, avec les séquelles neurologiques et esthétiques liées à la défiguration, qu'au niveau du thorax ou de l'abdomen.

Notre expérience en psychiatrie de liaison nous a également rapidement révélé la singularité de la rencontre avec le suicidant à l'hôpital général, et en particulier le suicidant par arme à feu. Il s'agit d'une rencontre toujours accompagnée d'émotions tant pour l'équipe de psychiatrie de liaison que pour les équipes médicochirurgicales qui accueillent le patient.

Etudier les conduites suicidaires à travers le moyen arme à feu, c'est enfin tenter de comprendre ce qui peut orienter le choix du mode de suicide, avec l'intime conviction qu'une approche psychopathologique pourrait contribuer à

l'éclaircissement des facteurs déterminant ce choix, et ceci d'une manière peut-être encore plus décisive que l'accessibilité elle-même du moyen. Celle-ci reste toutefois l'hypothèse fondamentale pour une majorité d'auteurs nord-américains. Paradoxalement, si peu de travaux ont été menés à propos des tentatives de suicide, de nombreuses recherches, en revanche, sont consacrées aux sujets décédés par suicide au moyen d'une arme à feu. Celles-ci, principalement nord-américaines et, à un moindre degré, australiennes, s'attachent d'ailleurs à examiner les corrélations pouvant exister entre le fait d'avoir accès à une arme et le risque de suicide.

Après avoir parcouru, dans une perspective historique, l'évolution du suicide et des méthodes de suicide, nous examinerons les différents travaux publiés concernant la disponibilité du moyen arme à feu comme facteur de risque de suicide, d'abord chez l'adolescent puis chez l'adulte. L'importance de la disponibilité des moyens létaux est, comme nous venons de le préciser, soulignée par la plupart des auteurs. Nous serons ainsi amenés à mettre en lumière, au regard des données de la littérature, les effets de certaines réglementations en matière de détention et d'acquisition d'armes à feu sur les taux de suicide.

Par ailleurs, à partir des hypothèses que nous formulons au sujet des suicidants par arme à feu, nous présenterons dans un deuxième temps notre étude clinique réalisée à partir d'une population de suicidants par arme à feu afin de mettre en évidence, s'ils existent, des aspects spécifiques les concernant. Nous tenterons, par notre réflexion et nos hypothèses, d'apporter un éclairage sur la compréhension de ces conduites suicidaires en centrant notre approche sur les déterminants du choix du moyen de suicide. Nous essaierons également de dégager les éléments cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques qui nous paraissent importants à développer pour poursuivre nos objectifs ambitieux de participer à l'amélioration de la compréhension des conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu. Notre recherche s'attachera également à montrer les caractéristiques de l'approche thérapeutique de ces patients, en particulier dans le cadre de l'activité de psychiatrie de liaison.

Enfin, et après avoir mené une discussion à partir de deux cas cliniques que nous avons personnellement rencontrés, nous tenterons de formuler quelques propositions dont le but ultime serait de contribuer à la prévention des conduites suicidaires.

PARTIE I

**DES CONDUITES SUICIDAIRES DANS
LEURS RAPPORTS AVEC LES
ARMES A FEU**

I. LE SUICIDE ET LES ARMES A FEU: UNE APPROCHE HISTORIQUE DES SUICIDES PAR LE MOYEN

L'approche historique des conduites suicidaires associe, selon nous, une approche globale du phénomène à travers les différentes périodes de l'Histoire depuis l'Antiquité gréco-romaine, ce que nous nommons l'Histoire du Suicide, et une histoire des suicides, qui se nourrit d'une étude individuelle de sujets s'étant notoirement suicidés au cours des siècles passés.

A. L'antiquité gréco-romaine, entre blâme et éloge du suicide en fonction du moyen

Comme nous l'étudierons par la suite, le moyen arme à feu comme instrument de guerre et de suicide n'est apparu que de façon récente au cours de l'Histoire. Il existe néanmoins d'autres méthodes de suicides, beaucoup plus anciennes, en particulier celles qui ne résultent pas d'une invention de la main de l'Homme et donc de son évolution dans le sens d'un « progrès ». Il s'agit bien entendu de la noyade ou encore de la pendaison.

Dès l'Antiquité, le choix du moyen était déjà surdéterminé et en quelque sorte prédéterminé en fonction, par exemple, de l'aversion pour certaines méthodes de suicide.

A ce titre, BAYET [16], en 1922, a rapporté dans son travail minutieux et exhaustif sur le suicide et la morale, que certains moyens de suicide avaient suscité une horreur dans les sociétés gréco-romaines de l'Antiquité :

« *Il se peut que ces jugements sévères s'appliquent parfois au moyen employé pour se détruire plutôt qu'au suicide lui-même* » (p. 293).

En particulier, l'aversion pour trois modes qui n'occasionnaient pas d'effusion de sang (la pendaison, la submersion ou l'immersion, et l'asphyxie) aurait, selon BAYET, une origine dans la Rome païenne. L'acte suicidaire au moyen d'une arme de guerre pouvait, au contraire, forcer l'admiration des contemporains [16].

1. Le suicide par pendaison

Dans la morale romaine, l'usage s'opposait à ce qu'on porte le deuil de ceux qui s'étaient pendus et le Droit Pontifical considérait le suicide par pendaison comme une faute appelant un châtement et un rite expiatoire.

Le châtement consistait en un refus de sépulture et le rite expiatoire, la suspension d'une poupée le jour où l'on célébrait la *Parentalia* en l'honneur du mort privé de sépulture, un rite destiné à effacer la souillure causée par le pendu et qui conduisait à une purification par l'air. Ce rite était d'ailleurs déjà présent chez les Grecs qui, dans les fêtes de *Charila* et de l'*Aiora*, balançaient des poupées en l'honneur des pendus.

Dans l'Antiquité romaine, cette aversion contemporaine pour le suicide par pendaison était caractérisée par le refus de sépulture et le rite des poupées (ou rite des *Oscilla*) qui étaient la preuve de l'horreur religieuse pour la mort volontaire par strangulation.

Le refus de sépulture était en effet une peine qui, pour les Anciens, représentait une punition grave qui n'était infligée qu'aux pendus. Cette aversion pour ce moyen de suicide n'était pas née de la casuistique bienveillante des Pontifes, mais BAYET a plutôt reconnu une origine sacrée à la mort par pendaison.

En effet, le Dionysos grec et le Bacchus latin étaient des dieux qui réclamaient des pendaisons volontaires pour que ces grandes divinités agraires fécondent la nature. Ces corps intacts (puisqu'il n'y avait pas d'effusion de sang), aidaient à faire jaillir du sol vignes et moissons. Les poupées se sont par la suite substituées aux corps, et cette mort sacrée est devenue infâme, car elle était précisément sacrée, et par conséquent impure :

« *Le suicide par pendaison est chose laide et infâme* » disait VIRGILE
(cité par BAYET [16])

2. Le suicide par noyade

Parallèlement à l'aversion pour la pendaison, BAYET rapportait une forte répulsion pour les suicides par submersion et par asphyxie, « *autres caractères de mort sans effusion de sang* » [16]. La mort par immersion apparaissait en effet chez les Romains comme une mort sacrée rappelant le culte de Volcanus-Thybris en l'honneur duquel on jetait dans le Tibre, d'abord des victimes humaines, puis des mannequins. Ceux-ci se sont par la suite substitués aux victimes humaines de la même façon que les poupées pour la pendaison. Le suicide par submersion était présenté comme une mort souillant le fleuve dans lequel on s'était précipité.

BAYET a également mentionné une tradition, la fête des *Argées*, qui consistait en une immersion de mannequins dans le Tibre, et qui aurait pour origine un suicide collectif [16].

Toutes ces morts étaient à l'origine des sacrifices offerts aux divinités.

L'asphyxie, bien que n'existant pas à Rome, apparaissait aussi comme une mort sacrée avec comme point commun qu'il s'agissait d'une mort sans effusion de sang et où le corps restait intact.

3. Le suicide par le fer ou le suicide des héros

A l'époque des Romains, tandis que les armes à feu n'existaient pas encore, des suicides au moyen des armes de guerre étaient toutefois relatés. Ces suicides par le fer étaient assimilés à des suicides de héros, les mœurs mettant en honneur non pas le suicide en général mais certains types de suicides en particulier.

Ainsi PLINE LE JEUNE (cité par BAYET [16]) s'exprimait-il à propos de certains suicides : « *Courir à la mort d'un élan instinctif est chose commune* » et seul le suicide réfléchi était à Rome digne d'admiration.

L'Antiquité considérait donc le suicide comme un acte condamnable ou héroïque, et ceci en fonction du moyen employé.

C'est ainsi que, selon BAYET, « *la morale nuancée* » mêlait dans l'Antiquité blâme et éloge à propos du suicide.

B. De la condamnation par la religion au Moyen-Age, à la réhabilitation du suicide en tant qu'acte noble au cours de la Renaissance

1. La pendaison et la noyade : deux modes de suicide fréquemment employés au Moyen Age

En dépit des quelques éléments qui pouvaient déjà se dégager au Moyen Age, les documents concernant les moyens de suicide, pour cette période de l'Histoire, restent rares et laconiques (entre l'an 500 et 1500 après JC). Un historien, Georges MINOIS [156], a pourtant mis à jour quelques pratiques médiévales en matière de suicide, puisqu'à partir d'un échantillon de 54 cas, il notait que les hommes se suicidaient trois fois plus que les femmes, et que la pendaison était déjà le moyen le plus répandu (32 cas) devant la noyade (12 cas), le « couteau » (6 cas), et la précipitation (4 cas).

Le Moyen Age a constitué la période au cours de laquelle le facteur religieux a été prépondérant dans le sens de la condamnation du suicide. En effet, bien qu'au début le christianisme était assez hésitant au regard des suicides présents dans la Bible qui avaient été l'objet d'un discours « positif » et qui n'avaient pas été condamnés, SAINT AUGUSTIN posait l'interdiction formelle de toute pratique du suicide dès le début du V^{ème} siècle.

C'est ce qui aurait déterminé l'attitude de l'Eglise face à ces conduites autoagressives, inébranlable quel qu'en soit d'ailleurs le motif éventuel. Les condamnations prononcées par un jury qui avait auparavant mené une enquête auprès de la famille pour savoir si le suicidé avait agi avec toute sa raison, seul motif valable aux yeux de l'Eglise, étaient très lourdes de conséquences puisqu'elles conduisaient à la suppression des biens et à l'exécution du corps. Les maîtres mots de l'Eglise contre toute forme de suicide à cette période étaient donc terroriser et exorciser.

2. La Renaissance, vers une réhabilitation du suicide en tant qu'acte noble et des moyens de suicide propres à chaque catégorie sociale

L'état d'esprit s'est modifié peu à peu au cours de la Renaissance aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles qui ont vu le contexte intellectuel réhabiliter l'acte suicide. On a assisté en effet à cette période à un retour aux textes de l'Antiquité avec une admiration pour les attitudes de CATON et de BRUTUS notamment, le suicide était alors envisagé comme un acte noble dans les débats entre intellectuels et était de plus en plus représenté dans la littérature de fiction, dans les romans et le théâtre. En Angleterre, 52 suicides dits « shakespeariens » étaient ainsi mis en scène entre 1580 et 1620. La prédominance écrasante de l'arme blanche comme moyen du suicide était d'ailleurs un signe de sa noblesse, tandis que la pendaison, la noyade et le poison étaient rares [156].

De plus, le suicide s'est diversifié dans ses motifs comme dans ses modes d'exécution et ses utilisations. En effet, comme l'a souligné MINOIS [156], on voit apparaître à cette époque le suicide-chantage, le suicide-feint, le suicide-vengeance, ou encore le suicide-instrument-de-ruse. Intégré dans le jeu des relations sociales comme moyen de pression, il s'est banalisé et a perdu peu à peu sa force dans le débat moral.

En France, MONTAIGNE, en humaniste, a étudié la question du suicide en passant en revue une multitude d'exemples célèbres auxquels il a donné son avis sans proposer, par ailleurs, de solution générale. D'après lui, une décision n'est possible que lorsqu'on est soi-même confronté à la situation. Telle est la leçon des *Essais* qui consacraient de nombreux passages à la question, passages

auxquels l'auteur a ajouté de nombreuses additions entre 1580 et 1588, dont les aphorismes suivants qui trahissaient une indéniable approbation :

« *Le sage vit tant qu'il doit, non pas tant qu'il peut* »
« *La plus volontaire mort, c'est la plus belle* »
« *La vie dépend de la volonté d'autrui; la mort, de la nostre* »

Mais, le *Biathanatos* de DONNE (1610) est bien resté le premier traité consacré à la réhabilitation du suicide. Ce pasteur anglican faisait effectivement de l'argument de SAINT-AUGUSTIN, selon lequel SAMSON se serait suicidé après avoir reçu un appel divin, une pure supposition. Il a cependant renoncé à la publication de ses écrits, à l'instar de HUME et de nombreux autres auteurs, craignant d'être accusé de participer à l'apologie du suicide [156].

a) Une répression du suicide en demi-teinte à l'égard du clergé et de la noblesse

Cependant, les autorités civiles et religieuses, encore très liées à l'époque, ont renforcé l'interdiction ainsi que les mesures répressives à l'égard des suicidés. En effet, les théologiens publiaient de très nombreux cas et situations qu'ils condamnaient à travers la casuistique, c'est-à-dire la publication de situations qu'ils considéraient comme des suicides. Ainsi, par exemple, le simple fait de souhaiter sa mort ou encore de s'exposer à un danger, etc.

Parallèlement à cela, les autorités civiles ont de plus en plus procédé à des jugements de cadavres, multipliant les exhumations des corps. La grande ordonnance criminelle de 1670 confirmait que le procès de cadavres pouvait avoir lieu dans quatre situations: le duel, le crime de Lèse-majesté, la rébellion armée et le suicide.

Néanmoins, dans la Noblesse, les enquêtes concluaient souvent à la folie, par opposition aux domestiques qui étaient considérés comme sains d'esprit dans 95% des cas. Outre les milieux aristocratiques où il n'était donc pas envisageable d'effectuer un procès en cas de suicide, il était une autre catégorie sociale qui échappait aux sanctions: le clergé. On camouflait ainsi les suicides des ecclésiastiques afin d' « *éviter de scandaliser le sacerdoce et de faire un préjudice notable à l'Etat ecclésiastique et à la religion dans l'esprit des peuples* » [156].

Cette immunité des nobles et du clergé a été progressivement critiquée, pour preuve cet article satirique publié en 1755 (cité par MINOIS [156]):

« *Un pauvre gueux sans le sou peut être exclus du cimetière, mais le suicide avec un pistolet finement ciselé ou une épée à la garde*

| *parisienne mérite à l'élégant propriétaire un enterrement pompeux et un monument vantant ses vertus à Westminster Abbey* ».

Le XVII^{ème} siècle comptait peu de suicidés célèbres. Les motifs invoqués étaient donc variés, de même que les moyens employés. Ainsi, en 1641, le peintre ZAMPIERI dit le Dominiquin s'empoisonnait pour échapper à ses ennemis ; le juif portugais ACOSTA établi à Amsterdam, esprit inquiet et rongé de doutes religieux, plusieurs fois passé du judaïsme au catholicisme, plus ou moins persécuté par ses coreligionnaires, se tuait d'un coup de pistolet.

Il est intéressant de souligner que la pendaison restait le moyen du pauvre, immédiatement disponible et peu onéreux. Contrairement au peuple, les suicides des nobles étaient le plus souvent au moyen d'une arme à feu.

b) Le suicide comme « privilège » de la noblesse, ou la liberté de se donner la mort : le choix du pistolet ou de l'épée

MINOIS a fait du duel une forme d'équivalent suicidaire, substitut efficace prévu par le code aristocratique à l'origine de la rareté du suicide noble pour raison d'honneur. La manie du duel a culminé entre 1600 et 1660 en dépit des interdictions législatives civiles et religieuses. Le duel, comme le suicide, était une solution désespérée et orgueilleuse à un manquement devant les hommes.

| « *Dans le duel, qui est suicide, c'est le héros qui s'élimine lui-même* » écrit BILLACOIS (cité par MINOIS [156]).

Dans les années 1690, la diffusion par la presse des morts célèbres accréditait l'idée du « suicide à la mode », obéissant à un code d'honneur qui le rapprochait du duel. Dans les deux cas, l'instrument utilisé était le pistolet ou l'épée alors que le suicide par pendaison était méprisé.

D'après MOORE (cité par MINOIS [156]), le suicide devait garder ses lettres de noblesse et il rapportait à ce sujet le commentaire d'un noble à propos de la pendaison d'un gentleman:

| « *Quel vulgaire misérable, choisir la pendaison! Je lui aurais pardonné, s'il s'était tiré une balle dans la tête* ».

Il a d'ailleurs été établi que, entre 1660 et 1714, les pairs du royaume, les chevaliers et les gentlemen avaient fourni 10% du nombre de suicides en Angleterre, mais 70% des suicides au moyen d'un pistolet. De plus, dans la noblesse, les suicides étaient régulièrement mis sur le compte de la folie ou des accidents. Et l'arme à feu se prêtait bien à l'hypothèse de l'accident. Ainsi le

suicide du Comte de BATH en 1701 était-il présenté comme le résultat d'un coup de pistolet qui serait malencontreusement parti tout seul.

Les années 1680-1720 ont vu un nombre inhabituel de suicides aristocratiques qui finissaient donc par passer à la mode. La multiplication de ces suicides faisait de la liberté de se tuer un privilège de la noblesse.

A partir de 1680, l'opinion publique anglaise a été frappée par l'augmentation spectaculaire du nombre de suicides rapportés par les « *billets de mortalité* » londoniens. C'est ainsi qu'en 1733 naissait le « *mal anglais* » décrit par CHEYNE avec comme conséquence une habitude au phénomène suicidaire. Il l'attribuait à la tristesse due à la morosité du climat anglais, aux habitudes alimentaires, au chauffage au charbon et à l'augmentation de l'athéisme [156].

BENEZECH et CHAPENOIRE [20] ont publié l'étude historique d'un cas de suicide par arme à feu, probablement le plus ancien par arme à feu répertorié et publié : celui de Luis MENDES FRANCE à Bordeaux en 1695 (cf. ANNEXE 1: le suicide de Luis MENDES FRANCE).

La France était donc également touchée par le phénomène à partir de 1699, et rendait responsable la progression de l'athéisme, ainsi qu'un regain d'intérêt pour les idées épicuriennes. D'autres y voyaient les effets des crises économiques et de la multiplication des faillites. Les suicides se multipliaient en effet après des pertes considérables: en 1721, le marchand londonien MILNER se tirait une balle dans la tête après la faillite de la Compagnie des mers du Sud. La même année, un commerçant se suicidait, « *devenu mélancolique à la perspective de la pauvreté* » [156].

Parmi les circonstances les plus fréquentes de suicide, l'endettement était au premier rang. Se suicider pour dettes de jeu qu'on ne pouvait régler était la plus honorable. C'est pourquoi il était fait des louanges lorsqu'en 1699 Louis DE BELCASTEL, gentilhomme de la chambre du duc de Lorraine, s'était tiré une balle dans la tête [156].

C. Le Siècle des Lumières, de nouveaux motifs de suicide et le recours à un moyen noble : le pistolet

L'Europe des Lumières, au XVIII^{ème} siècle, a vu dans une remise en cause des valeurs traditionnelles, un appel à l'esprit critique et un rejet des superstitions. De nouveaux motifs de suicide se sont répandus au sein de l'élite cultivée qui se ralliait au mouvement philosophique marqué par un retour aux idées épicuriennes.

A ce titre, le XVIII^{ème} siècle a connu l'émergence d'une conception radicalement différente du suicide. A partir de 1734 en France, « s'homicider soi-même », « s'occire », « se défaire » ou « se dépêcher » ont été remplacées par l'Abbé PREVOST par l'expression « se suicider » qui provenait du latin *Sui-cidium*, littéralement « soi meurtrir ». A cette période, nous sommes passés d'une conception criminologique du suicide à une conception victimologique. Le suicide est effectivement devenu un symptôme et non plus un crime (JB. GARRE, 2002 [98]).

1. Se donner la mort avec un moyen noble et « raffiné »

En 1756, MOORE (cité par MINOIS [156]) suggérait d'un ton sarcastique de créer un établissement réservé au suicide dans lequel les appartements offriraient des moyens raffinés et nobles pour se tuer : bains de marbre alimentés en eau de source très pure, poignards et poisons pour les acteurs, épées fixées au sol pour les soldats, pistolets chargés de balles en forme de dés pour les joueurs, cordes pour les classes moyennes.

La liste des suicides aristocratiques en Angleterre dans la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle était impressionnante. Des nobles du continent faisaient même le voyage en Angleterre en raison du prestige dont jouissait ce pays en matière de suicide et dans l'unique but de mettre fin à leurs jours: rien qu'en 1789, c'était le cas pour deux français à Greenwich, pour un fils cadet du chancelier à Brighton et pour le fils d'un général allemand à Hyde Park [158]. En 1798, le Comte de BUCKINGHAMSHIRE recensait 35 notables ou lords (dont le conquérant de l'Inde, CLIVE) qui s'étaient donnés la mort depuis le début des années 1750, dont 16 au pistolet, 2 par l'épée et 8 au couteau ou au rasoir. Il est à ce titre intéressant de noter qu'aucun d'entre eux ne fut blâmé.

En 1767, DAVERS s'empoisonnait, laissant un quatrain dans lequel il se plaignait de ne même plus avoir les moyens de mourir comme un gentleman, au pistolet. Ainsi, la plupart des notables se suicidaient à cause de leurs dettes de jeu et selon un rituel digne de leur rang, au moyen d'un pistolet [158].

2. Suicide romantique et suicide philosophique

A partir des années 1770 apparaissent les suicides romantiques dont l'élan était amené à la suite de WERTHER en 1774 et de CHATTERTON en 1770. GOETHE faisait en effet naître par Les Souffrances du jeune Werther le suicide par désespoir, solitude, mal de vivre et refus de la fuite du temps. D'après Mme DE STAEL dans ses Réflexions sur le suicide (1813), « *Werther a causé plus de suicide que la plus belle femme du monde* », réflexion qui illustre remarquablement cet état d'esprit empreint d'un romantisme exacerbé.

En 1773, deux jeunes soldats, probablement un couple d'homosexuels, se suicidaient le jour de Noël dans une auberge de Saint-Denis, laissant deux longues lettres d'explication dans lesquelles il était mentionné qu'ils étaient « *dégoûtés de la scène universelle* » et, chacun assis à la table, avait chargé son pistolet et s'était tiré une balle dans la bouche.

Dans une des lettres, ils exposaient les raisons générales de leur geste:

« *Aucune raison pressante ne nous force d'interrompre notre carrière, mais le chagrin d'exister un moment pour cesser d'être une éternité est le point de réunion qui nous fait prévenir de concert cet acte despotique du sort (...)* ».

Le dégoût de la vie comme seul motif de la quitter, expliquaient-ils, était une raison qui ne laisse pas indifférent encore aujourd'hui [158].

L'arme, instrument de guerre, de bataille, était un objet qui participait certainement au caractère romantique des suicides au XVIII^{ème} siècle. A titre d'exemple, le suicide des amants de Lyon (1770) qui décidèrent de se tuer dans une mise en scène romantique: dans une chapelle, liés par le bras gauche avec chacun un pistolet appuyé sur le coeur, un ruban attaché à la gâchette et relié à leur lien de façon à faire partir le coup au premier mouvement.

ROUSSEAU (cité par MINOIS [156]) a écrit alors un célèbre débat à ce sujet dans La Nouvelle Héloïse :

| « *Le sentiment admire, et la raison se tait* ».

En réalité, suicide philosophique et suicide romantique n'étaient pas si éloignés en terme de motivation suicidaire. En effet, si le premier était motivé par une réflexion intellectuelle et le second par le sentiment, bien souvent la conscience de la difficulté de l'existence venait renforcer la constatation de l'absurdité de la condition humaine.

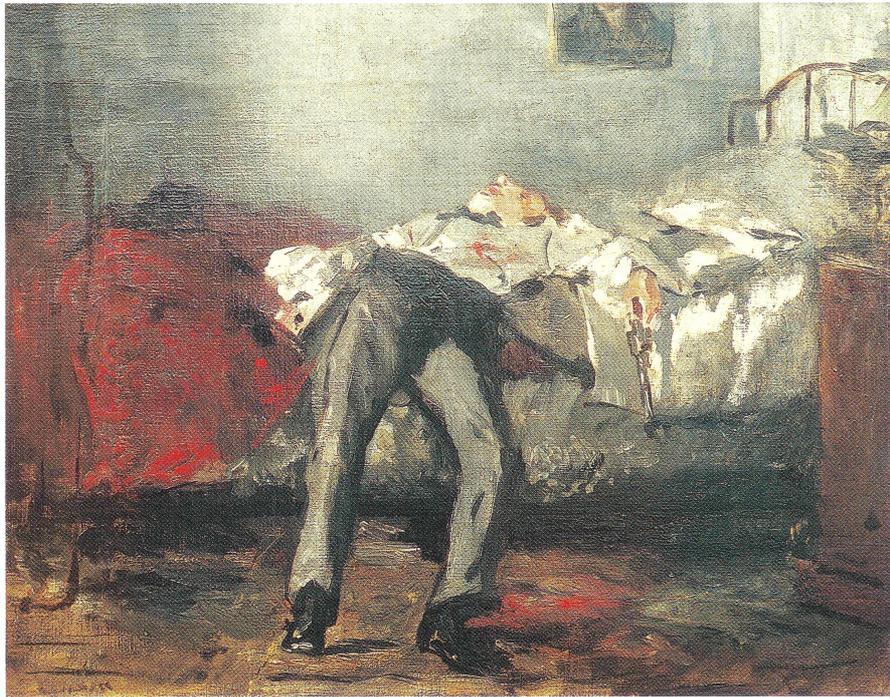
Par ailleurs, les suicides par imitation sont nés de la publication des deux écrits majeurs de GOETHE, Faust (suicide philosophique) et Werther (suicide

romantique): en 1777, un jeune suédois se tuait au pistolet avec un exemplaire de *Werther* ouvert à côté de lui.

A côté de cette « *werthermania* » comme elle a été qualifiée parfois, d'autres suicides ont été commis sous l'influence du Romantisme Allemand [53]. Ce fut le cas, au XIX^{ème} siècle, de POTOCKI, seul suicidé polonais célèbre bien que trop oublié, aristocrate et écrivain au service du Tsar. Cet esprit universel fut un des pères de la littérature fantastique avec le célèbre *Manuscrit trouvé à Saragosse*. Son suicide mélancolique en 1815 conclut une vie romantique d'archéologue et d'ethnologue en Orient. Il se tua par une balle en argent limée patiemment chaque jour à partir d'un sucrier baroque, donné par sa mère et béni par son chapelain. De même, DE NERVAL a vécu sa vie et son suicide dans une mélancolie poétique et délirante. Le 25 janvier 1855, il laissait une note à sa tante : « *Ne m'attends pas ce soir, car la nuit sera noire et blanche* ». On le retrouvait le lendemain matin pendu à une grille, rue de la Vieille Lanterne. Dans son œuvre testamentaire, *Aurélia ou le rêve et la vie*, il méditait déjà sur la mort volontaire dans un songe hallucinatoire [53].

La note de suicide, caractéristique de l'esprit des Lumières, a participé à l'affirmation de l'individualisme et de la liberté en tant que moyen d'action sur la société. Ce qu'elle nous apprenait des motifs de suicide a montré que problèmes de couple et problèmes familiaux ont toujours été une cause de déséquilibre et de désarroi.

Certains artistes ont d'ailleurs participé à travers leurs œuvres à l'expression de ce désarroi tant au XVIII^{ème} qu'au XIX^{ème} siècle. Ainsi Edouard MANET en 1881, s'intéressant aux événements de son époque, a-t-il peint « *Le suicidé* », une composition privilégiant essentiellement l'observation et qui n'autorise pas le jugement moral sur le geste accompli. Dans cette œuvre, nous sommes frappés par le sentiment violent de solitude et le silence qu'elle renvoie, opérés par le manque de distance et l'aspect figé de la scène. MANET reproduit, dans ce tableau joint ci-après, un homme affaissé sur son lit après le coup de feu et qui tient encore le pistolet dans sa main gauche. L'habit qu'il a enlevé, la chemise blanche, le nœud noir et les souliers vernis, peuvent nous amener à penser que cet homme a passé la nuit dehors. La lumière du matin éclaire froidement la scène. Est-ce un de ces « noceurs » petits-bourgeois qui a perdu son argent aux jeux ? L'œuvre ne nous l'indique pas. Celle-ci nous montre cependant les premiers indices sociologiques des conduites suicidaires. Il s'agit en effet d'un homme dont l'âge ne nous est certes pas connu, mais dont la classe sociale paraît aisée au regard de son habillement, du moyen employé - un pistolet qui semble être un revolver - et le riche mobilier de la chambre. Nous n'avons pas d'autre élément concernant sa situation sociale, en particulier matrimoniale. Ce tableau illustre combien le moyen arme à feu était socialement déterminé, même s'il semble dépourvu, tout au moins dans cette œuvre, de romantisme, ou si le geste n'a pas la dimension philosophique alors fréquemment mise en avant.



Le Suicidé, 1881,
Edouard MANET (1832-1883)
Zurich, collection Bühle,
h/t, 38 x 46.

3. Vers un début d'approche épidémiologique du suicide : étude des moyens dans le contexte de la Révolution Française

La Révolution a dépénalisé complètement le suicide en supprimant toute sanction contre le cadavre et toute confiscation des biens. Pourtant, le citoyen devait conserver sa vie pour la patrie. Cependant, les affrontements politiques et les retournements de fortune ont provoqué de nombreux suicides : des girondins en juin 1793, des montagnards en Thermidor etc. On n'hésitait pas non plus à guillotiner les mourants et même les morts : ROBESPIERRE fut exécuté avec la mâchoire fracassée par le coup de pistolet avec lequel il avait tenté de se donner la mort. Quant au cas de DUFRICHE-VALAZE, il s'était tué devant le tribunal d'un coup de pistolet et on lui infligea une seconde mort en guillotinant son cadavre [156].

Dans cette perspective, COBB [60] a étudié les suicidés des bords de Seine qui ont fini leur route dans la Basse Geôle de la Seine au lendemain de la Terreur à Paris entre 1795 et 1801. En effet, cet historien anglo-saxon a examiné le dossier des procès-verbaux de mort violente établis par le Juge de Paix et conservés aux Archives de la Seine. Cette source judiciaire (et répressive) a mis en évidence l'importance des morts par noyade à cette époque puisque les 2/3 des personnes répertoriées étaient décédées par immersion soit volontairement soit de façon accidentelle. La noyade était donc la façon la plus simple et la plus commune de mettre fin à ses jours dans le Paris de l'époque puisque les noyades dans la Seine auraient représenté entre le tiers et la moitié du total des suicides sous l'Empire.

Toutefois, d'autres moyens étaient de plus en plus employés. Même s'il était difficile de se procurer une arme à feu hormis dans certaines professions spécialisées comme les ferrailleurs, COBB notait que ces mêmes armes étaient devenues meilleur marché et moins difficiles à trouver, notamment sur les quais de Paris, un Paris proche des champs de bataille de 1794 et de 1795. Déjà, en 1798, le ministre de la Justice et le Bureau central de la Police de Paris exprimaient leurs inquiétudes communes quant aux effets de la prolifération des armes à feu et envisageaient même des mesures préventives visant à contrôler plus sévèrement le trafic. Néanmoins, bien que l'on fut à une époque militarisée, le pistolet restait encore un article de luxe et bien rares étaient les ouvriers ou les artisans susceptibles de s'en procurer. Notons par ailleurs que les femmes répugnaient à se faire « brûler la cervelle » : pas une seule ne se serait suicidée de cette manière d'après COBB [60]. Sur les 274 suicides recensés à cette période, 25 s'étaient produits à distance du fleuve, sur la terre ferme, et par coup de feu, pendaison ou défenestration. Les 249 autres suicides étaient des noyades dans la Seine (cf. ANNEXE 2 : extraits de procès-verbaux). COBB a donc réalisé dans son enquête une véritable étude rétrospective utilisant véritablement l'outil épidémiologique. En effet, il notait par exemple que les suicidés étaient le plus souvent des célibataires, que rares étaient les lettres laissées à l'entourage,

ou alors elles étaient l'affaire d'une « *clientèle* » d'un niveau beaucoup plus élevé et bien mieux éduqué que les pauvres malheureux qui aboutissaient à la Basse Geôle. Ainsi, les étrangers soucieux de justifier leur décision auprès de leurs amis étaient ceux capables de « *s'offrir le luxe relatif d'un pistolet et d'une chambre fermée à clé* » [60].

D. Le XIX^{ème} siècle, ou l'apport fondamental de l'étude statistique des suicides et des moyens de suicide

1. Retour des valeurs collectives et condamnation du suicide patriotique

Si, à la fin du XVIII^{ème} siècle, l'attitude face au suicide était devenue plus libérale avec notamment la dépénalisation du suicide, matérialisée, entre autres, par une absence de référence au suicide dans le Code Pénal de 1791, elle s'est en revanche durcie au XIX^{ème} siècle avec la réapparition des grands idéaux collectifs qui prônaient un dévouement entier de l'individu pour la collectivité et la nation. Les religions ont également renforcé leur position avec des condamnations très strictes à la moindre mort suspecte.

De la même façon qu'ARISTOTE condamnait le suicide qu'il considérait comme une injustice commise contre soi-même et contre son pays, c'est-à-dire un acte de lâcheté, dans l'armée, NAPOLEON BONAPARTE considérait le suicidé comme un soldat déserteur. Pourtant, les suicides des militaires pour éviter de se rendre ont été de toutes les époques. Ces suicides avaient été d'ailleurs glorifiés à certaines périodes de l'Histoire au cours desquelles ils étaient même qualifiés de suicides patriotiques.

2. Les effets de la révolution industrielle sur l'augmentation du taux de suicides

CHESNAIS [54], historien, a constaté une augmentation très importante du taux de suicides au XIX^{ème} siècle, hausse qu'il mettait en lien avec les effets désagrégateurs de la révolution industrielle. Celle-ci s'est effectivement traduite par un affaiblissement des liens traditionnels et de la religion, ainsi qu'une émancipation de l'individu dont l'isolement a été croissant. Il soulignait également l'importance des fluctuations économiques et de la misère ouvrière.

3. Le développement des armes à feu

Le XIX^{ème} siècle a, en outre, été décisif pour le développement non seulement technique mais également la fabrication et ainsi la démocratisation des armes à feu. (cf. ANNEXE 3 : De la naissance à la démocratisation des armes à feu)

Avec le XIX^{ème} siècle, le suicide devient alors objet d'étude pour les nouvelles sciences : psychologie, psychiatrie et sociologie. Nous entrons dans l'ère des statistiques permettant des analyses plus objectives et plus systématiques.

4. Naissance de la psychiatrie et « nouvelles » considérations pour le suicide

Dans la première moitié du siècle, l'hostilité au suicide traduisait une incompréhension totale des facteurs psychologiques [158]. Le suicide passait pour un acte de folie ou pour un acte commis par quelqu'un qui avait perdu le « sens moral ». Pourtant, des médecins commençaient à étudier les cadavres des suicidés. Ainsi, le fervent défenseur de la phrénologie, GALL, pensait que le crâne des suicidés était plus épais et plus dense que la moyenne. CABANIS constatait quant à lui un cerveau « *plus abondant en phosphore que le cerveau des autres hommes* ». Enfin, BOURDIN considérait en 1845 que le suicide était « *toujours une maladie et toujours un acte d'aliénation mentale* ».

L'un des grands spécialistes de la question a été l'aliéniste ESQUIROL, médecin à la Salpêtrière puis à Charenton. En effet, cet élève de PINEL avait publié en 1820 *De la lypémanie ou mélancolie*, ouvrage dans lequel il formulait la remarque suivante:

« *L'opinion qui fait regarder le suicide comme l'effet d'une maladie ou d'un délire aigu semble avoir prévalu de nos jours même contre les textes des lois et les anathèmes du christianisme* » [158].

Accordant au début, sous l'influence du romantisme ambiant, une grande importance à l'ennui et à la solitude, il ne tardait pas, dans *Les maladies mentales* (1838), à rejoindre l'avis de ses confrères sur le sujet :

« *L'homme n'attente à ses jours que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés* » [158].

A partir de 1840, les études sur le suicide se multiplièrent brutalement. En 1856, le très chrétien BRIERRE DE BOISMONT, médecin aliéniste, faisait le bilan de toutes ces études publiées dans un ouvrage qui a connu un franc succès : *Du suicide et de la folie suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique*,

la médecine et la philosophie. Il concluait alors, à la lumière de tous ces travaux, que :

« *La paresse est une cause fréquente de mort volontaire. La proportion de gens paresseux est immense. Il faudrait inspirer de bonne heure le goût au travail* » [158].

Le travail chasserait donc l'ennui, constituant une alternative au cloître qui serait néanmoins, selon lui, la meilleure solution pour les dépressifs, et dont NAPOLEON avait, semblait-il, reconnu la grande nécessité « *pour servir d'asile aux grands malheurs...* » [158].

5. Les apports de la sociologie

Au cours de ce XIX^{ème} siècle, l'intérêt des sociologues s'est porté sur le suicide en raison d'une part de l'apparition des premières statistiques officielles après 1850 et, d'autre part, d'une hausse du taux de suicide à cette période. Cette augmentation du taux de suicide au XIX^{ème} siècle questionnait non seulement les conséquences sociales de l'industrialisation, à l'origine des transformations des cadres et des modes de vie, mais renvoyait également aux effets sociaux de l'individualisation, à l'origine des transformations des modalités de la participation sociale.

Le suicide devenait donc un acte individuel compris comme un phénomène social.

En 1897, après la découverte et le développement du raisonnement statistique par QUETELET, celui-ci s'appuyant sur les observations faites à partir des statistiques des crimes, DURKHEIM publiait une étude basée sur les statistiques des suicides, sous le titre *Le suicide* [81], alors qu'il reconnaissait dans cet ouvrage qu'il n'y avait pas un suicide mais des suicides.

a) Approche définitionnelle et sociologique du suicide par DURKHEIM

Fondateur de la sociologie en tant que discipline scientifique et universitaire, DURKHEIM a proposé une définition du suicide qui fait encore aujourd'hui autorité :

« *...tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* » [81].

Cette définition insistait sur le fait que l'acte était accompli en connaissance de cause, à partir de l'observation de la constance du taux de suicide dans les principaux pays d'Europe.

Par la suite, DURKHEIM s'est attaché à déterminer les « *causes sociales et les types sociaux* » des suicides. En effet, précisant que la classification du phénomène qu'il proposait était d'emblée étiologique, il laissait « *de côté l'individu en tant qu'individu, ses mobiles et ses idées* » [81] pour ne s'intéresser qu'aux états des différents milieux sociaux en fonction desquels variait le taux de suicide. DURKHEIM démontrait donc, au regard des résultats en fonction des variables sociales (habitat, religion, statut matrimonial etc.), une régularité des taux de suicide. Celui-ci défendait ainsi le primat de la conscience collective sur la conscience individuelle, et élaborait des facteurs explicatifs des variations des taux en fonction de l'intégration sociale.

DURKHEIM distinguait deux grandes typologies de suicides :

□ **Suicide et participation sociale (intégration sociale)**

⇒ LE SUICIDE EGOISTE :

Il s'agirait d'un état où le moi individuel s'affirmerait avec excès face au moi social (individuation trop forte). Etudiant en effet les différences entre les suicides en fonction de la confession religieuse, il concluait que les sociétés religieuses qui connaissaient un affaiblissement des croyances traditionnelles et un état d'individualisme moral, comme c'était le cas dans le protestantisme (par opposition au catholicisme), étaient plus suicidogènes.

Ses conclusions concordait lorsqu'il étudiait l'état civil, ce qui l'a amené à affirmer que « *le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu* » [81], c'est-à-dire la société religieuse, domestique (familiale) et politique.

⇒ LE SUICIDE ALTRUISTE :

Il s'agirait d'un état où le moi ne s'appartiendrait pas (individuation trop rudimentaire), la société tenant étroitement l'individu sous sa dépendance (donc faible individuation et cohésion massive au niveau de la société) : « *la surveillance collective est de tout les instants* » [81].

DURKHEIM s'appuyait à ce sujet sur l'étude d'un milieu « *spécial* » où « *le suicide altruiste est à l'état chronique* » : l'armée. Il évoquait le terme de « *suicide héroïque* » pour qualifier le type de suicide des militaires dont l'appoint sacrificiel était spécifié. Or, dans la période 1875-1885, les chiffres montraient que les militaires se tuaient deux fois plus que les civils en France.

Dans cette population militaire, l'arme à feu était le moyen le plus fréquemment employé avec, comme causes essentielles avancées, non seulement les rigueurs de la vie militaire et du règlement, facteurs de frustrations et d'inhibition, mais également l'accoutumance à la violence et la possession d'une arme à feu [81].

□ Suicide et réglementation des conduites

Dans toute société, une réglementation fixerait le maximum d'aisance que chaque classe de la société pourrait légitimement chercher à atteindre. Celle-ci serait acquise par la socialisation.

⇒ LE SUICIDE ANOMIQUE

Ce type de suicide résulterait de l'affaiblissement du mécanisme de réglementation sociale, l'anomie étant une situation dans laquelle les mécanismes de réglementation ne seraient plus à même d'exercer leur action régulatrice.

DURKHEIM s'est ainsi basé dans un premier temps sur l'influence des crises économiques sur le taux de suicide, expliquant la hausse dans ces périodes par les « *graves réarrangements [qui] se produisent dans le corps social* ».

D'après lui, « *seule la société, soit directement et dans son ensemble, soit par l'intermédiaire d'un de ses organes, est en état de jouer ce rôle modérateur* » de « *puissance régulatrice* » pour que les passions soient limitées. Cette réglementation qui permettrait d'éviter les états d'anomie, fixerait le maximum d'aisance que chaque classe de la société pourrait légitimement chercher à atteindre. L'état d'anomie (ou de dérèglement) serait renforcé par le fait que « *les passions sont moins disciplinées au moment même où elles auraient besoin d'une forte discipline* » [81].

A ce sujet, il s'est appuyé sur les professions qui fournissaient le plus de suicides, à savoir les fonctions industrielles et commerciales. A cela, il ajoutait l'anomie domestique (veuvage, divorces) qui seraient des causes d'affaiblissement de la réglementation matrimoniale évoquant l'expression « *état d'anomie conjugale* » [81].

b) Du choix du mode de suicide selon DURKHEIM et HALBWACHS

D'autre part, dans son étude, DURKHEIM n'a développé que très brièvement et indirectement les rapports (statistiques ou non) pouvant éventuellement exister entre l'acte suicide (et la nature de celui-ci) et le moyen employé pour y parvenir. En effet, son intérêt pour les moyens n'a occupé que peu d'espace dans le volume imposant de son étude. Cette partie qu'il a consacrée aux moyens, était incluse dans un chapitre s'intitulant : « *Formes individuelles des différents types de suicides* ».

D'après lui, ce seraient les causes sociales qui détermineraient les choix des modes de suicide, ce qu'il appelait « *le genre de mort choisi par le suicidé* » :

« *Ainsi, chaque peuple a son genre de mort préféré et l'ordre de ses préférences ne change que très difficilement. Il est même plus constant que le chiffre total des suicides* » [81].

Remarque importante faite par DURKHEIM : les moyens utilisés par les suicidés resteraient identiques en proportion dans le même pays d'une année à l'autre.

Pourtant, encore selon lui, il n'existerait aucune relation entre les types de suicides distingués et les modes d'exécution les plus répandus. Ainsi, en Italie, si le suicide par arme à feu y était plus répandu que dans les autres pays d'Europe, ce n'était pas en raison de l'état d'altruisme plus important présent chez les soldats puisqu'en France ce mode de suicide intéressait plutôt les classes intellectuelles, écrivains, artistes et fonctionnaires.

Rejetant donc le parallélisme entre le type social de suicide et le moyen employé, il faisait déjà l'hypothèse de la disponibilité du moyen comme facteur pouvant favoriser l'emploi de ce moyen pour se suicider :

« C'est, d'abord, l'ensemble d'usages et d'arrangements de toute sorte qui mettent à sa portée tel instrument de mort plutôt que tel autre. »
« Il tend à employer le moyen de destruction qu'il a immédiatement sous la main et qu'une pratique journalière lui a rendu familier » [81].

Il postulait également que les modes employés étaient le reflet de l'état des connaissances scientifiques et de la technique industrielle. Il prévoyait à ce sujet une augmentation du taux de suicide utilisant des moyens impliquant l'électricité.

Enfin, en ce qui concerne le facteur le plus puissant influençant le choix du moyen d'après DURKHEIM, la représentation sociale du moyen et le niveau d'acceptabilité du moyen par la société orienteraient de manière prévalente vers le choix du mode de suicide.

« La mort choisie par le suicidé est donc un phénomène tout à fait étranger à la nature même du suicide (...) ces deux éléments d'un même acte sont, en réalité, indépendants l'un de l'autre. Du moins, il n'y a entre eux que des rapports extérieurs de juxtaposition. Car, s'ils dépendent tous deux de causes sociales, les états sociaux qu'ils expriment sont très différents (...) » [81].

c) Le choix du moyen comme élément de l'acte suicide selon HALBWACHS

Par la suite, HALBWACHS a été un des premiers sociologues à s'intéresser à ce qui représente en matière de suicide « un moyen de recouplement : l'étude des modes de suicide ».

Partant de l'observation de son Maître, DURKHEIM, selon laquelle « la fréquence relative des différents modes de suicide reste très longtemps

invariable pour une même société... », HALBWACHS notait que le choix des moyens constituait un fait objectif : « C'est même ce qu'il y a de plus objectif, de plus matériellement saisissable dans le suicide », ajoutait-il [106].

Il poursuivait en confirmant son grand intérêt pour l'étude des moyens :

« C'est la pesanteur du corps qui le fera tomber d'un lieu élevé, qui le suspendra au bout d'une corde, qui quelquefois le précipitera sur une arme pointue. C'est la résistance de la corde qui l'étranglera, c'est l'impénétrabilité de l'eau qui empêchera l'air d'arriver jusqu'à ses voies respiratoires. C'est la force vive de la balle, c'est le tranchant de l'acier, c'est l'action chimique du poison, c'est la toxicité des gaz qui mutilera, ravagera et détruira son organisme » [106].

A ces diverses propriétés des moyens employés venait s'ajouter la question du mode d'exécution du suicide comme faisant ou non partie du suicide. Alors que DURKHEIM avait auparavant dissocié le moyen de l'acte lui-même, seule la décision du suicide (et moins l'exécution) constituant le suicide, pour HALBWACHS, le choix du moyen serait probablement un élément de la décision de l'acte [106].

d) Variation des moyens employés d'un pays à l'autre

Dans son étude statistique, HALBWACHS faisait l'observation de la constance de la répartition des modes de suicide dans chaque pays. Cependant, les moyens utilisés variaient d'un pays à l'autre : l'Angleterre était le pays où on se pendait le moins même si entre 1867 et 1874, 1/3 des suicidés anglais s'étaient pendus. La France était un grand pourvoyeur de pendaisons puisque de 1866 à 1875, 449 personnes s'étaient pendues sur un millier en moyenne. Les Italiens préféraient à la corde le poison ou le revolver. En Angleterre comme en France, les modes de suicide plus rares comportaient les plus fortes variations : 12,9% en Angleterre pour les armes à feu, 15,2% en France pour les suicides par asphyxie ou étouffement.

« Tout se passe comme si chacun des différents moyens de se tuer ne pouvait être employé à l'intérieur d'un même pays qu'un nombre de fois limité, le même (proportionnellement) d'une année à l'autre » [106].

De plus, le taux de suicide variait d'un pays à l'autre :

« Si, dans un même pays, la proportion des morts volontaires ne change guère d'une année à l'autre, c'est un fait moins bien établi et

non moins remarquable qu'elle varie quand on passe d'un pays à l'autre » [106].

Par ailleurs, à propos des moyens employés en fonction de la zone géographique, HALBWACHS notait :

« A mesure qu'on va du nord au sud la proportion des suicides par pendaison diminue très régulièrement, tandis que, sauf une ou deux exceptions, les suicides par arme à feu augmentent. »

A titre d'exemple, la Bavière *« paraît subir l'influence du Midi : moins de suicides par pendaison qu'en Prusse et en Saxe ; et l'on y recourt aux armes à feu beaucoup plus que dans ces deux autres pays allemands »* [106]. L'Angleterre et l'Ecosse se rapprocheraient de l'Espagne et de l'Italie puisqu'on a vu qu'on s'y pendait fort peu, mais qu'on s'y empoisonnait beaucoup. L'utilisation rare des armes à feu les en différenciait.

e) Variation des moyens de suicide en fonction du sexe

HALBWACHS a été également l'un des premiers à s'intéresser aux tentatives de suicide, établissant qu'il existe un *« rapport visible entre les suicides consommés et les tentatives »*. Partant de l'observation courante que les hommes se tuaient beaucoup plus que les femmes, il montrait que pourtant les femmes *« tentent presque aussi souvent de se tuer »* que les hommes. D'après lui, cette différence de mortalité des gestes suicidaires provenait du fait que les hommes employaient, pour se suicider, des moyens et des instruments potentiellement plus létaux : *« ... le plus grand nombre d'entre elles usent... de moyens et d'instruments imparfaits, qui laissent plus de possibilités d'échapper à la mort »*. En effet, dans les années 1910-1920 en France, *« les femmes s'empoisonnent davantage », « elles se jettent plus souvent par la fenêtre », « les hommes se pendent surtout, les femmes se noient »* [106]. L'*« asphyxie par le réchaud »* était plus employée par les femmes et était considérée par HALBWACHS comme une manière de s'empoisonner.

Les hommes, quant à eux, employaient plus souvent des armes à feu que les femmes et *« la mécanique du revolver manque rarement son but et opère en quelques secondes »* [106].

Les moyens de suicide ont donc commencé en ce début de XX^{ème} siècle à faire l'objet d'études statistiques et ont été joints à l'intention de se donner la mort comme constituant un élément fondamental de la compréhension du comportement suicidaire. Au-delà de cette étude des moyens, HALBWACHS attribuait l'augmentation exceptionnelle de morts volontaires au cours du XIX^{ème} siècle à ce qu'il nommait *« le progrès social, c'est-à-dire l'augmentation des moyens dont nous disposons pour satisfaire nos besoins, la multiplication aussi*

et l'accroissement des besoins que nous pouvons satisfaire, [qui] entraîne comme contrepartie une existence plus compliquée, plus de déceptions et de souffrances individuelles » [106]. En cela, le XX^{ème} siècle va promouvoir ce « progrès social » de manière extraordinaire dans une société qui va connaître des mutations, en particulier une société devenant hédoniste, une société dans laquelle l'individu a non seulement le droit d'être heureux, mais également le devoir avec le revers de la médaille que peut constituer l'expérience de l'échec.

E. Le XX^{ème} : « Le temps des périls »... et de la prévention

Dès le début du XX^{ème} siècle était médiatisé le suicide d'un lycéen à Clermont-Ferrand. Il s'agissait du suicide de NENY par un coup de revolver alors qu'il était en pleine classe. Ce geste suicidaire, fruit d'un pari entre lycéens, survenait 4 ans après la séparation de l'Etat et de l'Eglise, c'est-à-dire en 1909.

Reprenant à son avantage la pensée de DURKHEIM, notamment l'affirmation que « *la religion a incontestablement sur le suicide une action prophylactique* », BARRES, la même année, a entrepris un débat à ce sujet à la Chambre des députés, véritable plaidoyer pour démontrer l'amoralisme de la nouvelle Université ainsi coupée de ses traditions morales [217].

Sans avoir la prétention d'explicitier certains suicides devenus célèbres en raison de la notoriété de ces sujets morts par suicide, il nous est apparu singulier le grand nombre des suicidés par arme à feu au XIX^{ème} et bien entendu au XX^{ème} siècle qui a connu une immense prolifération d'armes à feu non seulement chez les militaires qui bénéficiaient désormais d'armes redoutablement efficaces, mais également chez les civils, chasseurs ou simples citoyens.

Parmi ces morts volontaires par arme à feu, certaines ont ainsi retenu notre attention :

- VAN GOGH dont ARTAUD a fait « le suicidé de la société ».
- DE MONTHERLANT à partir duquel LACAN fait du suicide le « *seul acte qui réussisse sans ratage* » [127].
- Le suicide de BEREGOVOY le 1^{er} mai 1993, relaté par DEBOUT (2002) alors que celui-ci allait rendre un rapport au Conseil économique et social sur le sujet. L'ancien Premier Ministre avait, selon lui, choisi le jour, le lieu et le mode de son suicide : le lieu près d'une rivière rappelait son nom qui signifiait « berges » ; la date, le jour de la fête du travail honorait son engagement de toujours comme syndicaliste ; et le revolver qu'il avait

habilement subtilisé à son officier d'ordonnance chargé de sa protection, l'arme à feu n'étant pas sans évoquer le capitaine que fut son père... Et cette part de mystère exprimée par MITTERRAND alors Président de la République et citant MONOD : « *Je cherche à comprendre* » [72].

- PRIMO LEVI, « *après avoir témoigné que rien ni personne ne pourrait laver l'humanité de la honte, de l'horreur, du sang noir des camps de concentration, après avoir fait comprendre que pour lui désormais cette révélation de ce que JORGE SEMPRUN – après KANT – appelle « le mal radical » était insurmontable* » se suicidait également par arme à feu (GUURLINGER, 2000 [105]).

Parmi les suicides médiatisés, nous retenons également les suicides collectifs de certaines sectes comme à Waco, au Texas ou dans le Vercors pour l'Ordre du Temple Solaire. D'autre part, MOORE, dans son film remarqué par la critique, *Bowling for Columbine* retraçait la tragédie de Columbine aux Etats-Unis, tragédie qui avait vu des adolescents assassiner d'autres adolescents avec des armes à feu puis se suicider avec ces mêmes armes achetées au supermarché du village où se trouvait le lycée.

Même si aucune comparaison ne peut être effectuée entre tous ces suicides parfois accompagnés d'homicide, et ce en raison des contextes psychopathologiques, culturels et anamnestiques très éloignés, nous sommes frappés par la grande constance de la présence des armes à feu dans ces actes de destruction de l'homme, celles-ci devenant ainsi omniprésentes même en dehors des conflits armés.

1. Guerres, crises économiques et suicide

a) Les grandes guerres : démocratisation des armes à feu et baisse du taux de suicide

L'histoire des armes à feu et de leurs évolutions techniques est une histoire qui n'est pas indépendante de celle des conflits armés. Elle s'intègre effectivement dans l'histoire de la guerre. C'est, d'après PASQUIER, le principe d'action réaction qui est illustré dans ces histoires parallèles :

« *Plus on développe la menace, plus on développe la protection. La quête est incessante* »[166].

En effet, lors de la Première Guerre mondiale, l'évolution des armes automatiques a débouché sur l'invention du pistolet mitrailleur. Lors de la Seconde Guerre mondiale, les fusils d'assaut dont l'un des représentants le plus

connu est le Kalashnikov, étaient beaucoup plus puissants et se développaient à grande échelle.

L'accès aux armes à feu se démocratisait et se répandait quelles que soient les couches sociales. Ce qui était au XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles un « privilège » de la noblesse devenait à la portée et à la disposition de tous. C'est aux Etats-Unis que la prévalence des armes à feu a toujours été la plus élevée : 200 millions actuellement entreposées au sein des ménages américains [33].

Par ailleurs, le XX^{ème} siècle a mis en lumière l'influence des « *grandes commotions sociales* », les guerres et les crises, sur l'évolution du phénomène suicidaire. En effet, comme le soulignait CHESNAIS [54] dans son *Histoire de la violence*, que ce soit parmi les vainqueurs, les vaincus ou les neutres, les guerres ont fait chuter le taux de suicide, cela indépendamment du niveau de suicidalité antérieur ou du degré d'engagement dans le conflit.

« Ainsi, écrit HALBWACHS [106], *les suicides ont également diminué pendant la [Première] Guerre [mondiale], et la baisse, sauf en Suisse, a même été plus forte que pour les nations belligérantes* ». Mais, « *dans la dernière année de la guerre, poursuivait-il, en 1918, le nombre des suicides recommence à augmenter dans les pays vainqueurs ou qui vont l'être, tandis qu'il continue à baisser dans les autres.* » D'après lui, c'est l'intégration nationale qui s'est fortifiée dans les pays connaissant la défaite avec le patriotisme et la foi qui s'exaltaient. DURKHEIM lui-même avait déjà signalé que les révolutions de 1830, de 1848 et le coup d'Etat de 1851 s'étaient accompagnés d'une baisse des suicides.

b) Les grandes crises économiques : augmentation du taux de suicide et évolution des représentations par rapport aux moyens employés

A l'inverse, les grandes crises économiques se sont accompagnées d'une hausse du niveau de suicides. Après l'exemple des krachs financiers du XIX^{ème} siècle pris par DURKHEIM, la grande crise des années 30 et, à un moindre degré, celle de 1973, ont confirmé les hypothèses du fondateur de la sociologie. Ces crises amenaient des suicides pour le moins spectaculaires : le cas de ces hommes d'affaires ruinés se défenestrant du haut de leur gratte-ciel, au lendemain du Vendredi noir (24 octobre 1929) à New York est tristement célèbre. A Paris, les suicides multiples augmentaient d'un seul coup, passant de 43 en 1931 à 89 en 1934 [54].

Les asphyxies à l'oxyde de carbone se répandaient alors rapidement. C'était précisément cette forme de suicide domestique qui connaissait à l'heure de la crise la plus grande expansion.

La pendaison est de nos jours le moyen le plus répandu pour mettre fin à ses jours à l'exception de l'Angleterre où elle fait encore peur. Porteuse d'une symbolique tragique, c'est la mort réfléchie la plus chargée de désespoir, la corde serait le dernier recours du misérable :

« *Secrète, mûrie, obscure, la pendaison s'accomplit en cachette, dans l'ombre de la mesure, de l'asile ou de la prison* » [54].

L'arme à feu, qui occupe la place qu'occupait jadis la noyade, paraît plus noble, prestigieuse et virile. Elle n'est plus le privilège des aristocrates ou des militaires : elle se démocratise.

Le poison, « snob, distingué et mondain », serait désormais de plus en plus prisé. Sa diffusion témoignerait, selon CHESNAIS, d'une plus grande sensibilité, d'un « *plus grand raffinement des mœurs* ».

Pour CHESNAIS, « *il y a une psychologie, comme il y a une sociologie, des moyens de mort* » [54]. Ainsi, l'homme préférerait les moyens « *mécaniques et traumatiques* », la femme « *les moyens toxiques* ».

2. FREUD et le suicide, ou l'institution analytique touchée au cœur par le suicide par arme à feu de Victor TAUSK (1919)

ROUDINESCO, historienne et psychanalyste, parlait, dans un entretien consacré à la revue *L'Histoire* (1995), de « *Tabou chez les psychanalystes* » à propos de la question du suicide et du silence du milieu psychanalytique sur ce sujet. En effet, ne faisant partie ni des névroses ni des psychoses, le suicide serait une actualisation de la pulsion de mort qui se rapprocherait plus du caractère mélancolique [186]. D'après ROUDINESCO [186], si FREUD lui-même n'a pas théorisé la question du suicide, ce serait en raison, pour partie, d'un suicide retentissant d'un de ses disciples, et pas des moins brillants. TAUSK avait effectivement particulièrement bien réussi dans la carrière psychanalytique. Pendant plusieurs années il fut même le seul, hormis FREUD, à donner des conférences régulières à Vienne sur la psychanalyse.

Or, dans une lettre du 10 juillet 1919, FREUD écrivait à FERENCZI (cité par EISSLER dans son ouvrage *Le suicide de Victor Tausk* [82]):

« [Victor] TAUSK s'est suicidé d'une balle de 4/7, 8 jours avant la date prévue pour son mariage, et a laissé des lettres tendres et conciliantes. *Etiologie obscure. Probablement impuissance psy[chique] et dernier acte de sa lutte infantile contre le fantôme paternel. Je reconnais son talent, mais pas de véritable sympathie de ma part* ».

Ce suicide, qui s'est produit au cœur même du milieu psychanalytique et qui touchait au plus près le fondateur du mouvement, a fait couler beaucoup d'encre surtout après la publication du livre de ROAZEN en 1969, *Animal, mon frère, toi*, qui ouvrait le débat sur l'éventuelle responsabilité de l'institution analytique. Certains auteurs, à propos du suicide de TAUSK, n'ont pas parlé de tabou, mais plutôt « *de la production d'un secret dans l'institution analytique* ». A titre d'exemple, ROUSTANG (1976) [187] s'est étonné de la « *nécessité interne de*

glorifier le génie » exprimée par EISSLER, de la pauvreté des notes sur l'affaire de la part de JONES, biographe officiel, et reconnu comme tel, de FREUD (pas un mot du suicide de TAUSK), ou encore de l'absence de référence à TAUSK dans l'ouvrage monumental de SCHUR sur La Mort dans la vie de Freud [188].

Sans entrer à nouveau dans le détail de ces controverses, nous souhaitons évoquer le contexte de ce suicide. En décembre 1918, TAUSK demandait à FREUD de le prendre en traitement psychanalytique. Mais FREUD refusa et fit en sorte que la cure de TAUSK soit assurée par DEUTSCH, qui était elle-même en analyse chez FREUD. TAUSK commençait donc son analyse avec DEUTSCH en janvier 1919, mais, fin mars, celle-ci dit à son patient qu'elle ne pouvait plus le recevoir. D'après ROUSTANG [187], FREUD, entendant sans cesse son analysante parler de TAUSK lui demanda de choisir entre cesser d'être son analysante chez lui et cesser d'être l'analyste de TAUSK. Début juillet de la même année, TAUSK se suicidait. Coïncidence pour le moins troublante, FREUD mettra pourtant ce suicide sur le compte des sacrifices qu'impose une guerre mondiale et rapportera également la relation « *bizarre et perturbée* » de TAUSK à son père incarnée par ce « *fantôme paternel* » ainsi nommé dans la lettre à FERENCZI [82].

FREUD lui-même a donc été confronté au suicide par arme à feu d'un de ses plus brillants disciples. Et, en dehors de cet événement si singulier, s'il n'a pas abordé de manière directe le phénomène des conduites suicidaires dans ses écrits, FREUD y fait référence de manière souvent indirecte dans son œuvre et donne des pistes de compréhension psychopathologique de ces conduites (cf. paragraphe consacré à l'approche psychopathologique). C'est à partir de 1920, soit peu de temps après le suicide de TAUSK, que FREUD élabore sa seconde théorie des pulsions basée sur la conception de la pulsion de vie et de la pulsion de mort. Il poursuivra cette entreprise de modification de son approche théorique au cours de l'année 1923, date de publication de Le Moi et le ça.

3. Les temps de paix et l'émergence de la prévention du suicide

A partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, une double approche du suicide à la fois sociale et médicopsychologique a contribué à une mutation majeure des mentalités, notamment celle de l'Eglise dont les positions ont évolué en faveur d'une plus grande tolérance envers les suicidés, ceux-ci pouvant être désormais considérés comme victimes d'un état mental pathologique. Ils bénéficient d'ailleurs aujourd'hui d'une sépulture religieuse.

C'est dans la période de l'après-guerre, en 1953, qu'est née en Angleterre la prévention du suicide. En effet, un pasteur anglican, le Révérend Chad VARAH, bouleversé par le suicide d'un jeune a créé la « *téléphonie sociale* » qui

connaîtra un écho remarquable avec l'association « les samaritains », puis, en France en 1961, la fédération SOS Amitié [71].

La suicidologie, définie comme la « science » qui étudie le phénomène suicidaire, est une discipline très récente qui a été créée aux Etats-Unis par SHNEIDMAN et FARBEROW en 1967 alors qu'est née, sous leur égide, la Société Américaine de Suicidologie (HANUS, 2004 [107]). Elle inaugure la recherche scientifique en matière de suicide et a permis la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques. En 1969, est créé le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide (GEPS) par les Professeurs MORON, SOUBRIER et VEDRINNE, soutenus par le Professeur PICHOT, chef de service de l'hôpital Sainte-Anne à Paris et qui en sera le premier président. Le GEPS se donne alors comme but de favoriser les échanges entre l'ensemble des professionnels.

DEBOUT organisa en 1997 la Première Journée Nationale pour la Prévention du Suicide, soutenue par la suite par le Ministre de la Santé, M. KOUCHNER, celui-ci annonçant dès les deuxièmes journées, la mise en place d'un programme national pour la prévention du suicide avec comme objectif : réduire de 10% le nombre de morts [71].

DEBOUT va définir alors les principes de toute prévention du suicide autour d'une idée phare voire d'une obsession pour le clinicien :

| « *Prévenir, c'est éviter le passage à l'acte* » [71].

Il dénonce par ailleurs le retour du débat moral sur la question du suicide avec notamment l'apparition dans le débat politique et les pratiques médicales de la question du « suicide médicalement assisté » autorisé aux Pays Bas. Et l'émergence de la question (philosophique) de la liberté et du libre-arbitre.

Cependant, encore selon DEBOUT :

| « *Etre du côté de la prévention du suicide, ce n'est pas porter atteinte à la liberté d'autrui, c'est simplement lui témoigner que sa vie a de l'importance* » [71].

La politique de prévention se développe donc dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Il s'agit d'une politique qui distingue prévention primaire, secondaire, tertiaire et post-vention auprès de l'entourage des suicidés.

En conclusion de cette approche historique des conduites suicidaires par le moyen, nous constatons que l'essor de l'emploi des armes à feu dans les conduites suicidaires a connu une évolution parallèle au renforcement progressif

des armées, et à mesure que les armes se sont démocratisées. Mode de suicide initialement réservé à la Noblesse, il s'est en effet peu à peu répandu à toutes les couches de la société. Néanmoins, il s'agit encore aujourd'hui d'un moyen employé principalement par les hommes, bien que les femmes aient de plus en plus recours aux moyens létaux, notamment aux Etats-Unis où l'arme à feu est devenue le mode de suicide le plus fréquent chez les femmes.

De l'Histoire du Suicide, nous retenons schématiquement l'opposition entre deux types de sociétés occidentales qui se sont alternativement imposées, et qui se différencient par leur réaction face au phénomène suicidaire. D'une part, il existait les sociétés dites « fermées », monolithiques, où l'aspect collectif était privilégié. Ces sociétés où dominait l'emprise du collectif condamnaient le suicide. Ce fut le cas pour le Moyen-Âge ou encore le XIX^{ème} siècle [157]. D'autre part, les sociétés dites « ouvertes » prônaient le respect de la liberté individuelle de l'homme. Ce fut le cas par exemple des périodes de l'Antiquité gréco-romaine et du XVIII^{ème} siècle qui ont donné au suicide une connotation plutôt positive.

En ce qui concerne l'approche plus individuelle, l'étude des moyens de suicide employés au cours des différentes périodes offre, selon nous, une nouvelle perspective contribuant à une meilleure compréhension des conduites suicidaires. Avec comme perspective de concentrer notre travail sur l'étude des suicides et des tentatives de suicide commis au moyen d'une arme à feu, nous avons, dans un premier temps, procédé à une approche historique des conduites suicidaires en nous centrant sur l'étude des moyens employés à travers l'Histoire, ainsi que l'évolution de ces moyens et des représentations qui ont pu y être diversement associées. Il est à ce titre intéressant de constater combien, au cours de l'Histoire, le choix du moyen de suicide a pu être déterminé socialement, notamment à l'apparition des armes à feu. Ainsi pourrions-nous observer comment était perçu par la société le moyen arme à feu lorsque celui-ci était choisi comme moyen de suicide.

Nous notons également la place prépondérante occupée par les hommes dans le recours électif à cet instrument de guerre que sont les armes, et en particulier les armes à feu, et ce de manière constante au cours des différentes périodes de l'Histoire.

A l'origine exclus de la compréhension des conduites suicidaires, les moyens de suicide font désormais partie des axes principaux de la stratégie de prévention face au suicide. En effet, comme nous l'étudierons ci-après, la question des moyens de suicide dans cette politique, menée au niveau national et international, est tout à fait centrale notamment en ce qui concerne leur accessibilité.

II. APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES AU MOYEN D'UNE ARME A FEU

Dans le cadre de l'étude des conduites suicidaires, l'approche épidémiologique est incontournable en raison des nombreux renseignements qu'elle nous apporte. Depuis DURKHEIM et son étude systématique des données sociodémographiques des suicides, la recherche a connu bien des évolutions. La suicidologie inaugure, dès 1967, la recherche scientifique en matière de suicide et permet alors la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques. Par ailleurs, depuis HALBWACHS (1930), l'étude épidémiologique des conduites suicidaires permet un examen précis des moyens de suicide utilisés. Cependant, en France, si les décès par suicide sont recensés, en revanche, il n'existe pas à ce jour de recueil systématique et donc de données disponibles en ce qui concerne les tentatives de suicide. Pourtant, des estimations récentes, faites à partir d'évaluations et des statistiques hospitalières, montraient une incidence des tentatives de suicide s'élevant à près de 150 000 par an contre près de 12 000 décès par suicide. A ce sujet, PHILIPPE [177], en 2000, rapportait une étude française multicentrique qui montrait une incidence annuelle des tentatives de suicide évaluée à 140 pour 100 000 chez les hommes et 260 pour 100 000 pour les femmes. Mais, aucun pays ne collecte de façon systématique des données sur les tentatives de suicide, d'où les difficultés d'études sur l'évolution dans le temps et les disparités selon les régions ou les pays. Par ailleurs, en France et surtout aux Etats-Unis et au Canada, de nombreux auteurs ont souligné l'importance grandissante de l'emploi des armes à feu, notamment dans certaines tranches d'âge comme chez les 15-24 ans, de même que chez les sujets de plus de 85 ans. De plus, nous constatons, à partir de notre étude historique des conduites suicidaires, la constance de la surreprésentation masculine en ce qui concerne l'emploi des armes à feu. Et, même si la place de la femme dans la société a considérablement évolué au cours du XX^{ème} siècle, certains ont d'ailleurs parlé de « masculinisation » de la femme, il n'en reste pas moins que le moyen de suicide n'a pas tout à fait évolué dans ce sens. Certains modes de suicide étant « traditionnellement » masculin, le sexe détermine, d'une certaine façon, le choix du moyen.

En guise d'introduction à l'étude de ces travaux, il nous a paru important, dans un premier temps, d'étudier les tendances séculaires des suicides commis au moyen d'une arme à feu, puis, dans un deuxième temps, de préciser les différents types d'enquêtes utilisées en matière de suicidologie. En effet, comme nous l'étudierons ci-après, toutes les formes d'études épidémiologiques employées dans d'autres spécialités médicales ne peuvent s'appliquer au

phénomène suicidaire. C'est le cas par exemple des études expérimentales dans lesquelles les personnes qui sont exposées au facteur à étudier le sont par la volonté de l'expérimentateur, ce qui n'est pas sans poser des problèmes, en particulier éthiques, pour ce qui est du suicide.

A. Tendances séculaires

1. Le suicide et ses moyens de 1835 à 1960 : à partir des statistiques judiciaires

Les données épidémiologiques issues des statistiques judiciaires montrent que la pendaison était le moyen le plus employé chez les hommes et le second chez les femmes, suivie par la submersion (noyade) dont l'incidence n'a pas cessé de diminuer au cours des dernières années (années 50).

En ce qui concerne les suicides par arme à feu, il semble qu'une grande variabilité de ce mode de suicide a été observée en fonction des époques. Très prisée par les hommes avant 1850, elle a été relativement délaissée jusqu'en 1880 [11]. Cette méthode de suicide occupait en moyenne le troisième rang chez les hommes et du quatrième au septième rang chez les femmes en fonction des périodes.

L'utilisation des armes à feu par les femmes comme moyen de suicide a été assez rare en dehors de la période 1926-1930. En effet, à cette époque, 9,2% des femmes se suicidaient par arme à feu contre 2 à 5% au cours des autres périodes. D'après BABILLIOT [11], la tentative de masculinisation de la femme contemporaine de cette époque n'était pas étrangère à cette évolution dans le choix des moyens de suicide. Les autres modes de suicide étaient minoritaires : il s'agissait de l'asphyxie, des armes blanches ou encore de la précipitation plus fréquente chez les femmes.

2. De 1950 à nos jours : à partir des statistiques sanitaires

L'évolution du taux standardisé de suicide pour la population de 15 ans et plus est restée relativement stable entre 1950 et 1970 en France. Pourtant, cette stabilité globale recouvrait deux évolutions contraires : d'une part une lente augmentation du suicide féminin (tous âges confondus) et du suicide des hommes jeunes, et, d'autre part, une diminution du suicide chez les hommes de plus de 40 ans (PHILIPPE, 2000 [177]).

Par la suite, l'évolution du taux de suicide en France a été marquée par une augmentation significative du taux depuis le milieu des années 70. En effet,

entre 1975 et 1985, une hausse de 38% a été observée. Chez les hommes jeunes, cette hausse s'est accélérée à cette période alors que chez les sujets âgés cette augmentation a été plus marquée chez les femmes par rapport aux hommes. Depuis 1985, l'incidence avait diminué. Et, si depuis 1990 la baisse des taux s'est poursuivie chez les plus de 50 ans, l'augmentation chez les hommes autour de 40 ans a été en revanche sensible. Ainsi, dans le groupe 30-49 ans, le taux de suicide masculin a été plus élevé en 1995 qu'en 1985, de même que chez les plus de 85 ans.

Cette évolution observée en France a été généralement constatée dans les autres pays développés. Le suicide a commencé à augmenter au début des années 50 parmi les adolescents et adultes jeunes d'Europe et d'Amérique du Nord. Depuis le milieu des années 70, l'augmentation s'est généralisée et a été particulièrement importante chez les moins de 35 ans.

En ce qui concerne les modes de suicide, l'évolution a été marquée par une baisse progressive des noyades qui ont été remplacées par les armes à feu, lesquelles ont pris le second rang chez les hommes passant de 10% des suicides en 1950 à 18% en 1970 [11]. Chez la femme, l'arme à feu est passée de 2% des suicides en 1950 à 3% en 1970. Par ailleurs, la précipitation voit son importance croître à la fin des années 60, principalement dans la population féminine. De même, et de manière plus importante que la précipitation, le suicide par empoisonnement augmente, en particulier les intoxications médicamenteuses, de manière quasi-exponentielle passant en 20 ans de 2 à 7% chez l'homme et de 7 à 19% chez la femme durant cette même période.

B. Données épidémiologiques actuelles : les armes à feu comme moyen de suicide au centre des préoccupations actuelles des pays industrialisés

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en l'an 2000, près d'un million de personnes se sont suicidées et 10 à 20 fois plus ont fait une tentative de suicide à travers le monde (DEBOUT, 2002 [72]). Ceci représente en moyenne une mort toutes les quarante secondes et une tentative de suicide toutes les 3 secondes.

Le constat est donc fait qu'il y a plus de morts par suicide que de morts provoquées par tous les conflits armés à travers le monde. Dans tous les pays, le suicide est une des premières causes de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 35 ans. Ainsi, à l'échelle mondiale, 57% des suicides concernent des individus âgés entre 15 et 44 ans, ce qui fait de la population jeune la catégorie la plus touchée par le phénomène suicidaire. De plus, en France et dans le reste du

monde, le groupe d'âge le plus touché est, quel que soit le sexe, situé entre 35 et 44 ans [72].

Comme nous l'avons précisé précédemment, l'étude statistique des conduites suicidaires montre des évolutions tout à fait significatives d'une classe d'âge à l'autre, en particulier des évolutions quant aux modes de suicide employés. D'une part, les précipitations d'un lieu élevé et les intoxications médicamenteuses volontaires ont considérablement augmenté chez les femmes. D'autre part, au cours de la période 1950-1970, les armes à feu ont pris une place importante chez les hommes.

Actuellement, les données épidémiologiques justifient que les armes à feu constituent une préoccupation majeure des grands pays industrialisés principalement en ce qui concerne la prévention du suicide, ainsi que des homicides. Aux Etats-Unis et dans beaucoup d'autres pays (Australie, Canada, Danemark, France, Nouvelle-Zélande, Norvège, Ecosse), la majorité des décès liés aux armes à feu sont des suicides. Le Japon reste cependant une exception. En effet, les Japonais utilisent traditionnellement d'autres modes de suicide que les armes à feu, et ce pour des raisons en grande partie culturelles.

1. L'arme à feu : premier mode de suicide aux Etats-Unis

a) L'arme à feu, premier mode de suicide quel que soit le sexe

Comme l'ont souligné KELLERMANN et al (1992) [121], les décès liés aux armes à feu constituent un véritable problème de santé publique surtout aux Etats-Unis où les suicides par arme à feu ont été multipliés par deux chez les 15-24 ans depuis 1968. En effet, l'augmentation de 44% du taux global de suicide dans ce pays depuis 1953 trouve son explication dans la hausse du nombre des suicides par arme à feu, constatant une baisse des autres moyens de suicide. BOYD (1983) [33] a en effet montré que seul le moyen arme à feu avait connu une augmentation continue durant cette période passant de 4,9 pour 100 000 en 1953 à 7,1 pour 100 000 en 1978, tandis que les autres moyens étaient restés relativement stables avec une tendance à la baisse (5,9 en 1953 et 5,4 en 1978). En 1998, 57% des suicides, aux Etats-Unis, étaient commis au moyen d'une arme à feu, ce qui représentait 17 424 suicides (MILLER et HEMENWAY, 1999 [152]). Les suicides par arme à feu constituaient donc la première cause de suicide, les armes à feu étant un moyen employé trois fois plus souvent que le deuxième moyen utilisé, la pendaison (ROMERO et WINTEMUTE, 2002 [185]).

Aux Etats-Unis, l'homme utilise encore aujourd'hui en majorité l'arme à feu comme moyen de suicide. L'arme à feu constitue en effet le moyen le plus souvent utilisé pour se suicider tous sexes confondus (MILLER et HEMENWAY, 1999 [152]) : 66% des suicides masculins en 1993 et 41% des suicides féminins (contre 35% pour l'intoxication et 13% pour la pendaison).

Les dernières données épidémiologiques publiées en ligne par le CDC montrent un taux de suicide par arme à feu en 2002 aux Etats-Unis de 5,9 pour 100 000 (17 108 cas). Le taux global de suicide est de 11,0 pour 100 000, représentant près de 31 655 décès par suicide en 2002 dans ce pays. Les suicides par pendaison constituent la deuxième cause de mortalité par suicide tous sexes confondus mais ne représentent que 6 462 décès soit un taux de 2,2 pour 100 000, taux très inférieur à celui des suicides par arme à feu. Au troisième rang, se placent les suicides par intoxication avec 5 489 décès soit 1,9 pour 100 000 [50].

b) Un fort taux de suicides par arme à feu pour une forte prévalence des armes à feu

Il est par ailleurs intéressant de constater que la prévalence des armes à feu aux Etats-Unis est très importante. Il y a en effet presque une arme à feu par habitant quel que soit l'âge et le sexe. Autre particularité des Etats-Unis, la majorité de ces armes sont des armes de poing avec une prévalence qui est passée de 20% des ménages en 1973 à 25% en 1994 (BLENDON et al, 1996 [25]), alors que le taux global d'armes à feu a diminué de 7% dans les 20 dernières années, passant de 48% des ménages à 41%. La raison qui motive la possession d'une ou plusieurs armes de poing est l'autodéfense dans 69% des cas, autoprotection qu'autorise le Second Amendement de la Constitution américaine.

De plus, une autre étude avait montré que la plupart du temps, les armes à feu conservées chargées à domicile étaient impliquées dans la mort d'un voisin ou même d'un membre de la famille, et très rarement de cambrioleurs ou d'agresseurs (KELLERMANN, 1986 [120]).

c) Une population à risque de suicide par arme à feu : les 10-19 ans

Chez les 10-19 ans, le CDC [49] a montré qu'il s'était opéré des modifications des conduites suicidaires entre 1992 et 2001 : dans cette tranche d'âge, l'arme à feu représente 49% des suicides, suivie par la strangulation (38%), et l'intoxication (7%).

d) Une surreprésentation des sujets de plus de 65 ans quel que soit le sexe

ADAMEK et KAPLAN (1996) [2] ont publié une étude portant sur les suicides par arme à feu chez les sujets de sexe masculin et âgés de plus de 65 ans. Elle a mis en évidence qu'en 1991, plus de 80% des suicides masculins chez les plus de 65 ans étaient commis au moyen d'une arme à feu, traduisant une augmentation significative depuis 1980. Chez les hommes de moins de 65 ans,

le taux de suicide par arme à feu est resté relativement constant. En revanche, les taux les plus hauts et qui ont le plus varié concernent les hommes de plus de 65 ans, en particulier les plus de 85 ans.

Par ailleurs, ces auteurs ont mené, à partir de ces données, une étude comparative des taux de suicide par arme à feu en différenciant trois tranches d'âge : 65-74 ans, 75-84 ans et les plus de 85 ans. Le taux de suicide par arme à feu chez les hommes de plus de 65 ans a augmenté de 24% alors que les taux concernant les autres moyens sont restés constants. Dans la tranche d'âge des 65-74 ans, la hausse a été de 8%, chez les 75-84 ans de 32% et chez les plus de 85 ans, la hausse a été de 87% [2].

ADAMEK et KAPLAN (1996) [1] ont également réalisé une étude épidémiologique rétrospective examinant la mortalité par suicide chez les femmes de plus de 65 ans. Cette étude était centrée sur l'examen des moyens de suicide utilisés dans cette population ciblée. En dépit de la croyance populaire qui veut que les femmes emploient des moyens moins létaux, ces auteurs ont mis en évidence qu'une large proportion de décès par suicide chez les sujets de sexe féminin étaient commis au moyen d'une arme à feu. En 1992, 38% des suicides féminins chez les plus de 65 ans étaient commis au moyen d'une arme à feu, ce qui représentait une hausse significative de 28% entre 1979 et 1992. Effectivement, les armes à feu sont devenues, depuis 1982, la méthode de choix des suicides des femmes de plus de 65 ans, alors que les autres méthodes sont restées stables pendant cette même période.

Les deux groupes d'âge qui, aux Etats-Unis, ont vu leurs taux de suicide par arme à feu augmenter significativement sont les femmes de 15-24 ans et les femmes de plus de 65 ans. Ce taux a d'ailleurs connu une baisse significative chez les femmes de 20-24 ans et de 25-34 ans. La méthode de choix utilisée par les femmes de plus de 65 ans est ainsi devenue ces dernières années l'arme à feu alors que peu d'attention avait été portée jusque là à ce phénomène dans cette population. Par ailleurs, dans une autre étude, ces mêmes auteurs ont mis en évidence que le taux le plus élevé de suicide par arme à feu chez les femmes concernait la tranche d'âge 65-74 ans. Les femmes mariées constituaient d'ailleurs la plus grande proportion des suicides par arme à feu.

Ces données confirment les premières conclusions faites par KAPLAN et al en 1994 [2]. Ces derniers trouvaient également que le suicide par arme à feu chez les plus de 65 ans était surreprésenté. En effet, ce mode de suicide constituait déjà le premier moyen employé en terme de fréquence et ce quel que soit le sexe. Les hommes avaient d'autant plus tendance à choisir le moyen arme à feu qu'ils avançaient en âge, la tranche d'âge la plus exposée étant les plus de 65 ans suivie par celle des 55-64 ans.

2. L'Australie et le Canada : une situation épidémiologique qui rejoint celle des Etats-Unis

L'Australie a un taux modéré de suicide comparé aux autres pays, mais un taux très élevé de suicide par arme à feu, principalement chez les hommes. A ce sujet, CANTOR et LEWIN (1990) [46] ont publié une étude rétrospective à partir des données de mortalité par suicide qui montrait une baisse du taux global de suicide, un taux constant de suicide par arme à feu avec comme conséquence, une augmentation de la proportion des suicides par arme à feu, plus marquée chez les jeunes. Cette évolution a rejoint celle des Etats-Unis entre 1953 et 1978 (BOYD, 1983 [33]). En effet, sur le plan épidémiologique, l'Australie occupe le troisième rang mondial en matière de suicide par arme à feu masculin, après les Etats-Unis et le Canada et compte dix fois plus de suicides par arme à feu qu'en Angleterre et Pays de Galles réunis.

CANTOR et LEWIN [46] ont d'ailleurs mis en évidence, dans leur étude, un âge charnière de 30 ans, en dessous duquel il était observé une augmentation du taux de suicide par arme à feu (+69%) avec une augmentation parallèle des autres moyens (+44%) dans cette tranche d'âge. Chez les plus de 30 ans, il était noté une baisse de 11% du taux de suicide par arme à feu et une baisse de 22% des autres méthodes de suicide.

3. L'exception anglaise

Peu d'études sur la mortalité par suicide par arme à feu ont été réalisées en Europe en dehors des pays anglo-saxons. Méthode peu commune au Royaume-Uni, les suicides par arme à feu ont représenté en 2001 2,9% des suicides masculins et 0,6% des suicides féminins, ce qui était très inférieur aux données américaines. Les suicidés par armes à feu de sexe masculin constituaient 94,7% des cas de suicides par ce moyen violent. Notons que le taux de suicide par arme à feu a remarquablement diminué au Royaume-Uni entre 1979 et 2000 avec une baisse de 52,8% du taux (HAW et al, 2004 [109]).

Par ailleurs, en Ecosse, STARK et al (2004) [198] rapportent une hausse du taux de suicide alors que ce taux a diminué en Angleterre et au Pays de Galles. En effet, ces auteurs rapportaient une augmentation de 35% du taux de suicide par arme à feu chez les sujets de sexe masculin. En fait, cette augmentation serait beaucoup plus importante chez les sujets jeunes.

4. Suicides et tentatives de suicide en France : accroissement du recours au moyen arme à feu malgré une tendance globale à la baisse

Avec 10 300 décès par suicide en 1999 [118], la France est dans le groupe des pays de l'Union européenne à plus fort taux de suicides. En effet, si la Finlande est le pays en Europe où l'on se suicide le plus, la France avec la Belgique, l'Autriche, et le Luxembourg fait partie des pays où l'on se suicide le plus en Europe. A l'opposé, le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont des taux très faibles. Les taux les plus bas concernent la Grèce, le Portugal, l'Italie et l'Espagne (JOUGLA et al, 2003 [118]).

En France, les décès par suicide représentent 2% de l'ensemble des 540 000 décès survenant chaque année. Cette part varie fortement selon l'âge. En effet, pour les sujets entre 15 et 44 ans, le suicide représente la deuxième cause de décès (15% des décès) après les accidents de la circulation. Pour les 30-39 ans, il constitue la première cause de décès (soit 1 décès sur 5). La part du suicide diminue ensuite sensiblement représentant moins de 1% de l'ensemble des décès après 85 ans.

Le sexe ratio est de 3 hommes pour 1 femme: 7 décès par suicide sur 10 concernent le sexe masculin, soit 7 500 décès par suicide contre 2 800 pour les femmes. Le taux standardisé de décès par suicide chez les hommes est trois fois plus élevé que le taux de décès féminin: 27,1 pour 100000 contre 8,8 pour 100000 [118].

Par ailleurs, en France comme dans de nombreux pays, les statistiques résultent de l'exploitation des certificats de décès établis par les médecins constatant le décès. Cependant, la fiabilité statistique, déjà contestée par HALBWACHS en 1930, peut être remise en question en raison de deux sources d'erreurs possibles (PHILIPPE, 1999 [176]) :

- la dissimulation du caractère suicidaire ;
- et l'incertitude en ce qui concerne l'intentionnalité suicidaire.

En effet, d'après l'enquête effectuée par le CépiDc en 1999 sur la qualité et l'exhaustivité des données concernant la mortalité par suicide, il existerait une sous-estimation des effectifs de décès d'environ 20%. Mais les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les disparités géographiques et les tendances dans le temps resteraient similaires avant et après correction des données par extrapolation des résultats de l'enquête aux données de la statistique officielle (PEQUIGNOT et al, 2004 [173]).

Ainsi, des suicides ne sont pas enregistrés lors de la certification du décès et ce pour deux raisons (PHILIPPE, 1999 [176]):

- 2184 décès en 1996 ont été déclarés indéterminés quant à leur intention : dans 25% des cas, il s'agissait de décès par arme à feu, 35% des noyades et 20% des intoxications médicamenteuses ;
- 8603 décès en 1996 ont été déclarés de cause inconnue.

A la demande de la Direction Générale de la Santé, PEQUIGNOT et al (2004) [173], l'équipe du Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), ont publié un rapport sur les données de mortalité par arme à feu en France entre 1979 et 1999. Ce travail, basé sur les informations fournies par les certificats médicaux de décès, a permis de recenser le nombre de décès par arme à feu qui est, pour l'année 1999 en France, de 2332 hommes et 275 femmes. Les hommes représentent donc près de 90% de la mortalité annuelle par arme à feu et les femmes 10%. Les décès par arme à feu sont principalement représentés par les suicides (78%), tandis que les accidents et les homicides n'atteignent pas, à eux deux, 10%. La première cause de décès par arme à feu est donc le suicide par arme à feu avec près de 2026 décès soit 78% des décès par arme à feu en 1999. Pour l'ensemble de la population, le taux standardisé de suicide par arme à feu est de 3,4 pour 100 000 habitants.

En ce qui concerne l'évolution dans le temps de la mortalité par suicide par arme à feu en France, le nombre de suicides, ainsi que le taux, ont eu tendance à augmenter au début des années 80, puis sont restés relativement stables jusqu'à la fin des années 80 et ont progressé au début des années 90. Les chiffres de suicides par arme à feu ont, par la suite, diminué jusqu'en 1999. Ces tendances ont été observées aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Contrairement aux Etats-Unis où l'arme de poing est l'arme de choix des conduites suicidaires, en France, le fusil de chasse reste l'arme la plus souvent utilisée même si JAMMET [116] précisait que dans la majorité des cas, le type de l'arme n'était pas spécifié sur le certificat de décès.

Malgré la diminution de l'importance de la pendaison, celle-ci reste le moyen le plus utilisé, notamment chez les hommes (41% des suicides masculins et 28% des suicides féminins). Cependant, la part des armes à feu a considérablement augmenté, représentant 1/3 des suicides masculins et près de 10% des suicides féminins (PHILIPPE, 1999 [176]).

a) Une surreprésentation masculine

Les modes de suicide varient selon le sexe. En effet, pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (46% des décès) et les armes à feu (25%). Pour les femmes, les intoxications médicamenteuses (27%) sont suivies de près par les pendaisons (27%), les noyades (17%) et les précipitations d'un lieu élevé (10%).

Au niveau des décès par suicide par arme à feu, il y a une surmortalité masculine importante avec 1875 suicides par arme à feu chez l'homme pour l'année 1999 (soit un taux de 6,9 pour 100 000) contre 151 chez les femmes la même année. Le sexe ratio hommes/femmes varie de 7 pour les moins de 25 ans, à 15 pour les 45-64 ans.

b) L'arme à feu : un moyen de plus en plus employé pour certaines classes d'âge

Des spécificités selon les classes d'âge ont cependant été rapportées par PEQUIGNOT et al (2004) [173]. En effet, une tendance à la régression a été notée pour les sujets de moins de 45 ans quel que soit le sexe et ce depuis 1995. De plus, la diminution la plus marquée a été observée chez les jeunes hommes de moins de 25 ans. Entre 45 et 64 ans cependant, la diminution a été moins marquée. Contrairement à la mortalité par arme à feu toutes causes confondues (suicide, homicide, accident), après 64 ans, il n'est plus observé de diminution des effectifs et des taux de décès (fin années 90).

□ L'arme à feu comme moyen de suicide : une répartition bimodale

Pour les hommes, la répartition des effectifs de décès par âge est bimodale avec un premier pic observé entre 35 et 54 ans (avec un maximum entre 45 et 49 ans) et un second pic entre 60 et 80 ans (avec un maximum entre 70 et 74 ans).

□ Les 15-24 ans : une population de plus en plus concernée par les suicides par arme à feu

Parmi les 15-24 ans, même si la pendaison reste le premier moyen employé, il semble que les armes à feu occupent une place de plus en plus importante, suivies de loin par l'intoxication et la noyade (CHOQUET, 2004 [57]). Les garçons de 15 à 24 ans utilisent plus volontiers des méthodes violentes (74% se suicident par pendaison ou par arme à feu). Les filles du même âge utilisent des méthodes plus diversifiées (27% par pendaison, 25% par intoxication, 19% par précipitation et 15% par arme à feu).

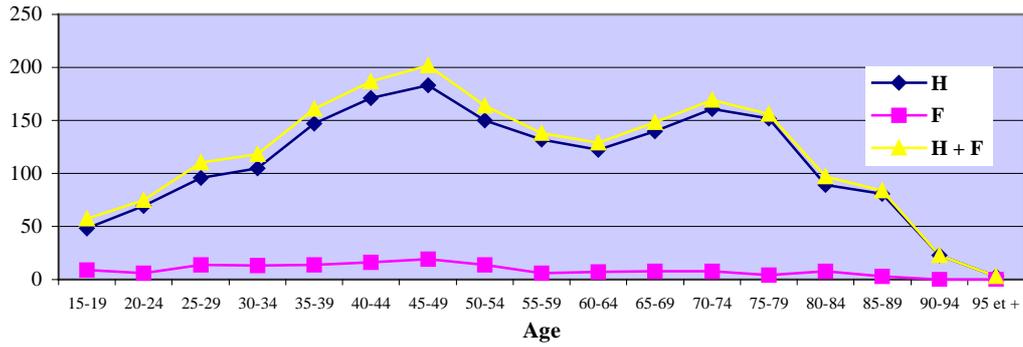


Fig. A.- Effectifs de décès par suicide par arme à feu selon le sexe et l'âge- France 1999 (Source: INSERM)

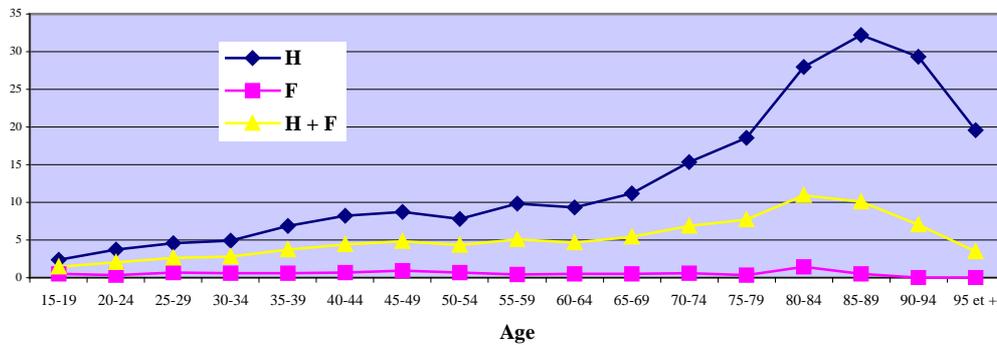


Fig. B.- Taux de décès par suicide par arme à feu selon le sexe et l'âge- France 1999 (Source: INSERM)

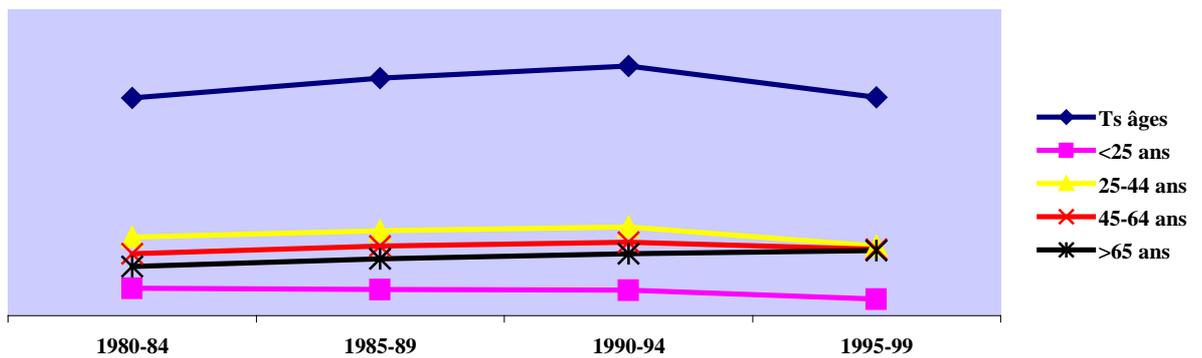


Fig. C.- Effectifs annuels de décès par suicide par arme à feu selon la période quinquennale et variation entre deux périodes par âge - France 1999 (Source: INSERM)

□ **Les plus de 65 ans : une population particulièrement touchée**

Pour ce qui est des taux de suicide par arme à feu en France en 1999, ceux-ci croissent fortement avec l'âge, avec un maximum entre 85 et 89 ans (32,2 pour 100 000). L'analyse par grands groupes d'âge indique que la part des suicides par rapport à la mortalité globale par arme à feu augmente avec l'âge chez les hommes (68% chez les moins de 25 ans, 89% à partir de 65 ans). De plus, les taux de décès par suicide par arme à feu chez les hommes croissent constamment avec l'âge : de 1,4 pour les moins de 25 ans, à 18,6 pour 100 000 à partir de 65 ans. Ce taux est multiplié par trois entre les classes d'âge 45-64 ans et les plus de 64 ans. Chez les femmes, les effectifs de suicides par arme à feu sont principalement observés entre 25 et 54 ans. La valeur maximale est atteinte par la classe d'âge 45-49 ans, avec 19 décès. Les taux de décès par suicide par arme à feu chez les femmes varient peu par âge (0,3 à 0,6 pour 100 000). Néanmoins, le taux le plus élevé est observé entre 80 et 84 ans.

Pour les femmes, la répartition est parallèle avant 25 ans et après 44 ans: la proportion des suicides est de 51% avant 25 ans ainsi qu'entre 45 et 64 ans et de 58% entre 25 et 44 ans et au delà de 64 ans.

5. La région Poitou-Charentes : une suicidalité par arme à feu particulièrement élevée

a) De grandes disparités régionales

Les disparités régionales sont très marquées en ce qui concerne la mortalité par arme à feu. Deux gradients de surmortalité ont été rapportés: Nord/Sud-ouest et Sud/Est (PEQUIGNOT et al, 2004 [173]). En effet, les régions les plus touchées en ce qui concerne les suicides par arme à feu en dehors de la Corse sont le Poitou-Charentes, le Centre, le Limousin, la Picardie, l'Aquitaine et les régions PACA et Languedoc-Roussillon. A l'inverse, l'Ile-de-France, l'Alsace et les Pays de Loire sont les moins touchés par la mortalité par arme à feu toutes causes confondues. En ce qui concerne le niveau de mortalité par suicide par arme à feu selon les régions (effectifs variant de 20 à 230 décès par suicide par arme à feu selon les régions), c'est dans les régions PACA, Rhône-Alpes et Ile-de-France que ces décès sont les plus nombreux (plus de 200). Aquitaine, Nord-Pas-de-Calais et Centre enregistrent environ 170 décès annuels. La Corse présente le taux de décès par suicide par arme à feu le plus élevé avec un taux de 7,6 pour 100 000. On distingue également très nettement un gradient transversal de surmortalité de la Picardie et Champagne-Ardenne jusqu'à l'Aquitaine. Tout le centre de la France est fortement touché par le phénomène: Centre, Limousin, Poitou-Charentes et Auvergne (taux de 5 à 6 pour 100 000).

Ces disparités spatiales sont également observées en ce qui concerne les taux globaux de suicide. Cependant, ce ne sont pas tout à fait les mêmes régions qui sont les plus touchées : le Nord-Ouest de la Bretagne jusqu'au Nord-Pas-de-Calais est globalement en surmortalité ainsi que le nord des Pays de la Loire et les régions rurales du centre de la France. Les taux de suicide sont particulièrement élevés en Bretagne intérieure et ces disparités spatiales sont restées relativement stables depuis 20 ans.

Les modes de suicide varient également selon les régions françaises. On note en particulier la part importante des pendaisons dans le Nord-Ouest (Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne, Nord-Pas-de-Calais), des suicides par arme à feu dans le Sud (Corse, Aquitaine, Languedoc-Roussillon).

b) Un nombre global de suicides relativement stable

Le nombre global de suicides dans la région Poitou-Charentes est resté relativement stable entre 1980 et 1999. Un pic a pu être observé en 1985, de même qu'un pic a été mesuré au niveau national au cours de cette année-là. Une baisse des suicides a été également constatée en 1993 chez les hommes.

En 1980, pour la région Poitou-Charentes, 366 suicides étaient constatés dont 69% d'hommes. En 1999, 389 décès par suicide étaient enregistrés dont 75% d'hommes (Données INSERM). Le taux global de suicide en Poitou-Charentes était de 24,7 pour 100 000 habitants en 1980 et de 24,1 pour 100 000 en 1999 (département de la Vienne : 23,3 pour 100 000 en 1999).

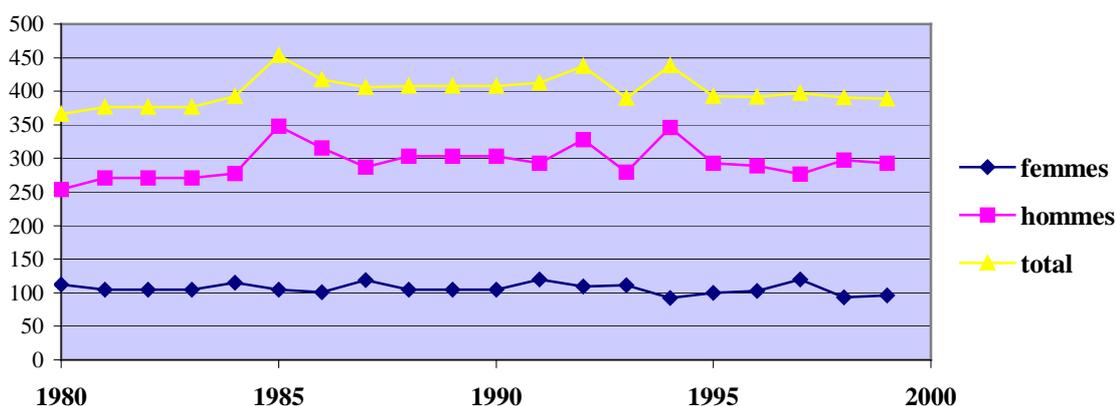


Fig. D.- Evolution du nombre de suicides en Poitou-Charentes chez les sujets de plus de 20 ans
(Source:INSERM; Exploitation:ORS Poitou-Charentes)

Cependant, la prudence s'impose en ce qui concerne ces observations car les chiffres présentés ne sont pas des taux et ne tiennent donc pas compte de l'évolution de la démographie. Chez les femmes, le nombre est resté pratiquement constant.

Pour les 15-34 ans, une étude statistique récente, menée par l'Observatoire Régional de Santé du Poitou-Charentes, a montré que les suicides, dans cette tranche d'âge, représentaient la deuxième cause de mortalité après les accidents de la voie publique, constituant ainsi 19% des décès en 1998-2000 (DEBARRE, et al 2004 [70]). Toujours dans cette tranche d'âge, les hommes sont trois fois plus nombreux à être touchés que les femmes, ce qui rejoint, à un plus faible niveau, la surmortalité masculine des conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu.

c) *Un nombre de suicides par arme à feu relativement stable*

En ce qui concerne les suicides par arme à feu, nous constatons une relative constance avec un nombre très faible chez les femmes, toujours inférieur à 10 par an.

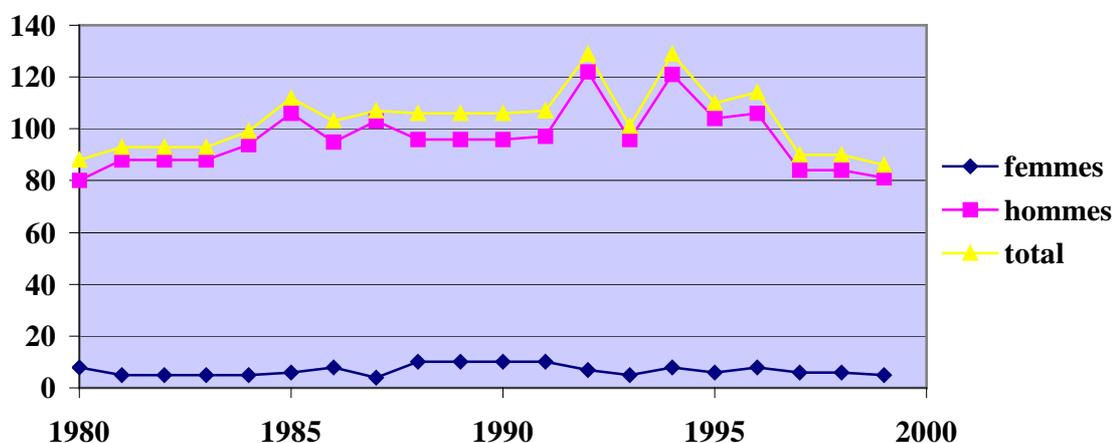


Fig. E.- Evolution du nombre de suicides par arme à feu en Poitou-Charentes
(Source: INSERM; Exploitation: O.R.S Poitou-Charentes)

Chez les hommes, nous observons une hausse du nombre de suicides par arme à feu en 1992, puis une baisse à partir de 1997. En 1980, 24% des suicides en Poitou-Charentes étaient commis au moyen d'une arme à feu dont 91% d'hommes, contre 22% en 1999 dont 94% d'hommes. Le taux de suicide par arme à feu dans la Vienne était de 6,3 pour 100 000 habitants en 1980 et il était

de 6,5 pour 100 000 en 1999. Bien que ne tenant pas compte de l'évolution de la structure d'âge de la population, sur cette période globale, aucune évolution significative n'a été constatée.

d) Une surmortalité masculine des suicides par arme à feu au niveau de la région Poitou-Charentes

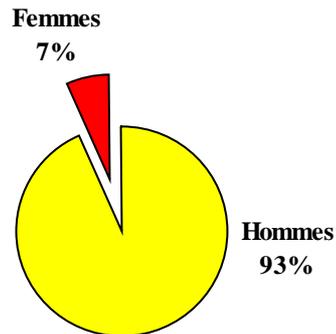


Fig. F. Répartition des suicides par arme à feu en fonction du sexe en région Poitou-Charentes (données INSERM; exploitation ORS Poitou-Charentes, 1999)

Nous observons, comme au niveau national, une surmortalité masculine en ce qui concerne les suicides par arme à feu (résultats significatifs ; $p < .0001$).

e) Une proportion de suicides par arme à feu relativement constante quelle que soit la tranche d'âge

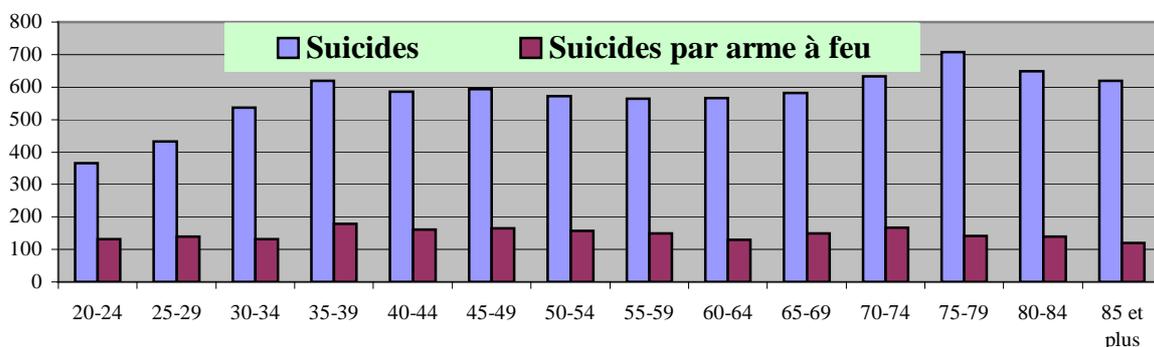


Fig. G.- Nombre global de suicides et de suicides par arme à feu en Poitou-Charentes par tranches d'âge (Source INSERM; Exploitation ORS Poitou-Charentes: nombres cumulés entre 1980 et 1999)

Le nombre de suicides par arme à feu est relativement stable quelle que soit la tranche d'âge avec un nombre plus important chez les 35-39 ans et 70-74 ans, mais ces résultats ne sont pas significatifs et ne tiennent pas compte de la démographie car ils ne sont pas rapportés à la population (ce ne sont pas des taux).

f) Répartition par modes de suicide pour la région Poitou-Charentes (1999)

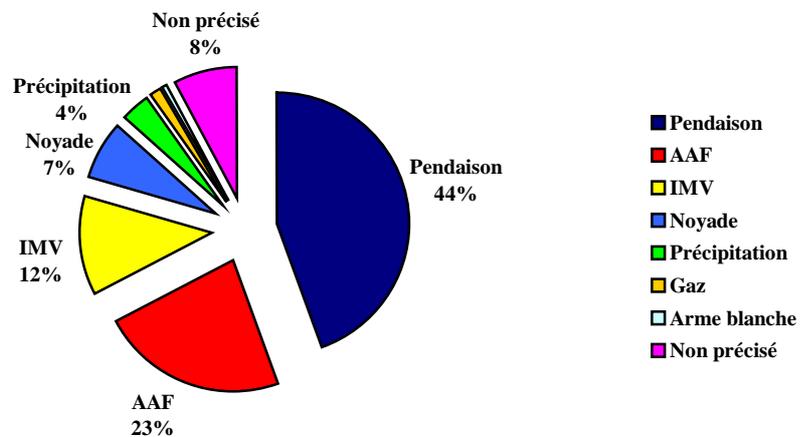


Fig. H.- Répartition des modes de suicide pour la région Poitou-Charentes (Source INSERM; Exploitation ORS Poitou-Charentes: 1999)

Les suicides par arme à feu sont significativement plus fréquents en milieu rural pour la région Poitou-Charentes ($p < .0001$). Ils sont également plus fréquents en milieu rural dans la Vienne mais les résultats ne sont pas significatifs. Pour la région Poitou-Charentes, comme au niveau national, le mode de suicide le plus répandu est la pendaison avec 44% des suicides, suivie par les armes à feu avec 23% des décès par suicide. Ensuite, ce sont les intoxications médicamenteuses volontaires (12%), les noyades (7%), puis les autres moyens (gaz, armes blanches). Dans 8% des cas, le suicide est reconnu mais le moyen utilisé n'est pas précisé. Rappelons que ces statistiques sont obtenues après examen des certificats de décès.

En ce qui concerne les modes de suicide en fonction du sexe du suicidé, nous constatons que la pendaison et les armes à feu sont majoritairement employées par les hommes, au contraire des intoxications médicamenteuses volontaires (cf. Fig. I. ci-après).

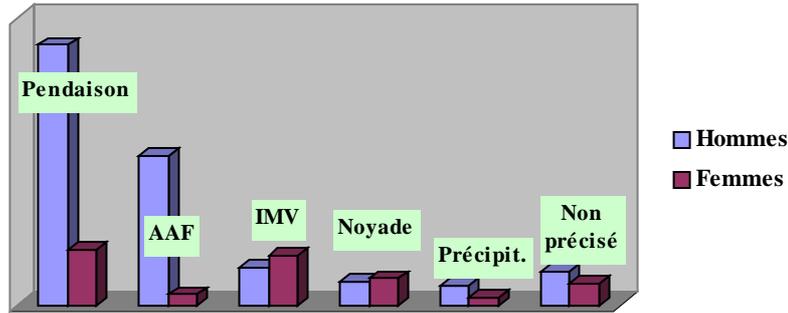


Fig. I. Répartition des modes de suicide en Poitou-Charentes en fonction du sexe (données INSERM; exploitation ORS Poitou-Charentes: 1999)

g) Les hommes mariés, une population à risque de suicide par arme à feu

Pour ce qui est du statut matrimonial, les suicidés par arme à feu étaient plus fréquemment mariés, puis célibataires et enfin veufs et divorcés ou séparés ($p < .0001$ pour la région Poitou-Charentes ; $p < .001$ pour le département de la Vienne).

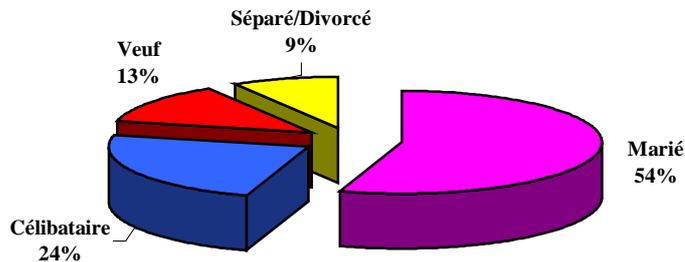


Fig. J.- Statut matrimonial des sujets décédés par suicide par arme à feu entre 1980 et 1999 en Poitou-Charentes (Source INSERM; Exploitation ORS Poitou-Charentes)

Par ailleurs, en 1996, une étude avait montré l'importance des décès par suicide par arme à feu en Poitou-Charentes en comparaison avec les homicides et les accidents (JAMMET [116]). En effet, réalisée dans le département de la Vienne, elle avait inclus tous les cas de blessures cervico-céphaliques pris en charge par le SAMU 86 entre 1991 et 1995. 56 cas avaient été étudiés, dont 85,7% étaient des suicides ou tentatives de suicide par arme à feu, 9,2% des cas accidentels et 5,5% des homicides.

Selon des données plus récentes obtenues auprès du service concerné, le SAMU 86 a pratiqué 47 interventions en 2002 et 47 interventions en 2003 pour des « plaies par arme à feu ». En 2002, 22 sujets étaient décédés avant l'arrivée au CHU contre 14 en 2003. Il s'agissait en grande majorité de gestes suicidaires.

La région Poitou-Charentes est donc une des régions de France parmi les plus touchées par la suicidalité par arme à feu, bien que le taux soit resté relativement stable depuis une vingtaine d'années.

Cette région, à caractère essentiellement rural, connaît en effet une forte proportion de suicides par arme à feu, principalement chez les hommes mariés. Ces derniers semblent effectivement constituer une population à risque de ce type de conduites suicidaires, effectuées le plus souvent au moyen d'un fusil de chasse. Cette arme dévolue à la pratique de la chasse est extrêmement répandue dans la région, ce qui en fait, comme au niveau national, l'arme de choix des gestes suicidaires par arme à feu. A ce sujet, nous observons des différences entre un pays européen tel que la France, et les Etats-Unis. A titre d'exemple, la grande majorité des études américaines retrouvent l'arme de poing comme étant l'arme la plus fréquemment employée dans les conduites suicidaires. Celle-ci n'occupe probablement pas la même place au sein de la famille que le fusil de chasse. A ce propos, les raisons de posséder une arme à feu diffèrent entre ces deux pays : les américains stockent une arme en vue de se défendre contre un éventuel agresseur, tandis que les familles françaises ont un fusil dans le but, souvent, de pratiquer la chasse, activité ancrée dans la « tradition », tradition qui s'est d'ailleurs récemment politisée en France comme aux Etats-Unis.

Il sera ainsi intéressant de confronter ces données avec les résultats obtenus au cours de notre étude, afin de discuter les liens possibles existant entre les populations de suicidés par arme à feu et notre population de suicidants. En effet, certains auteurs ont proposé un rapprochement entre ces deux populations qui utilisent le même moyen, un moyen à létalité élevée.

III. DE QUELQUES ASPECTS CLINIQUES DE LA RENCONTRE AVEC LE PATIENT SUICIDANT PAR ARME A FEU

La clinique des suicidants par arme à feu associe, d'une part, une clinique de l'acte lui-même qui, si elle possède quelques spécificités, rejoint néanmoins celle de tout acte suicidaire quel qu'il soit, et, d'autre part, une clinique liée au moyen employé, l'arme à feu. En effet, par rapport à d'autres moyens de suicide, violents ou non, l'arme à feu possède, en dehors d'un potentiel léthal important, un fort pouvoir de destruction du corps à l'origine parfois de dégâts physiques qui ne sont pas sans conséquence en ce qui concerne l'approche thérapeutique. Nous soulignons donc, à travers cette brève introduction, toute la singularité de la rencontre avec le patient suicidant par arme à feu, et nous tenterons de comprendre, chemin faisant, les éléments cliniques qui peuvent caractériser cette singularité, notamment dans la violence que peut projeter malgré lui le patient suicidant envers son entourage et envers les soignants en raison de la destruction engendrée par le geste suicidaire. Enfin, nous aborderons les liens pouvant exister entre les armes à feu et un type particulier d'acte suicidaire : l'acte homicide-suicide.

A. Une rencontre dans l'après-geste

L'accueil des suicidants par arme à feu ne se fait que très exceptionnellement directement par le service de psychiatrie du secteur correspondant au lieu d'habitation du patient en raison de la nécessité fréquente de soins physiques, qu'ils soient chirurgicaux ou simplement médicaux. En effet, le patient est le plus souvent accueilli par un service d'urgence puis par un service de soins physiques à l'hôpital général ou bien par un service de psychiatrie si l'état somatique le permet. Les patients, au décours de leur geste suicidaire, vont ainsi être pris en charge sur le plan psychiatrique par des équipes médicopsychologiques appartenant soit aux urgences de l'hôpital général, soit aux unités de psychiatrie de liaison.

Il s'agit donc bien entendu d'une prise en charge dans l'après-coup ou dans l'après-geste et la tentative de suicide apparaît alors comme une manifestation de la crise suicidaire qu'il va convenir d'évaluer, en particulier en fonction du contexte psychopathologique (BOITEUX et al, 2004 [26]).

Le rôle du psychiatre de liaison dans ces circonstances de consultation et de prise en charge a été défini par BOURGEOIS et al (1974) [30] : diagnostiquer rapidement les affections psychiatriques et les traiter, prendre en charge le comportement et les velléités suicidaires, aborder les problèmes spécifiques liés à la défiguration éventuelle (et plus largement aux conséquences somatiques), envisager les problèmes de réinsertion familiale, sociale et professionnelle et, enfin, accompagner d'un point de vue psychologique et relationnel le personnel soignant de ces services de chirurgie. En effet, d'après PEDINIELLI (1991) [172], la prise en charge d'un patient après tentative de suicide doit avoir pour but non seulement le traitement de l'état clinique, de l'état pathologique qui a présidé au passage à l'acte et la prévention des récives, mais aussi l'intervention sur l'organisation psychique. De plus, une écoute du sujet suicidant basée sur l'élaboration du geste par le sujet, une ponctuation de l'acte visant à lui restituer son sens ainsi qu'une réintroduction de l'acte dans l'histoire du sujet, fournit le matériel d'une « clinique du geste suicidaire ». Cependant, la sémiologie repérée chez les suicidants est labile, trompeuse et parfois volontairement tue par le patient. Il faut en effet tenir compte de l'effet abréactif du geste qui entraîne chez nombre de patients une amélioration transitoire, ce que Daniel MARCELLI (2002) [145] a appelé chez l'adolescent, « le syndrome de pseudo-guérison » qui est un soulagement immédiat après le geste suicidaire, rendant difficile la prise en charge, et se traduisant parfois par une esquive des propositions de soins et de suivi. Le travail de psychiatrie de liaison nous apparaît donc comme fondamental dans la prise en charge des suicidants en général, et des suicidants par arme à feu en particulier. Ces derniers présentent des spécificités quant à l'approche clinique et thérapeutique. En effet, en dehors de la conduite suicidaire en elle-même, l'approche médicopsychologique va se préoccuper des conséquences physiques liées à l'acte, et des séquelles esthétiques qu'il va laisser sur le visage et sur le corps. Cette approche centrée autour du corps n'est d'ailleurs pas sans conséquence sur l'attitude que peut adopter le soignant face à un patient défiguré. La rencontre des patients suicidants à l'hôpital général constitue une particularité de l'activité du psychiatre de liaison, inhérente au fait que le patient suicidant est hospitalisé à l'hôpital général pour un motif psychiatrique même si son état nécessite des soins somatiques. C'est donc pour nous une situation différente des patients hospitalisés pour une maladie organique, et l'approche d'un point de vue clinique et thérapeutique est toute autre qu'une simple consultation psychiatrique qui serait demandée de la même façon qu'un simple examen complémentaire. Elle impose, d'après S. CONSOLI [64], une réciprocité des échanges entre les équipes médicochirurgicales et psychiatriques. Les destinataires de l'intervention du psychiatre de liaison sont tout autant le personnel soignant des services de médecine ou de chirurgie que les patients eux-mêmes. Le travail de psychiatrie de liaison est assez variable et diversifié, ce qui en définit d'ailleurs toute la difficulté pour les équipes de psychiatrie.

Il nécessite, en effet, le déploiement complet des actes de psychiatrie de liaison définis par S. CONSOLI :

- Actes à caractère diagnostique (dépression) ;
- Actions thérapeutiques (prescription d'un traitement psychotrope, initiation d'une psychothérapie) ;
- Actes impliquant des décisions concrètes (orientation) ;
- Actes s'inscrivant dans une approche globale du suicidant, dite « biopsychosociale » ;
- Actes de conseil ou à caractère pédagogique (soutien psychologique des équipes de soins) ;
- Et des actions participant à la recherche scientifique, action à laquelle nous avons participé par notre étude et que nous souhaiterions développer.

Par ailleurs, la tentative de suicide peut être dans de nombreux cas considérée comme le symptôme d'une crise suicidaire dont la conceptualisation a récemment été établie à l'occasion d'une conférence de consensus (2000). Cette crise constituerait « *un moment de rupture dans l'existence de l'être vivant* » (MORON, 2000 [161]). Le geste suicidaire s'inscrirait, selon VEDRINNE et WEBER (2000) [211], dans le déroulement de la crise comme « une tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie ».

Ce concept de crise suicidaire repose sur une approche cognitive et pourrait valider l'existence d'un syndrome présuicidaire défini par RINGEL et constitué d'une triade faite de « constriction de la personnalité, d'inhibition de l'agressivité et de fuite vers les fantasmes de suicide ». Ce concept rappelle la dimension transnosographique de la suicidalité avec des notions telles que l'impulsivité ou le désespoir. Les étapes de la crise suicidaire, définies par VEDRINNE et WEBER (2000) [211], sont constituées, de manière chronologique, par les idées de suicide ou idéations suicidaires, l'intention suicidaire, puis le geste suicidaire lui-même et éventuellement la répétition du geste suicidaire.

Enfin, la sémiologie s'enrichit non seulement des raisons invoquées par le suicidant à l'origine du passage à l'acte, ce que l'école canadienne de TOUSSIGNANT nomme les « événements de vie » stressants et précipitant le passage à l'acte, mais également d'une « sémiologie psychopathologique » voire psychiatrique.

B. La destruction de soi comme tentation face à la dépression

Aucune maladie mentale n'a été à notre connaissance spécifiquement associée aux gestes suicidaires par arme à feu. De plus, dans la plupart des études réalisées auprès de suicidants par arme à feu, les patients n'avaient que très rarement des antécédents psychiatriques « manifestes » (ATTALAH et QUENARD, 1980 [10]; GUEZ, 1990 [104] ; BOURGEOIS, 1974 [30]).

Par ailleurs, d'après MARTINEAU (1993) [148], en ce qui concerne les pathologies psychiatriques diagnostiquées au décours du geste suicidaire par arme à feu, aucune systématisation diagnostique ne pouvait être envisagée en dehors des troubles limites de la personnalité en grand nombre dans cette étude. MARTINEAU concluait donc en faisant le constat d'une grande difficulté pour le clinicien d'établir un parallèle entre la gravité de ces gestes et celle du mouvement psychopathologique les ayant amenés. Rarement, une pathologie mentale évolutive était mise à jour, mais des difficultés existentielles ou des troubles de la personnalité conduisant à des alcoolisations étaient fréquemment retrouvés. Pourtant, de nombreuses études ont montré, à partir d'autopsies psychologiques, la grande fréquence de la dépression (90%) chez les suicidés et en particulier lorsque le moyen arme à feu avait été utilisé.

De manière moins spécifique aux conduites suicidaires par arme à feu, le rôle joué par des événements de vie tels que des séparations ou des pertes serait majeur.

D'autre part, plusieurs auteurs dont JM. VANELLE (2000) [207] ont montré comment certaines pathologies psychiatriques pouvaient constituer un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. En effet, les tentatives de suicide concerneraient de 18 à 55% des patients schizophrènes et 10 à 13% des schizophrènes décèderaient par suicide au cours de leur vie. De même, le taux de suicide serait vingt fois supérieur chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé. Une surmortalité par suicide a été également observée chez les patients bipolaires I et II. En outre, bien que les données soient contradictoires dans la littérature, il semblerait que le trouble panique majeure également le risque suicidaire.

Enfin, des spécificités cliniques ont été rapportées en fonction de l'âge : la place de la dépression chez les sujets âgés suicidants serait centrale (WALTER, 2000 [212]), tandis que la dimension d'impulsivité serait souvent associée aux conduites suicidaires chez les sujets jeunes. Néanmoins, cette dépression du sujet âgé serait fréquemment masquée et largement sous diagnostiquée alors qu'elle constituerait un facteur de risque important de suicide.

C. Aspects psychologiques liés aux conséquences physiques du geste suicidaire, en particulier la défiguration

Les tentatives de suicide par arme à feu font partie des gestes suicidaires dits violents et sont parfois à l'origine d'un délabrement important de la partie du corps visée, le plus souvent la tête et le cou. En effet, le traumatisme balistique peut être à l'origine non seulement de troubles fonctionnels ou moteurs mais peut également avoir des conséquences sur le plan esthétique et en particulier lorsqu'il s'agit du visage.

D'après plusieurs travaux à propos des tentatives de suicide avec destruction du visage (GAULT, 2002 [104] ; HORIUCHI, 1990 [115]; COTTENCIN, 1976 [66]; PITTON DURAND, 1999 [178]), le choix de cette localisation corporelle engagerait non seulement les fonctions physiologiques, mais également les fonctions symboliques du visage avec le rôle important qu'il jouerait dans le développement psychique de l'être humain. Pour FIALON [84], il faudra « *survivre à l'irréparable* » et « *ne pas perdre la face* ».

1. Le regard, support du lien intersubjectif

Comme de nombreux auteurs, DAUMEZON a souligné le rôle primordial joué par le regard :

« *Le regard est de l'œil mais il est aussi du visage, de la tête et du cou (...)* le regard est mouvement, le mouvement est la vie ».
« *Car l'œil, dit le Théologien, est la fenêtre de l'âme, quand l'âme se met à la fenêtre, c'est le regard* » [69].

Le regard de soi dans le miroir, ou l'échange de regards avec l'autre, ou encore le regard de l'autre posé sur soi est donc d'une importance capitale pour le sujet, et ce dès l'enfance dans le « lien interactif parents-nourrisson » (STORELU et LEBOVICI [201]). LACAN avait auparavant défini le Stade du miroir qui participerait à l'édification du narcissisme. Et, le visage pourrait être le support de ce narcissisme. Pour SCHILDER (cité par PITTON-DURAND), le visage constituerait une zone fortement investie sur le plan libidinal et notamment les yeux [178]. Le lien à l'autre passerait en effet par le visage et surtout le regard. Les yeux donnent la possibilité d'établir une relation sociale à autrui [178].

Dans *Malaise dans la civilisation*, FREUD notait déjà toute l'importance du regard :

« *C'est l'impression visuelle qui éveille le plus souvent la libido* »,
voie du plaisir anticipé.

La problématique du regard est également mise en jeu dans la « défiguration autolytique » et essentiellement celle du regard des autres. Comme disait MERLEAU-PONTY : « *Nous sommes des êtres regardés* ». Ce support du narcissisme qu'est le visage se trouve détruit par le geste suicidaire à l'origine du délabrement facial. Et, un des enjeux de la prise en charge, des soins, du nursing, serait le travail autour de la revalorisation narcissique du sujet [178]. En privilégiant l'approche globale du patient, le psychiatre va favoriser la relation soignant-soigné en réintroduisant une relation par le langage ainsi que par le regard, véritable soutien du narcissisme du suicidant.

Par ailleurs, le visage est le support de l'identité de l'individu et cette identité du sujet est effectivement mise à mal par cette défiguration. En effet, la tentative de suicide va effacer la trace de l'identité du sujet pour ne rien laisser d'identifiable à ceux qui restent.

D'autre part, dans une étude rétrospective effectuée dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Bordeaux, et à propos de 13 suicidants par arme à feu, BOURGEOIS et al (1974) [30] ont montré que ces malades pouvaient développer, au cours de leur hospitalisation, une forme de dysmorphophobie en lien avec la défiguration, ce qu'ils nomment des phobies du contact ou altruiste qui s'accompagnent parfois d'une autodysmorphobie liée à l'odeur nauséabonde provenant des plaies infectées. Mais, comme ils le soulignent, ces dysmorphophobies sont « légitimes » puisqu'à la différence des phobies « vraies », ces malades sont défigurés dans la réalité.

L'atteinte volontaire du visage lors d'un geste suicidaire par arme à feu entraîne des conséquences physiques lourdes qui, si elles n'engagent pas toujours le pronostic vital, entraînent souvent le patient dans des soins au long cours dans le but de « sauver la face » par des actes chirurgicaux qui seront répétés, notamment dans l'année qui suit le geste.

Il n'en reste pas moins que ces délabrements de la face ont également des conséquences sur le plan psychique bien qu'elles puissent être occultées par l'importance des soins physiques.

2. Malaise dans la relation soignant-soigné

Dans le cadre de la psychiatrie de liaison, S. CONSOLI [64] a défini, de manière schématique, les deux attitudes possibles des soignants face à un patient : les attitudes « positives », de maternage, de compassion etc., et les attitudes « négatives », de rejet, d'évitement, de moralisation etc.

Dans le cas des suicidants avec délabrement facial, il se produirait, selon SERRA et VERRIER (1989) [191], des perturbations dans la relation soignant-

soigné. En effet, les difficultés relationnelles avec ces patients seraient marquées par de l'incompréhension par rapport au geste, parfois une dramatisation qui proviendrait de la gravité psychologique associée par le soignant à la gravité somatique constatée, une attitude de fuite pourrait être de temps en temps observée, ou une indifférence, ou encore une hyperactivité sur le plan somatique générée par l'angoisse. Ces attitudes et contre-attitudes sont définies par ces auteurs comme des mécanismes de défense des soignants face à la défiguration et à la problématique du suicide.

En effet, ces mécanismes défensifs seraient liés à la difficulté ressentie à s'identifier à ces patients. Il s'agirait de l'image du corps du soignant qui serait attaquée dans son intégrité, car le visage, comme nous l'avons précisé auparavant, constitue une zone d'investissement privilégiée. Le soignant doit donc « faire face » à une blessure narcissique dans sa relation au patient défiguré. Cette image agressée du patient devient en effet une image agressive pour le soignant [178].

Le travail du psychiatre est donc tout à fait fondamental dans la co-prise en charge de ces patients en permettant une verbalisation non seulement des soignés mais également des soignants.

D. L'acte homicide-suicide : de la singularité du geste dans ses rapports avec le moyen arme à feu

L'acte homicide-suicide est un évènement rare puisque les taux varient de 0,20 à 0,30 pour 100 000 habitants par an. Il est défini comme « *tout meurtre ou tentative de meurtre suivi de suicide ou tentative de suicide dans les quelques jours* », ce délai étant dans la majorité des cas inférieur à vingt-quatre heures (CHOCARD, 2002 [56]). Les dénominations les plus fréquemment employées sont extrêmement nombreuses allant du suicide altruiste au meurtre-suicide en passant par le suicide collectif ou accompagné, ou encore suicide élargi, étendu ou agrandi etc.

En dehors de la situation du Japon, pour lequel les moyens employés pour l'homicide sont principalement la strangulation et l'empoisonnement au gaz (SAKUTA 1995, cité par CHOCARD), la majeure partie des études retrouvent de façon étonnante et non moins intéressante l'arme à feu comme moyen le plus employé à la fois pour l'homicide et pour le suicide qui suit l'acte homicide, et ce de manière plus importante que pour les homicides seuls (FELTHOUS et HEMPEL 1995, cités par CHOCARD [56]). L'étude de MILROY (1995) [155] a mis en évidence une nette prépondérance des armes à feu dans l'acte homicide-suicide en particulier. C'était également le cas dans l'étude plus ancienne de

ALLEN publiée en 1983 (citée par CHOCARD [56]) qui soulignait l'emploi d'une arme à feu dans 88% des homicides réalisés dans le cadre des homicide-suicides.

En France, peu d'études ont été consacrées aux homicide-suicides en dehors de celle menée à Paris par LECOMTE et FORNES [130] entre 1991 et 1996. Sur un nombre de 56 homicide-suicides étudiés, ces auteurs ont montré que le criminel utiliserait une arme à feu dans 80% des cas à la fois pour l'homicide et pour le suicide. Et, contrairement aux suicides par arme à feu en France, un revolver était plus fréquemment retrouvé qu'un fusil de chasse. Par ailleurs, LECOMTE et FORNES [130], dans cette même publication (1998), mettaient en lumière le rôle majeur de la dépression sévère qui concernait 75% des auteurs, qui étaient d'ailleurs majoritairement de sexe masculin, tandis que les victimes femmes étaient surreprésentées (60% des victimes des homicides).

Dans l'étude faite par AS. CHOCARD (2002) [56] menée à partir de 14 observations cliniques, les moyens le plus souvent employés étaient la noyade suivi de l'arme à feu puis de la phlébotomie pour l'homicide, et la noyade suivi de l'arme à feu puis de l'intoxication médicamenteuse volontaire pour le suicide. Par ailleurs, des difficultés conjugales ou des conflits familiaux étaient le plus souvent invoqués et le lieu du drame était le plus souvent le domicile familial. Etats dépressifs, anxiodépressifs et accès mélancoliques étaient le plus fréquemment diagnostiqués. AS. CHOCARD observait également que les femmes criminelles faisaient le plus souvent des tentatives de suicide alors que les données de la littérature montraient que les hommes étaient majoritairement les auteurs d'actes homicide-suicide se traduisant par des suicides aboutis.

Enfin, l'arme à feu était également le moyen le plus souvent retrouvé dans l'étude britannique de BARRACLOUGH et HARRIS (2002) [13]. Cette étude portait sur 144 actes homicide-suicides ayant eu lieu en Angleterre et au Pays de Galles entre 1988 et 1992. Elle mettait en évidence une nette prédominance d'hommes comme auteurs (85%) alors que les victimes étaient majoritairement des femmes (75%).

Toutes les études américaines et la majorité des études européennes retrouvaient donc que l'arme à feu était la méthode la plus employée comme moyen d'homicide, c'était également la méthode la plus utilisée pour le suicide de l'auteur du drame. Comme dans le cas des suicides par arme à feu, les actes homicide-suicides sont commis préférentiellement par des hommes qui présentent une dépression sévère associée à des conflits conjugaux ou familiaux.

Dans ce cas des homicide-suicides, il semblerait que l'arme à feu joue un rôle peut-être encore plus déterminant que dans le cadre des conduites suicidaires, sans que l'explication ne nous apparaisse d'ailleurs clairement. L'arme à feu y est alors à la fois l'instrument du meurtre d'un sujet, et également l'instrument du meurtre de soi-même. En effet, dans cette situation, la dimension homicidaire

de l'acte nous apparaît au premier plan, qu'elle soit symbolique dans le cadre du suicide, ou bien réelle, dans le cas de l'assassinat qui précède l'acte suicidaire. L'acte homicide-suicide, mais également le suicide, et en particulier, le suicide par arme à feu, justifient donc nécessairement l'implication de la médecine légale, discipline qui a, d'ailleurs, contribué à de nombreuses publications sur le sujet dans la littérature.

Nous avons choisi d'aborder ci-après les apports dans le domaine d'une discipline qui s'est développée durant les trente dernières années : la balistique. Nous étudierons comment cette discipline, conjuguée aux travaux des médecins légistes, peut orienter les experts en faveur d'un meurtre ou d'un suicide, en particulier, par l'étude des blessures corporelles et des trajets des balles dans le corps. En ce qui concerne les suicides aboutis au moyen d'une arme à feu, le lien à la médecine légale apparaît comme indispensable.

IV. APPORTS DE LA BALISTIQUE, OU LE NECESSAIRE LIEN AVEC LA MEDECINE LEGALE

Nous avons précédemment signalé qu'un nombre important de décès restait de cause inconnue (8603 décès en 1996 selon PHILIPPE [176]) ou indéterminée quant à leur intention (2184 en 1996), et, dans 25% des cas, le décès est causé par une arme à feu. Pour quelques unes de ces situations, la question de l'homicide n'a peut-être pas pu être écartée sans, pour autant, que cette éventualité ne puisse être retenue. En 1950, TRILLOT [205] avait rapporté deux cas de suicides réalisés à l'aide de fusils de chasse. Il soulignait déjà les questions médico-légales qui se présentaient au médecin légiste lorsqu'il était amené à examiner des sujets décédés au moyen d'une arme à feu. Les conclusions du médecin légiste devaient en effet préciser s'il s'agissait d'un suicide ou d'un homicide.

L'auteur rapportait à propos des fusils de chasse que ceux-ci nécessitaient un recours à des artifices ingénieux de la part du suicidant. Dans l'un des cas présentés, « *l'individu ayant préalablement attaché ensemble les deux gâchettes avec un lacet de soulier dont il avait lié une extrémité à une ronce, appuya les canons de son arme sur sa poitrine après avoir écarté sa chemise et sa veste (...)* ».

De nos jours, pour ce qui est des décès liés aux armes à feu, la médecine légale dispose de la balistique, définie comme la science du mouvement des projectiles. Cette discipline est divisée en balistique interne, balistique de la trajectoire et balistique d'impact (DI MAIO, 1992 [78]), à savoir :

- La balistique interne est l'étude du projectile à l'intérieur de l'arme ;
- La balistique de la trajectoire correspond à l'étude du projectile tout au long de son parcours aérien ;
- Et la balistique d'impact qui correspond à l'étude de la pénétration des solides par le projectile.

En ce qui concerne les suicides par arme à feu, c'est la balistique de la blessure qui prévaut pour différencier un suicide d'un homicide ou d'un accident lié à une arme à feu. Cette balistique est considérée en médecine légale comme une subdivision de la balistique d'impact. L'étude des blessures par arme à feu est ainsi essentielle lorsqu'un décès par arme à feu est constaté. DI MAIO [78] distingue alors les blessures pénétrantes qui se produisent quand une balle pénètre un objectif et n'en ressort pas, les blessures perforantes au cours desquelles la balle a traversé complètement son objectif.

En fait, quatre catégories de blessures par arme à feu peuvent être identifiées :

- les blessures à bout touchant ,
- les blessures à bout portant,
- les blessures à distance intermédiaire,
- et les blessures à tir distant.

En matière de suicide par arme à feu, les blessures à bout portant et à bout touchant sont les plus classiquement observées. Dans les blessures à bout touchant, la bouche de l'arme est au contact du corps quand le coup de feu est donné tandis que dans les blessures à bout portant, la bouche de l'arme n'est pas au contact de la peau mais est située à courte distance de celle-ci de sorte que les grains de poudre issus de la bouche ne peuvent se disperser.

Les blessures diffèrent également en fonction de l'arme utilisée ainsi que des munitions employées. Ainsi, les armes de poing ne provoquent pas les mêmes lésions que les fusils de chasse ou que les munitions 22 Long Rifle qui sont très répandues. D'après DI MAIO, la localisation des blessures auto-infligées varie également en fonction de l'arme. Des différences en fonction du sexe et du fait d'être droitier ou gaucher en ce qui concerne l'orifice d'entrée de la balle auraient été également observées. En effet, les hommes se blesseraient plus fréquemment au niveau de la tête que les femmes (COHLE, 1977 ; cité par DI MAIO [78]).

Pour les armes de poing, la blessure d'entrée la plus répandue est la tempe, droite pour les droitiers et gauche pour les gauchers, même si ce n'est pas systématiquement le cas. Dans les deux situations, on retrouvera un dépôt de suie dans la main qui aura maintenu la bouche de l'arme. Les localisations des blessures auto-infligées par une arme de poing sont, par ordre décroissant, la tête, le thorax et l'abdomen. Après la tempe, les orifices d'entrée les plus fréquents sont la bouche, la surface inférieure du menton (région sous mentale) et le front.

Dans les blessures par fusil de chasse, la plupart des blessures sont là encore temporales en dépit d'une plus grande fréquence des lésions du front par rapport aux armes de poing. Cependant, les blessures d'entrée dans la bouche sont presque aussi fréquentes.

La balistique est donc une science très précieuse en ce qui concerne l'étude des décès causés par les armes à feu. En effet, elle permet à la justice de différencier un homicide d'un suicide ou d'un simple accident. Cette discipline est extrêmement répandue aux Etats-Unis, pays où la mortalité par arme à feu constitue non seulement un problème de santé publique mais également un enjeu politique.

Par ailleurs, FLEURIDAS et al (1998) [86] ont montré, à partir d'une étude rétrospective sur 5 ans comprenant 52 dossiers de traumatismes balistiques, que le type de munition utilisé orientait vers un type spécifique de blessure.

De cette série ont été mis en évidence trois groupes de plaies:

- Le premier, occasionné par les armes de chasse à canon lisse, est constitué des plaies les plus graves et délabrantes ;
- Le deuxième, résultant des munitions de type 22 LR (armes de poing ou d'épaule), donne des lésions osseuses ;
- Et, le troisième, regroupant les plaies et lésions occasionnées par les armes dites d'« auto défense », largement représentées par les pistolets à grenaille (encore en vente libre jusqu'au début des années 90).

Il est intéressant de constater que ces trois groupes réunissent plus de 90% des dossiers de leur série. Pour ce qui est des gestes suicidaires (33 cas sur les 52 étudiés), les traumatismes par munition des groupes 1 et 2 seraient largement prédominants (80% des cas), avec un orifice d'entrée sous-mandibulaire ou cervical haut dans 70% des cas.

En Suède, DRUID (1997) [79] a montré toute l'importance de la trajectoire de la balle dans le corps, permettant d'orienter la détermination de la cause du décès. En effet, bien que certains sites d'entrée de balles dans le corps puissent constituer un signe évocateur de suicide, quelques cas dont les sites d'entrée étaient tout à fait inhabituels ont été publiés, d'où l'importance de l'étude des trajets des balles dans le corps. D'autres éléments doivent faire évoquer un homicide : si la victime est une femme, trouvée en dehors de son domicile, plutôt à distance de celui-ci, et quand l'arme n'a pas été retrouvée.

Pourtant très éloignée de la pratique clinique en psychiatrie, la balistique constitue un outil précieux pour les médecins légistes, leur permettant parfois d'éclaircir les circonstances de certains décès.

En effet, si les pendaisons homicides demeurent exceptionnelles, il n'en reste pas moins que les homicides commis au moyen d'une arme à feu sont relativement fréquents, en particulier aux Etats-Unis.

Enfin, même si cette discipline permet de tirer des conclusions à partir de signes objectifs observés, en particulier au sujet de la nature de l'acte, suicide ou homicide, elle ne répond que partiellement ou indirectement à la question de l'intentionnalité suicidaire, qui est une disposition psychique complexe et souvent fugace et labile.

L'approche psychopathologique nous aidera à apporter des réponses à ces questions, ou, tout au moins, à apporter des hypothèses en ce qui concerne notamment le passage de la pensée suicidaire à l'acte suicidaire lui-même. Nous porterons également toute notre attention sur une notion à laquelle la balistique n'apporte pas d'élément, à savoir ce qui peut déterminer le choix du moyen de suicide, en particulier le choix de l'arme à feu comme mode de suicide.

V. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES AU MOYEN D'UNE ARME A FEU

En dehors de l'approche sémiologique psychiatrique, la compréhension des conduites suicidaires s'enrichit de l'approche psychopathologique du suicide et des tentatives de suicide. Celle-ci se nourrit, en effet, d'une approche individuelle basée sur la clinique du patient suicidant, et reste à élaborer tout au moins chez l'adulte. Cette élaboration psychopathologique nous apparaît comme extrêmement complexe et particulièrement délicate à exposer.

Pour des raisons qui ne nous sont pas connues, FREUD lui-même n'a pas consacré d'écrit spécifique concernant la problématique suicidaire, problématique à laquelle il a été pourtant personnellement confronté avec le suicide de TAUSK. Dans son œuvre, ses réflexions sur le suicide apparaissent au gré des concepts qu'il s'attache à développer. C'est le cas, par exemple, de son approche du deuil dans ses rapports avec la mélancolie, ou bien quand il édifie sa deuxième théorie des pulsions. Ses développements sur le suicide sont donc épars et viennent généralement éclairer la compréhension d'autres concepts.

Encore de nos jours, et en dehors des conduites suicidaires chez les adolescents, aucun ouvrage ne traite clairement et précisément de l'approche psychopathologique du phénomène suicidaire, bien que de nombreux auteurs s'y emploient. Parmi les raisons de cette complexité d'une approche psychopathologique, nous pensons, d'une part, que le phénomène suicidaire se lit à travers une approche pluridisciplinaire, et qu'aucune discipline n'a le monopole de sa compréhension. Cette approche par de nombreuses disciplines dépasse donc l'unicité de l'origine de ces conduites, à savoir la maladie mentale. D'autre part, à l'intérieur même de l'approche psychopathologique, nous distinguons plusieurs points d'ancrage à étudier d'un point de vue psychodynamique. En effet, dans la conduite suicidaire, il nous semble fondamental d'aborder non seulement l'acte lui-même, c'est-à-dire le passage à l'acte, mais également les rapports pouvant exister entre la violence et l'acte suicidaire, en examinant le lien possible entre cette violence et ce qui peut déterminer le choix du moyen de suicide, en particulier le choix d'un moyen dit violent tel que l'arme à feu. En effet, un argument clinique nous paraît fondamental à considérer : il y a une grande différence dans les moyens que se donnent les suicidants pour accomplir leur geste. Et, même si nous tenons pour acquis que l'issue ne dépend pas nécessairement du moyen utilisé, la signification de cette différence de moyen doit être, à notre avis, interrogée. Le moyen employé et sa dimension de létalité soulèvent également la question de

l'intentionnalité suicidaire que nous interrogerons à travers ses liens possibles avec la dimension d'impulsivité qui peut y être associée.

Pour tenter d'avancer notre réflexion à ce sujet, nous allons dans un premier temps redéfinir ce que représente la violence à partir de la conception de BERGERET, puis nous tenterons d'articuler cette approche avec le phénomène suicidaire et son rapport avec la violence. BERGERET [21] distingue violence et agressivité. En effet, découlant du radical grec « via » qui signifie « vie », la violence serait, pour notre inconscient collectif culturel, une force vitale, un instinct de vie et de survie qu'il nomme « la violence fondamentale ».

L'agressivité consisterait plutôt à prendre du plaisir, à faire du mal à quelqu'un, nécessitant ainsi une composante érotique.

La violence se réduirait donc, d'après BERGERET, à un dynamisme purement défensif sans aucune participation libidinale.

« Les aléas du passage en actes de la violence ne peuvent pas être confondus avec les aléas pathologiques débordant en actes agressifs. En effet, en tant qu'instinct, la violence ne saurait être en soi ni bonne ni mauvaise ; elle se constate tout simplement ; elle existe. Ce qui importe n'est pas sa présence, qui constitue un fait de réalité anthropologique, mais le destin qui lui est réservé au sein de l'économie psychique de chacun » [21].

A. Les conduites suicidaires : l'hypothèse d'un meurtre transposé

Bien que les références au suicide restent discrètes dans son œuvre, la pensée de FREUD en matière de suicide pourrait se résumer à la déclaration suivante :

« Le suicidaire est tourmenté par un profond sentiment de culpabilité et nul ne se suicide qui ne voulait tuer quelqu'un d'autre » [89].

Dans sa conception théorique du suicide, FREUD opère donc un retour à la conception criminologique : le suicide serait un meurtre réfléchi ou transposé. La question de la mort est apparue pour la première fois dans ses écrits dans ses Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (1915) dans lesquelles il décrivait :

« La perturbation de notre relation à la mort »: « ... notre inconscient est inaccessible à la représentation de notre propre mort, est plein de

désirs meurtriers sanguinaires à l'égard de l'étranger, est divisé (ambivalent) à l'égard de la personne aimée » [90].

En 1920, peu après le suicide de TAUSK, il publiait l'essai inaugurant l'entrée de la pulsion de mort dans sa pensée, *Au-delà du principe de plaisir*. En effet, c'était à partir du jeu d'un enfant avec une bobine en bois autour de laquelle une ficelle était attachée, que FREUD mettait en évidence la manifestation de la « *compulsion de répétition* » dans les premières activités de la vie psychique de l'enfant, puis dans les expériences vécues de la cure psychanalytique:

« Voici que, dans le transfert, les névrosés répètent et font revivre avec beaucoup d'habileté toutes ces circonstances non désirées et toutes ces situations affectives douloureuses » [93].

De plus, cette compulsion de répétition « *se place au dessus du principe de plaisir* » et les manifestations de celle-ci présenteraient « *à un haut degré le caractère pulsionnel et (...) démoniaque* » (par opposition au principe de plaisir pour ce qui est du caractère démoniaque) [93].

C'est ainsi que FREUD remettait en question sa première théorie des pulsions marquée par l'opposition entre les pulsions du moi (ou pulsions d'autoconservation) et les pulsions sexuelles dirigées vers l'objet. Il distinguait en effet dans cet article « *deux sortes de pulsions: celles qui cherchent à conduire la vie à la mort et les autres, les pulsions sexuelles, qui indéfiniment tendent et parviennent à renouveler la vie* » [93].

FREUD procédait en 1921 à des ajouts au texte original *Au-delà du principe de plaisir*, dans le but « *d'éclaircir notre terminologie* »: il faisait en effet l'hypothèse que « *cet Eros, dont les pulsions sexuelles étaient celles tournées vers l'objet, est à l'oeuvre dès le début de la vie et (...) entre en opposition comme 'pulsion de vie' à la 'pulsion de mort' qui est apparue du fait que la substance anorganique a pris vie* » [93].

Enfin, FREUD concluait cet article innovant:

« Ce qui ne peut aussi manquer de nous frapper, c'est que les pulsions de vie ont d'autant plus affaire à notre perception interne qu'elles se présentent comme des perturbateurs et apportent sans discontinuer des tensions dont la liquidation est ressentie comme plaisir; les pulsions de mort en revanche paraissent accomplir leur travail sans qu'on s'en aperçoive. Le principe de plaisir semble être en fait au service des pulsions de mort » [93].

En 1923, FREUD publiait *Le Moi et le ça* qui inaugurait sa seconde topique concernant l'appareil psychique. Dans cet article, il introduisait à nouveau sa théorie des « *deux espèces de pulsions* » qu'il intégrait à sa nouvelle conception

de l'appareil psychique. Ainsi, « *dans chaque morceau de substance vivante les deux sortes de pulsions seraient à l'oeuvre* » [94]. Le sadisme serait le représentant de la pulsion de mort.

D'autre part, l'idée fondatrice formulée par FREUD dans *Deuil et mélancolie*, écrit en 1915 et publié en 1917, était que le suicide est une forme d'autopunition, un désir de mort dirigé contre autrui qui se retourne contre soi [91].

Ce qui serait confirmé par les trois grandes tendances du suicide définies d'un point de vue psychopathologique par MENNINGER dans son ouvrage qui a fait autorité dans le monde de la psychanalyse, *Man against himself* (1930): désir de mourir, désir de tuer, désir d'être tué [150].

En effet, si la mélancolie emprunte « *une partie de ses caractères au deuil et l'autre partie au processus de la régression à partir du choix d'objet narcissique jusqu'au narcissisme* », « *la torture que s'inflige le mélancolique et qui, indubitablement, lui procure de la jouissance, représente, tout comme le phénomène correspondant dans la névrose obsessionnelle, la satisfaction de tendances sadiques et haineuses (...) qui ont subi de cette façon un retournement sur la personne propre* » [91].

Or, d'après FREUD : « *seul ce sadisme vient résoudre l'énigme de la tendance au suicide qui rend la mélancolie si intéressante – et si dangereuse* » [91].

Il poursuit: « *Nous savions, bien sûr, depuis longtemps, qu'un névrosé n'éprouve pas d'intention suicidaire qui ne soit le résultat d'un retournement sur soi d'une impulsion meurtrière contre autrui.* » De plus, « *l'analyse de la mélancolie nous enseigne que le moi ne peut se tuer que lorsqu'il peut, de par le retour de l'investissement d'objet, se traiter lui-même comme un objet* ». Le moi est donc « *écrasé par l'objet* » comme dans « *l'état amoureux* » bien que par « *des voies tout à fait différentes* » nous précisait FREUD [91].

L'identification à l'objet, puis l'agression de cet objet incorporé dans le Moi constituerait le mécanisme principal qu'il s'agisse d'ailleurs de la mélancolie ou d'une situation plus névrotique (PEDINIELLI, 1991 [172]).

De plus, si le type d'identification varie selon les structures, le geste suicidaire constitue un meurtre de l'autre en soi. Mais la conception freudienne considère aussi le geste suicidaire comme la réalisation d'une punition. Le suicide pourrait également correspondre à la réalisation d'un désir inconscient autre qu'agressif et il se pourrait qu'il s'agisse d'un désir oedipien.

PEDINIELLI et al (1988) [169] soulignaient combien, dans certaines thérapies de suicidants, la relation entre le suicide (« meurtre de soi-même ») et le crime était particulièrement saisissante. De même, ASCHER et DELAHOUSSE [8], dans une étude faite à partir de 106 suicidants non psychotiques, mettaient en évidence la fréquence importante de la tonalité hétéro-agressive du geste suicidaire, principalement chez les patients ayant des troubles de la personnalité :

« Il apparaît donc qu'autrui est fréquemment visé à travers l'agression que le sujet s'inflige à lui-même » [8].

La théorie psychanalytique du processus suicidaire souligne donc la complexité des phénomènes inconscients en mettant l'accent à la fois sur le mécanisme et sur le sens de l'acte suicidaire.

Pour MENNINGER [150], les idées de suicide auraient, comme nous l'avons dit précédemment, trois significations pour l'inconscient pour qui « *la mort n'existe pas* » [160] :

- le désir de la mort, c'est-à-dire l'annulation des tensions ;
- le désir de tuer, composante agressive manifeste dans les cas de suicides passionnels ;
- et le désir d'être tué, vécu comme un châtement que le sujet doit subir et qui renvoie au masochisme et à la culpabilité inconsciente faisant intervenir le sadisme du surmoi.

Par ailleurs, le texte de FREUD de 1920 à propos d'une jeune suicidante, *Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine*, apporte un élément supplémentaire en soulignant que la tentative de suicide pourrait correspondre à la réalisation d'un désir qui ne saurait se confondre avec un désir de mort. Il nous précise en effet à propos de la tentative de suicide par précipitation de la jeune homosexuelle que :

« Comme on pouvait s'y attendre, la tentative de suicide signifiait deux choses de plus : un accomplissement de punition et un accomplissement de désir. De ce dernier point de vue elle signifiait la victoire du désir dont la déception l'avait poussée dans l'homosexualité, à savoir le désir d'avoir un enfant de son père, car elle 'tombait' (*niederkommen*) maintenant par la faute de son père » [92].

Dans cette perspective, le recours à l'évènement opèrerait comme une élaboration secondaire visant à rendre intelligible le geste, c'est-à-dire comme un processus défensif contre ce qui s'exprime dans l'acte (PEDINIELLI et al, 1988 [168]).

Ainsi FREUD a-t-il formulé les concepts princeps permettant d'éclairer la compréhension des conduites suicidaires, et ce serait, selon lui, l'hypothèse d'un meurtre transposé qui prévaudrait en matière de suicide. Cependant, de cette approche psychanalytique des conduites suicidaires va naître une théorie du suicide reposant sur le concept du passage à l'acte, et, plus largement, celui de l'agir dans les comportements violents, qu'ils soient auto- et hétéroagressifs.

B. Le passage à l'acte suicidaire ou l'agir retourné contre soi-même

« Pour qu'il y ait 'passage' à l'acte, il faut concevoir une forme d'organisation des processus psychiques et, aussi, des mécanismes qui assurent le 'passage' de la 'disposition au suicide' à l'agir lui-même : il ne suffit pas certes d'être mélancolique pour se suicider » [168].

Ainsi, une tentative de suicide supposerait-elle, d'après PEDINIELLI [168], une modification de l'économie du sujet. Et, la place du passage à l'acte dans l'économie psychique du sujet peut être perçue de trois manières (E. ARCHER et JL. SENON, 2004 [5]) :

- Comme une « abréaction » se traduisant par une décharge des tensions internes,
- Comme une « mise en acte » du souvenir sans avoir conscience qu'il s'agit d'une répétition,
- Ou bien comme une « mise en scène », c'est-à-dire la réalisation d'un scénario sans référence obligatoire à une organisation totalement volontaire et consciente.

Par ailleurs, au-delà des apparences et des évènements fréquemment rapportés par le patient (deuil, rupture conjugale), existe une autre logique du processus suicidaire, hypothèse qui s'appuierait, d'après PEDINIELLI [168], sur des éléments inconscients, sur les mécanismes de défense, donnant au geste un tout autre sens. La tentative de suicide serait même l'indice d'un fonctionnement psychique particulier qui se caractériserait par la discontinuité des phénomènes pathologiques et par l'existence d'une souffrance psychique.

Toujours d'après PEDINIELLI et al (1988) [168], certains suicidants s'organiseraient de manière prévalente dans le registre narcissique. Et, l'acte suicidaire pourrait se définir alors comme une décharge court-circuitant l'activité psychique, ce qui n'est pas sans évoquer l'absence de représentation et de symbolisation de certains éléments concernant le corps et l'autre :

« C'est bien du côté de la réactivation de la 'faille narcissique', de la défaillance de l'introjection que se situent les circonstances du passage à l'acte » [168].

Nous allons, dans un premier temps, étudier le passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent qui nous paraît offrir un modèle de compréhension tout à fait éclairant pour aborder ce phénomène chez l'adulte. Il nous a, en effet, paru pertinent, avant d'aborder la problématique suicidaire chez l'adulte, de développer les éléments impliqués, parfois à un autre niveau, dans les conduites suicidaires survenant chez l'adolescent.

1. Les tentatives de suicide à l'adolescence : un modèle psychopathologique opérant pour une meilleure compréhension des conduites suicidaires chez l'adulte

a) De l'attaque du corps dans les conduites suicidaires à l'adolescence à la destruction du corps au moyen d'une arme à feu chez l'adulte

LADAME et OTTINO [128] ont souligné les paradoxes du suicide à l'adolescence, et qu'ils ont défini comme « une attaque destructrice du corps propre » avec un double paradoxe : « détruire le corps réel tout en sauvant le corps idéalisé ». La tentative de suicide de l'adolescent serait effectivement l'expression d'une violence et d'une haine dirigées contre le corps sexué adulte, ce corps étant vécu comme inacceptable et prenant le statut d'un objet persécuteur (LAUFER, cité par LADAME et PERRET-CATIPOVIC [129]). Cette manière d'attaquer le corps serait très spécifique de l'adolescence et en étroite relation avec la transformation pubertaire et le travail psychique qui caractérise cette période [143]. Le corps propre est en effet pris pour cible et l'adolescent chercherait à la blesser, à l'endommager à travers l'acte suicidaire. Celui-ci correspondrait à une montée de tension et d'excitation que le sujet ne peut ni résoudre ni élaborer par la poursuite de ses investissements de représentation psychique [144].

Cette relative intolérance aux recrudescences pulsionnelles internes est décrite comme « une faiblesse du Moi » qui ne peut faire face et ne peut mettre en place une stratégie souple de déplacement, de régression, de sublimation pouvant assurer la continuité du fonctionnement psychique (Daniel MARCELLI, 2001[144]).

b) Une incapacité à supporter la perte, ou de la fragilité des assises narcissiques

Pour JEAMMET et BIROT (1995) [117], d'autres caractéristiques du fonctionnement mental du suicidant peuvent être notées :

- L'incapacité à supporter la perte ou la séparation associées au caractère potentiellement excitant voire désorganisant de l'investissement d'objet lui-même, élément qui peut se retrouver chez l'adulte suicidant (par arme à feu) ;
- Le caractère désorganisant des fantasmes ;
- La mauvaise structuration de l'analité (qui ne peut remplir une fonction contenante) ;
- La difficulté d'élaboration de l'homosexualité psychique (tandis que l'homosexualité agie représenterait un facteur de risque majeur de conduite suicidaire [143]);
- Et la fragilité des assises narcissiques.

En effet,

« *La qualité du narcissisme opère un effet de filtrage sur l'appétence objectale et facilite l'action du refoulement. A l'opposé, la fragilité narcissique oblige à mettre en place des barrières protectrices anti-objectales...* ». Et « *l'importance de la fragilité narcissique des suicidants confère donc paradoxalement un rôle essentiel aux relations d'objet* » [117].

c) *Conduites suicidaires « graves » à l'adolescence*

Par ailleurs, dans une étude réalisée auprès d'adolescents suicidants, CARON-LEFEVRE (1995) [47] a montré que, bien que n'existant aucun parallélisme entre la gravité somatique de la tentative de suicide et l'intensité de la souffrance psychique ou l'importance de la psychopathologie du patient, les tentatives de suicide étiquetées « graves » pour l'étude, c'est-à-dire ayant nécessité une hospitalisation en réanimation, présentaient certaines caractéristiques :

- Le pourcentage de garçons était plus important que dans la moyenne générale des suicidants ;
- Les séparations parentales étaient plus fréquentes ;
- Tandis que les décès d'un parent ou d'un membre de la fratrie n'étaient pas plus représentés dans les « tentatives de suicide (TS) graves » par rapport aux autres tentatives de suicide.
- Des troubles du comportement de type toxicomanies plus souvent observés dans les « TS graves ».
- La violence avait été plus souvent rencontrée ;
- Ainsi que la préméditation du geste et la recherche de l'isolement, ces deux dernières caractéristiques étant généralement associées.

D'après l'auteur, l'existence d'un groupe particulier d'adolescents ayant mis sérieusement en jeu leur pronostic vital pouvait être suspectée avec comme caractéristiques communes :

- « l'incapacité de se représenter soi-même dans la continuité ;
- « l'incapacité à supporter la perte » ;
- et le fait de ne pas retrouver de « névrose infantile ».

d) *Impulsivité, rupture et intentionnalité*

En ce qui concerne la dimension impulsive de l'acte suicidaire chez l'adolescent, d'après Daniel MARCELLI (2001) [144], celle-ci ne serait qu'apparente même si l'acte suicidaire survient généralement dans un contexte de rupture. De plus, cette rupture est très souvent un évènement qui va prendre une valeur importante pour l'adolescent : une dispute avec un parent, un conflit

familial, une rupture sentimentale ou encore la perte d'un ami par accident voire par suicide.

En fait, cette « rupture externe », souvent dénommée dans les travaux épidémiologiques « événement de vie », s'avèrerait souvent redoubler « une menace de rupture interne » qui correspondrait à la fragilité des assises narcissiques de l'adolescent soudainement mises à mal par ce facteur externe [143]. Par exemple, la rupture sentimentale dévoilerait les assises narcissiques protectrices de cette relation d'amour.

« A la rupture externe coïnciderait [donc] un état de rupture interne. Ce dernier traduirait la vulnérabilité psychique souvent observée chez les suicidants » [144].

En outre, dans l'acte suicidaire de l'adolescent, la question de l'intentionnalité versus impulsivité serait un faux débat, le suicidant ayant fréquemment fait part de ses intentions suicidaires à son entourage dans les semaines ou les jours ayant précédé le passage à l'acte.

L'approche psychopathologique des conduites suicidaires chez l'adolescent nous éclaire donc quant à la dynamique du passage à l'acte chez l'adulte. Des rapprochements peuvent être faits entre l'adulte et l'adolescent. D'une part, la problématique narcissique nous paraît être au centre de nombreuses conduites suicidaires chez l'adulte, notamment à la faveur d'une rupture sentimentale, celle-ci mettant en lumière la faille narcissique du sujet dans son incapacité à supporter la perte d'un objet. Cependant, cette problématique narcissique chez l'adolescent n'est peut-être pas du même niveau que celle se dévoilant à l'âge adulte. D'autre part, ce corps persécuteur attaqué par l'adolescent au cours de gestes d'apparence suicidaire, nous paraît également singulièrement attaqué à travers le geste suicidaire commis au moyen d'une arme à feu.

Enfin, cette incapacité à se représenter soi-même dans la continuité chez l'adolescent pourrait s'actualiser à l'âge adulte dans la menace d'effondrement, d'éclatement de la cellule familiale ou conjugale, comme si l'autre dans le couple était une partie de soi-même.

2. Du passage à l'acte à l'« acting out » dans l'agir suicidaire

L'expression « passage à l'acte » est à la fois mentionnée dans la littérature psychanalytique et dans la clinique psychiatrique. Ce concept désigne communément des actes impulsifs, violents et agressifs (meurtres, suicides, agressions sexuelles). Cependant, à la différence de la clinique psychiatrique, la situation analytique comporte des références à la situation transférentielle et il

nous semble donc important de définir l'implication de cette situation dans la signification de l'acte.

Sur le plan psychopathologique, la dynamique du passage à l'acte a essentiellement été élaborée à partir du passage à l'acte hétéro-agressif non en tant que passage à l'acte suicidaire. Une des explications possibles à cette polarisation sur le passage à l'acte hétéro-agressif, c'est-à-dire criminels, sexuels, est que l'approche des conduites suicidaires se nourrit nécessairement de nombreuses disciplines et que la branche psychologique ou psychiatrique n'a pas le monopole de la compréhension du phénomène. En revanche, il semble que l'approche psychodynamique soit prévalente pour ce qui est du passage à l'acte hétéro-agressif, même si elle se nourrit également d'autres disciplines telles que la sociologie.

La compréhension psychopathologique du passage à l'acte pourrait donc nous donner des pistes de compréhension des conduites suicidaires. Pour MILLAUD [151], il existerait une dichotomie entre la sphère de l'acte, des comportements et celle de la parole. De plus, le passage à l'acte serait le témoin d'une rupture de la chaîne logique entre parole et action. Cette rupture serait expliquée d'une part par la primauté de l'action motrice qui canaliserait toutes les énergies et empêcherait la mentalisation, et d'autre part un « défaut structurel » de la capacité de mentalisation.

MILLAUD [151] distingue par ailleurs les concepts de passage à l'acte et d'acting out sur la base de la clinique et de la nature relationnelle liée à la notion de passage à l'acte. L'inscription d'un passage à l'acte dans une relation traduirait en effet une demande d'aide et serait alors du registre de l'acting out. Et, si cette dimension de « recherche relationnelle » n'existait pas, nous serions dans le registre du passage à l'acte. Auparavant, dans le Séminaire sur *L'angoisse* (1962), LACAN [126] s'était interrogé sur le statut de l'acte et proposait une conceptualisation différenciée de l'acte, de l'acting out et du passage à l'acte. Pour lui, dans le suicide, l'acte inaugurerait toujours une coupure structurante qui permettrait au sujet de se retrouver changé dans l'après-coup. Et, l'acte résulterait d'une mise en œuvre inconsciente qui ne pourrait s'articuler que dans l'après-coup de sa réalisation. L'acte serait toujours signifiant et aurait toujours lieu d'un dire, mais ce ne serait que dans l'après-coup qu'il serait rattrapé par la signification (HARRATI et al, 2005 [108]). Sur la base de ces données, LACAN a situé la distinction essentielle pour la clinique entre acting out et passage à l'acte. Il a en effet défini l'acting out comme un agir toujours donné à voir et à déchiffrer à un autre dans une adresse le plus souvent inconsciente. A l'inverse, le corrélat essentiel de tout passage à l'acte serait l'évacuation, la séparation avec l'autre. Le passage à l'acte se produirait lorsque le sujet serait confronté au dévoilement inconvenant de l'objet qu'il est pour l'autre, lorsque pour lui toute symbolisation serait devenue impossible. Il se situerait donc du côté de l'irréparable, de l'irréversible. Il ne s'adresserait à

personne et n'attendrait aucune interprétation. Cette mise en évidence des diverses manifestations de l'acte montre que la signification de celui-ci pourrait changer en fonction du contexte psychique dans lequel il est susceptible de s'inscrire.

Par ailleurs, MILLAUD [151] a développé plusieurs modes de passage à l'acte en fonction de la structure psychique du sujet. Selon cet auteur, il existerait un modèle d'articulation mentalisation-agir-structure :

- a) Structure psychotique : la mentalisation serait toujours très perturbée avec un processus de mentalisation soit inexistant du fait d'une incapacité du sujet à organiser sa pensée, soit construit de façon logique avec certains contenus délirants.
- b) Structure névrotique : la capacité de mentalisation serait beaucoup plus grande et permettrait au sujet d'avoir une bonne adaptation sociale. Les processus pathologiques pourraient cependant l'entraîner vers l'expression d'acting out ou alors vers un « emballement » du processus de mentalisation qui tourne « à vide » (ruminations anxieuses par exemple).
- c) Aménagement limite : le passage à l'acte « est l'outil préférentiel pour éviter tout contact avec l'angoisse ou pour l'évacuer ».

Enfin, pour PEDINIELLI et al (1989) [171], il conviendrait d'appréhender la fonction de l'agir chez le suicidant impulsif. En effet, l'agir suicidaire viendrait en lieu et place de l'affect intolérable. D'ailleurs, ces auteurs ont rapporté des analogies entre le discours de certains suicidants impulsifs et ceux de somatisants. Mais, dans la « somatisation », il se produirait une expulsion de l'affect hors de la réalité psychique, vers le corps, tandis que dans l'agir suicidaire, le sujet semble « se retirer » de l'affect, l'annulant en se mettant à l'écart de l'affect.

C. Approche psychopathologique du choix de l'arme à feu comme moyen d'autodestruction

Pour de nombreux auteurs, comme nous l'étudierons ci-après, la disponibilité accrue de certains moyens tels que les armes à feu ou encore certains médicaments potentiellement toxiques serait responsable de l'augmentation de la fréquence des conduites suicidaires.

Nous postulons cependant qu'il existe une psychopathologie du choix du moyen, ou tout au moins, nous formulons des hypothèses psychopathologiques pouvant nous éclairer sur ce qui peut déterminer le choix du moyen. Bien

entendu, la disponibilité de celui-ci est une donnée importante, mais nous nous interrogeons sur ce qui peut décider un sujet du choix du mode de suicide lorsque plusieurs moyens sont accessibles de manière identique.

Avant de proposer notre réflexion sur le sujet, nous pouvons légitimement nous demander s'il s'agit effectivement d'un choix de la part du sujet suicidant. En effet, selon Le Petit Robert, un choix « *est une décision par laquelle on donne la préférence à une chose, une possibilité, en écartant les autres (...) Pouvoir, liberté de choisir* ». Alors, est-ce vraiment un choix quand la définition du dictionnaire renvoie à la liberté, au libre choix, et nous pourrions dire, au libre-arbitre ? Nos hypothèses psychopathologiques concernant le « choix » du mode de suicide pourront nous éclairer sur cette question du choix librement consenti du moyen.

Pour FREUD, dès 1901, « *à côté du suicide conscient et intentionnel* », il existerait le « *suicide mi-intentionnel* » défini comme un « *suicide inconsciemment consenti* » [88]. Il a d'ailleurs étayé son hypothèse à partir d'un cas de blessure en apparence accidentelle par une balle de revolver. Ce cas, emprunté à FERENCZI, constituait, selon FREUD, un exemple de « *tentative de suicide inconsciente* ».

En fait, cet individu « *rentra chez lui, joua avec le revolver, sans avoir la moindre intention de se faire du mal; le malheur était arrivé accidentellement* ». Selon FREUD, « *il était encore sous l'influence déprimante de sa malheureuse aventure amoureuse et espérait sans doute 'oublier' (...) ayant été obligé de renoncer à ce dernier espoir, il en vint à jouer avec le revolver (...)* ». Pourtant, « *il ne faisait réellement que 'jouer', c'est-à-dire n'avait aucune intention consciente de se suicider* », poursuivait-il [88].

Par cette hypothèse, FREUD fait donc de certaines tentatives de suicide des actes manqués, et, dans ces cas, le choix du moyen nous paraît tout à fait singulier.

En dehors des hypothèses psychopathologiques, certains auteurs ont tenté d'identifier différents facteurs pouvant déterminer le choix du moyen. Dans une étude publiée en 1983, SEIDEN [189] reprend les propositions faites par DUBLIN en 1963 concernant les déterminants du choix du moyen de suicide. Ce dernier a en effet proposé trois facteurs qui, selon lui, se combinent pour orienter le choix du moyen : l'accessibilité ou la disponibilité du moyen ; la suggestion ou la contamination du choix du moyen ; la valeur symbolique et psychologique du moyen. SEIDEN, pour étayer l'élaboration théorique de DUBLIN, a donc effectué une étude portant sur le taux de suicide par précipitation du haut du Golden Gate Bridge (GGB), dans l'Etat de San Francisco en comparaison avec le taux de suicide par précipitation du haut de Bay Bridge (BB) dans l'Etat de Californie, ces deux ponts étant distants de quelques kilomètres.

L'accessibilité ou la disponibilité du moyen : la disponibilité des deux ponts serait identique et, pourtant, le taux de suicide serait 5 fois plus élevé du pont GGB. Cependant, l'accès ne serait pas le même puisque les piétons seraient interdits sur le BB par une loi californienne interdisant à tout piéton de circuler sur certains ponts, ce qui ne serait pas le cas dans l'Etat de San Francisco, donc pour le GGB. Toutefois, même après contrôle de l'accès des piétons au niveau du GGB, le taux de suicide du haut du GGB restait significativement supérieur à celui du BB.

La suggestion ou la contamination du choix du moyen : les suicides du GGB faisaient régulièrement la première page des journaux, où une forme de publicité était faite des suicides du GGB, ce qui n'était jamais le cas pour les suicides du BB. De plus, il existerait un dicton selon lequel si on est trop stressé : « *go off the bridge* », et si le pont n'était pas nommé explicitement dans le dicton, tout le monde penserait au GGB à San Francisco.

La valeur symbolique et psychologique du moyen : ce troisième facteur était également retrouvé pour le GGB, couramment qualifié de « *lieu saint du suicide* », ce qui montrait l'attraction symbolique et psychologique du GGB. Il y aurait, encore selon cet auteur, une sorte de romantisme autour de ce pont : les suicidants (rescapés) lui donneraient une signification particulière, celle de la mort associée à la grâce et à la beauté ! Cette attraction pour ce pont était illustrée par le fait que dans de nombreux cas, des individus habitant à proximité du BB prendraient leur voiture pour se rendre sur le GGB pour s'y suicider, tandis que le contraire n'aurait jamais été observé jusque là.

SEIDEN montrait donc que la disponibilité du moyen, même si elle restait un déterminant majeur du choix du moyen, n'était pas suffisante pour expliquer ce choix. En effet, ces deux ponts, bien que similaires en terme de date de construction, de létalité potentielle, et de facteurs démographiques et géographiques, et même après contrôle de l'accessibilité par ajustement statistique de cette variable, avaient des taux de suicide très différents.

D'autres auteurs, FISCHER et al (1993) [85], dans une étude réalisée à New York City (NYC) sur les suicides aboutis, ont mis en évidence des caractéristiques sociodémographiques et psychologiques selon les moyens employés. De plus, ils ont défendu l'idée de l'acceptabilité de la méthode dans une région comme déterminant du choix du moyen et non pas uniquement l'accessibilité au moyen. Dans leur étude, FISCHER et al ont montré que les différences de méthode entre les groupes seraient indépendantes de l'accès au moyen et qu'il existerait selon eux une corrélation positive entre l'acceptabilité de la méthode et la méthode employée. Par exemple, la pendaison, premier mode de suicide dans le monde dans les années 70, était un moyen peu employé en Angleterre et au Pays de Galles où ce mode de passage à l'acte était puni de peine capitale (FARMER et ROHDE, 1980 [83]), et, pourtant, la pendaison était et reste un moyen universellement disponible. De même, à cette même période, les immigrés en provenance d'Inde en Angleterre utilisaient majoritairement la

pendaison, tandis que les femmes anglaises d'origine indienne s'immolaient dans ce pays où les femmes anglaises ne s'immolent que très exceptionnellement. De même, il existerait des modalités de suicide qui sont plutôt caractéristiques d'une population donnée : crémation des asiatiques, pendaison ou arme à feu en milieu rural, ingestion de substances agricoles chez les réunionnais (POMMEREAU, 2001 [179]). Le contexte culturel interviendrait donc dans le choix de la modalité de suicide.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que l'étude de FARMER et ROHDE a montré que la restriction de l'accès à un moyen culturellement accepté pourrait permettre de diminuer le taux de suicide par ce même moyen [83].

Le choix du mode de suicide apparaît donc comme pluridéterminé, et nous allons développer ci-après nos hypothèses psychopathologiques qui donnent au moyen une valeur psychologique, à nos yeux fondamentale pour la prise en charge psychiatrique, et qui offrent, à notre sens, des pistes pour améliorer l'approche psychothérapeutique du suicidant, notamment dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

1. L'arme à feu, un choix empreint d'un symbolisme sexuel

La différence de sexe chez les suicidants et suicidés par arme à feu et par d'autres moyens est tout à fait frappante. En effet, comme nous l'avons déjà vu, si les hommes sont surreprésentés en ce qui concerne les moyens violents tels que la pendaison ou les armes à feu, il n'en reste pas moins que l'ingestion médicamenteuse volontaire et la précipitation sont des modes de suicide employés plus fréquemment par les femmes.

Pour FREUD, cette différence des sexes en matière de choix des moyens prouverait que le symbolisme sexuel s'étend jusqu'à la mort.

« Le choix d'une forme de suicide révèle, écrivait FREUD (cité par ROUDINESCO [186]), le symbolisme sexuel le plus primitif: un homme se tue avec un revolver, c'est à dire qu'il joue avec son pénis, ou bien il se pend, c'est-à-dire qu'il devient quelque chose qui pend de toute sa longueur; la femme connaît trois façons de se suicider, sauter d'une fenêtre, se jeter dans l'eau, s'empoisonner. Sauter d'une fenêtre signifie accoucher, aller dans l'eau signifie donner naissance, s'empoisonner signifie grossesse, premièrement parce que la mère souffrant de nausée semble à l'enfant avoir été empoisonnée et deuxièmement parce que l'enfant croit qu'on conçoit les enfants en mangeant des aliments particuliers. Ainsi la femme remplit sa fonction sexuelle même en mourant ».

De telles interprétations demandent à être reformulées aujourd'hui parce que la société a changé. Par ailleurs, ADLER [164], dans la conférence sur le suicide des Minutes de la Société psychanalytique de Vienne, évoquait une forme de virilisation du moyen avec un choix différent pour les hommes et les femmes. En effet, les hommes emploieraient plus souvent un moyen violent dans le but de récupérer un narcissisme défaillant. Pour BABILLIOT [11], l'arme à feu est un symbole phallique. En effet, à partir de certaines expressions à connotation sexuelle telles que « décharger » ou encore « tirer un coup de feu », cet auteur envisage le vécu du suicidant dans un rapport sexuel avec le fusil, ou dans une fellation, le coup de feu symbolisant, selon cet auteur, une éjaculation « entraînant alors chez le patient un amalgame de sensation sang-sperme sur le visage ». Pour notre part, nous sommes loin de telles interprétations psychanalytiques et ne partageons pas tout à fait ces hypothèses. Cependant, la dimension phallique de l'arme à feu, symbole de la toute-puissance destructrice de l'homme, notamment au lors des conflits armés, nous paraît être un élément pouvant participer au choix quasi exclusivement masculin de l'arme à feu comme moyen de suicide.

2. De la « valeur psychologique » du choix du moyen

Dans sa célèbre thèse sur la *Psychologie du suicide*, DESHAIES (1947) a abordé les « *procédés d'exécution* » du suicide comme étant des moyens possédant « *une valeur psychologique par eux-mêmes et par la façon dont ils sont utilisés* » [76].

Ainsi distinguait-il trois classes de procédés :

- Les procédés traumatiques : les armes, la précipitation d'un lieu élevé et l'« *écrasement* » par une voiture ou un train. Egalement, les brûlures.
- Les procédés asphyxiques constitués par la pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion et l'électrocution.
- Les procédés toxiques.

L'auteur définissait par ailleurs des procédés actifs, c'est-à-dire qui demandaient une action définie pour le suicidant, les procédés passifs, les procédés « *doux* », « *brutaux* », très efficaces, ou à l'inverse très « *anodins* »...

Selon cet auteur, « *tous ces caractères correspondent à diverses attitudes mentales du sujet, à des situations différentes* » [76].

DESHAIES postulait donc qu'il existait véritablement une psychologie du choix du moyen de suicide. Ce serait même la psychopathologie du cas qui expliquerait le choix du moyen et il soulignait à ce propos l'importance d'une étude individuelle de chaque cas pour la compréhension du phénomène des conduites suicidaires [76].

Le choix pouvait être en effet :

- Imposé : c'est le cas des sociétés dont la tradition exige que le suicide soit accompli de telle manière, « *par un symbolisme plus ou moins direct, compris ou oublié* ».
- Suggéré : c'est le rôle fondamental, d'après DESHAIES, joué par le phénomène de l'imitation ou de mode.
- Ou délibéré : « *la facilité d'exécution représente une circonstance essentielle et sur elle se fonde la majorité des choix.* »

DESHAIES entendait par facilité d'exécution non seulement l'accessibilité du moyen mais également la simplicité de son emploi (la noyade ou la défenestration peuvent être plus « simples » à mettre en œuvre que l'arme à feu par exemple).

Enfin, pour DEBOUT [72], chaque mode de suicide serait chargé d'un sens particulier : la pendaison serait la marque de la culpabilité et de la quête du rachat, tandis que le coup de feu porterait la marque de « *l'honneur injustement mis en cause et retrouvé dans la mort* ».

3. De la violence et de l'autodestruction dans l'emploi d'une arme à feu ou des rapports entre violence et suicide

Les rapports entre violence et suicide peuvent s'exprimer de différentes manières. D'une part, l'acte suicidaire lui-même, dans sa projection dans la mort, renferme une dimension de violence. Cette destruction de soi contient, par elle-même, une grande part de violence, violence que le sujet suicidant ou suicidé s'inflige à lui-même par l'autodestruction et quel que soit le moyen ; mais également, violence qu'il inflige à l'autre : celui ou celle à qui peut s'adresser le geste lorsque le geste est adressé.

D'autre part, la violence du suicide est exprimée par la violence faite au corps en fonction du moyen de suicide employé. L'arme à feu, par exemple, peut être à l'origine d'un délabrement physique important, qui prend une expression singulière lorsque le visage est atteint, support de l'identité de chacun comme nous l'avons explicité précédemment.

Nous distinguons donc la violence du passage à l'acte, la violence du moyen employé, la violence faite aux soignants et à l'entourage par la destruction du corps qu'entraîne parfois le geste suicidaire par arme à feu, et, enfin, les rapports pouvant exister entre les comportements violents et le suicide.

Les suicides et tentatives de suicide par arme à feu sont rangés parmi les conduites suicidaires violentes au même titre que les précipitations d'un lieu élevé ou avec une voiture, les phlébotomies, les noyades, les pendaisons et l'utilisation du gaz. La question que pose cette « classification » par mode de suicide est de déterminer si ce mode de passage à l'acte est considéré comme violent en raison même du moyen employé et de la mort violente qu'il entraîne

ou si une dimension violente est présente, moyen utilisé mis à part. En d'autres termes, une dimension de violence personnelle et individuelle sous-tendrait-elle le mode de passage à l'acte employé ?

Cette hypothèse s'enrichit de la répartition des moyens de suicide utilisés en fonction du sexe et de la surreprésentation masculine en ce qui concerne les suicides et féminine pour ce qui est des tentatives de suicide. A ce titre, DEBOUT (2002) [72] voit dans ces différences de choix de moyen de suicide deux « types » de conduites suicidaires. Il oppose en effet les « suicides-dépression » aux « suicides-destruction ». D'après cet auteur, les « suicides-dépression » sont retrouvés lors d'absorptions médicamenteuses à l'origine d'un endormissement et comporteraient en eux-mêmes la symbolique de la « mort-retrait ». Le suicide par intoxication s'inscrirait ainsi dans un processus d' « absence de vie » et permettrait la représentation après la mort d'un corps endormi qui a enfin trouvé le calme et l'apaisement.

A côté de ces « suicides-dépression », il existerait les modes de « suicide-destruction » représentés par les modes violents tels que les armes à feu. Ils exprimeraient une protestation (et non plus un retrait) qui conduirait le suicidant à réagir avec violence à ce qui fait violence dans sa vie. Ce suicide s'inscrirait dans un climat de violence sociale et supposerait une représentation dégradée, et non plus sereine, du corps après la mort.

4. Le corps en jeu dans le choix du moyen

Dans les conduites suicidaires, le corps est en jeu de différentes manières en fonction de la structuration psychique du sujet, mais également en fonction du moyen de suicide employé. Selon PEDINIELLI (1989) [170], la technique de suicide employée aurait à voir avec ce que le suicidant souhaiterait « obtenir » comme inscription corporelle et infliger à la vue des autres. Ainsi, parfois, certains moyens violents seraient écartés du choix de la méthode car pouvant laisser des séquelles en cas d'échec. Pour cet auteur, la tentative de suicide peut constituer une « monstration » du corps aux autres. En effet, constituant une agression corporelle aboutissant à la mise en péril d'une zone et d'une fonction de ce corps, elle recèlerait également une exhibition du corps qui pourrait être conçue comme un message à décrypter par l'autre et, implicitement, ce serait le corps de l'autre que la tentative de suicide concernerait, tout au moins le regard. Par ailleurs, d'après BOTTA [29], le fait de se préoccuper de la destinée et de l'aspect de son propre cadavre serait un élément qui interviendrait dans le choix du mode et du lieu de l'acte suicidaire. Or, l'aspect du corps est tout à fait variable en fonction du moyen employé : intact ou au contraire délabré. Pour cet auteur, l'ingestion médicamenteuse volontaire, le plus souvent des hypnotiques ou des anxiolytiques, serait choisie par le sujet suicidaire dans le but d'obtenir une relaxation du corps, une détente de celui-ci dans le sommeil, tandis que la pendaison serait plutôt de l'ordre de l'exhibition. Ces deux moyens pris en

exemple par l'auteur sont des moyens qui n'occasionnent pas d'effusion de sang, contrairement aux armes à feu qui détruisent la partie du corps visée de manière importante. Ainsi, selon BOTTA [29] :

« Si vivre c'est avoir la possibilité de supporter le deuil permanent que représente une image de soi toujours inachevée sans que l'estime que nous nous portons disparaisse, on saisit mieux alors pourquoi le meurtre de soi-même par l'attaque de son propre corps ou d'une partie de celui-ci, soit une tentative ultime et désespérée d'établir la permanence et la solidité d'une estime narcissique toujours menacée. »

De plus, le geste suicidaire est un mouvement très particulier où l'homme est à la fois sujet et objet de ses propres actes. Et, selon BOTTA [29], pour qu'un sujet puisse viser agressivement tout ou partie de son corps, il faut que celui-ci devienne totalement ou partiellement désinvesti, rejeté par une désidentification d'avec lui-même.

5. De l'impulsivité dans son rapport avec la dimension violente du moyen employé : l'hypothèse sérotoninergique

Désormais, une expertise collective menée par l'INSERM (BATT et al, 2005 [15]) recommande de coupler aux autopsies psychologiques la prise en compte des facteurs biologiques dans l'acte suicidaire violent, ce qui pourrait selon l'INSERM améliorer la performance de dépistage d'un risque de suicide et ainsi participer à la prévention.

L'hypothèse sérotoninergique du comportement suicidaire serait une des découvertes les plus solides en psychiatrie biologique (ANSSEAU et PITCHOT, 2000 [4]). Des perturbations dans l'activité du système sérotoninergique ont effectivement été mises en évidence à la fois chez les suicidés et les suicidants.

L'histoire de la sérotonine commence en 1976 avec la publication de ASBERG de l'Institut Karolinska à Stockholm. Chez les patients déprimés unipolaires ayant une faible concentration d'acide 5-hydroxy-indole-acétique (5-HIAA) dans le liquide céphalo-rachidien (LCR), métabolite principal de la sérotonine, le risque de suicide violent s'avérait plus élevé. Cela ne concernait que les dépressions unipolaires. En effet, 40% des patients présentant un taux bas de 5-HIAA avaient fait une tentative de suicide au cours de l'épisode dépressif contre seulement 15% dans le groupe à 5-HIAA normal ou élevé. De plus, ASBERG [7] a montré que les déprimés avec des concentrations basses de 5-HIAA dans le LCR avaient réalisé des tentatives de suicide plus « violentes » que les autres patients. ASBERG fait de ces résultats un véritable prédicteur de suicide ultérieur, son étude ayant mis en évidence un risque plus important de suicide

chez les patients avec un faible taux de 5-HIAA : au cours d'un suivi d'un an, 21% des déprimés avec 5-HIAA bas se sont suicidés contre seulement 2% des déprimés à taux de 5-HIAA normal ou élevé [7].

A ce titre, il est intéressant de constater que la grande majorité des études a retrouvé une forte corrélation entre la nature de la tentative de suicide (violente ou non violente) et les concentrations de 5-HIAA dans le LCR. En fait, plusieurs études récentes ont suggéré que les dysfonctionnements sérotoninergiques observés chez les patients suicidaires pourraient être en relation avec des dimensions d'irritabilité ou d'impulsivité plutôt qu'avec le caractère violent de la tentative de suicide (ANSSEAU et PITCHOT, 2000 [4]).

Par ailleurs, d'après MANN et al, cette dysrégulation de l'activité sérotoninergique serait un facteur biologique de prédiction d'une réponse impulsive à un stress et serait donc un prédicteur d'un passage à l'acte (GOULD et al, 2003 [101]). Par ailleurs, NIELSEN et al (cité par BATT, 2000 [14]) ont apporté par les méthodes de biologie moléculaire l'évidence d'une association entre comportement violent et/ou suicidaire et le polymorphisme du gène de la tryptophane hydroxylase (TPH), enzyme limitant la biosynthèse de la sérotonine.

Ces hypothèses sont encore du domaine de la recherche et n'ont, à ce jour, que peu d'implications en ce qui concerne l'approche clinique des patients suicidants. Cependant, ces données engagent les scientifiques et cliniciens à poursuivre les travaux, et ouvrent vers de nouvelles voies, en particulier, pour ce qui est de l'approche thérapeutique de type pharmacologique.

6. De la létalité du moyen dans son rapport avec l'intentionnalité suicidaire

D'après Jean-Bernard GARRE et al [99], il est difficile d'établir une corrélation stricte entre le choix du moyen et l'intentionnalité suicidaire, même si les équipes se mobilisent intuitivement davantage pour les tentatives de suicide violentes ou graves. Toutefois, l'étude des modes de suicide, moyen de recoupement des différents suicides (HALBWACHS, 1930 [106]), montre que des différences existent en ce qui concerne le choix du moyen entre les suicidants et les suicidés, c'est-à-dire que des caractéristiques épidémiologiques telles que le sexe sont parfois associées à au potentiel de létalité du moyen employé.

Pour DESHAIES, la question de l'efficacité du moyen employé n'entrerait que peu en jeu dans le choix du moyen, sauf si le suicidant y avait réfléchi. L'état mental du suicidant jouerait, selon cet auteur, un rôle essentiel dans le choix :

« *Le paroxysme émotif ou impulsif exigeant l'acte immédiat ne s'accommode guère d'un véritable choix et se contente du procédé le plus simple et surtout du procédé à portée de main* » [76].

En effet, ce moyen employé « *manifeste[rait] souvent l'état d'esprit du sujet, le degré de sincérité de son acte, la nature pathologique de son comportement. Il prend[rait] parfois la valeur d'un signe et s'insère[rait] dans l'aspect psychologique du suicide (...)* ».

Pour POMMEREAU [179], le jeune suicidaire ne chercherait pas nécessairement à se procurer le moyen le plus efficace ou le plus accessible. Celui-ci correspondrait plutôt à la représentation « qu'il se fait de sa propre soustraction ». Il faut aussi que ce moyen exprime ce que son désir lui dicte quant au message à laisser à ses proches et à la collectivité.

A Los Angeles, SHNEIDMAN et FARBEROW (1961) ont étudié les rapports pouvant exister entre la létalité des moyens employés chez des suicidés et la létalité des moyens employés par des suicidants. En effet, les pionniers de la suicidologie ont présenté, dans un ouvrage qui leur est resté célèbre, des résultats comparatifs entre un groupe de personnes qui avaient fait une tentative de suicide et un groupe de personnes décédées par suicide. Avec comme postulat de départ qu'il existait des différences dans les méthodes utilisées entre les suicidants et les suicidés, ces auteurs ont défini empiriquement deux groupes de sujets en fonction de deux classes de moyens employés : d'une part, ceux qui avaient passé le « point de non-retour » immédiatement, c'était le cas pour les armes à feu et la précipitation qui sont des moyens qui aboutissent immédiatement au suicide. Et, d'autre part, ceux qui atteignaient ce « point de non-retour » progressivement, c'était le cas pour les phlébotomies et le fait de se trancher la gorge, modes de passage à l'acte souvent assimilés à une tentative de suicide [192].

La première exception à ces deux groupes était l'intoxication au monoxyde de carbone qui, bien que n'entraînant pas la mort immédiatement, représentait la troisième cause de suicide chez l'homme aux Etats-Unis après les armes à feu et la pendaison. La deuxième exception était l'intoxication aux barbituriques qui occupait une place importante à la fois dans le cadre des tentatives de suicides et dans les suicides. En effet, les barbituriques, en 1957, étaient la première cause de suicide et de tentative de suicide chez la femme, la première cause de tentative de suicide et la quatrième cause de suicide chez l'homme. Cette étude montrait donc que les hommes avaient utilisé l'arme à feu dans 41% des cas contre 18% chez la femme. Il existait des différences entre les sexes : le point de non-retour aurait été atteint plus rapidement chez l'homme et ce du fait de l'emploi de méthodes plus létales.

En revanche, CUTRIGHT et FERNQUIST (2000) [68] ont publié une étude rétrospective à propos des suicides par arme à feu aux Etats-Unis entre 1926 et 1996. Cette étude suggérait que l'écart observé entre les hommes et femmes en matière de taux de mortalité par suicide n'était pas simplement lié au choix d'une méthode plus létale chez l'homme. En effet, ces auteurs ont mis en évidence, en comparant les deux sous-groupes hommes/femmes, et après ajustement de la distribution par méthode statistique, que la répartition des hommes et des femmes en fonction de la létalité des moyens était identique. La différence de mortalité ne proviendrait donc pas du moyen employé mais d'une différence d'acte engagé par les hommes et par les femmes. Pourtant, parmi les moyens utilisés, l'arme à feu serait la méthode la plus létale, suivie de près par la pendaison (CHAPDELAIN et al, 1991 [51]). A ce sujet, MILLER et al (2004) [154] ont étudié les différentes méthodes de suicide utilisées en fonction de l'âge et du sexe. Sur un nombre total de 44 831 gestes suicidaires, le taux de mortalité était de 13% toutes méthodes confondues : 23% chez les hommes, 5% chez les femmes, 7% pour les personnes âgées de 15 à 24 ans et 34% pour les sujets de plus de 65 ans. L'intoxication médicamenteuse représentait 74% des gestes pour seulement 14% de décès. Armes à feu et pendaison constituaient seulement 10% des gestes, mais 67% des décès dont 38% par arme à feu et 29% par pendaison. Les armes à feu représentaient le moyen le plus léthal (92% de mortalité) suivi par la noyade (84%) et la pendaison (82%). Quel que soit le moyen, les décès étaient plus fréquents chez les hommes (79% des décès) et chez les sujets âgés.

L'interrogation que pose la question du choix d'un moyen potentiellement plus léthal qu'un autre, en l'occurrence l'arme à feu, est celle de l'intentionnalité suicidaire avec en toile de fond celle de la préméditation du geste suicidaire. En d'autres termes, la représentation classique de l'association entre la forte létalité du geste et la détermination à se donner la mort est-elle systématiquement observée ? La question est en réalité extrêmement complexe et l'intention de se suicider est souvent marquée par l'ambivalence propre à l'homme, en dehors bien entendu du passage à l'acte du psychotique ou du mélancolique.

En 1989, PEDINIELLI et al [171], dans une étude qui a porté sur 758 tentatives de suicide, ont montré qu'il existait bien une relation entre la note de létalité et certaines variables qui témoignaient de l'intensité des difficultés psychologiques des sujets. En effet, il existerait une relation entre la létalité élevée du geste suicidaire d'une part et le diagnostic de psychose, la symptomatologie dépressive, une intention suicidaire élevée, une certaine représentation de la mort d'autre part. A l'inverse, une faible létalité serait associée à l'existence d'une impulsivité, l'absence de signes de dépression majeure, la présence de manifestations psychopathiques ou encore l'absence de maladie mentale avérée.

Ces résultats accrédi­teraient donc l'hypothèse selon laquelle il existerait une corrélation entre la sévérité des difficultés psychopathologiques et la gravité médicale de la tentative de suicide, mais pas nécessairement l'intentionnalité suicidaire proprement dite. Il semble, en effet, que létalité et intentionnalité ne soient pas systématiquement corré­lées, loin s'en faut. Comme nous l'étudierons ci-après le rôle joué par l'accessibilité et la disponibilité de certains moyens potentiellement létaux comme les armes à feu paraît déterminant, en particulier chez les adolescents et jeunes adultes, et probablement chez les sujets âgés. A ce titre, nous verrons combien la dimension impulsive, à laquelle est associée la disponibilité immédiate du moyen, peut jouer un rôle prépondérant et ce, dans un nombre non négligeable de passages à l'acte.

7. L'arme de service : un choix singulier

Dans certains cas particuliers, la dimension et la valeur psychologiques du choix du moyen pourraient être prépondérantes dans le choix du moyen employé pour le geste suicidaire. C'est le cas par exemple des suicides de certains membres des forces de l'ordre qui possèdent une arme à feu de service, donc à but professionnel. En effet, le choix du moyen violent par excellence que représente l'arme de service viendrait rappeler à tous que le sujet reste lié à « sa communauté » des « gens d'arme ». D'après COLIN [61], ce qui spécifie la question du risque suicidaire au sein de la gendarmerie, c'est la crainte que le geste ne soit justement réalisé avec l'arme de service. Le choix de ce moyen ferait même scandale tant le geste suicidaire par l'arme à feu de service est perçue comme une menace d'atteinte à l'unité du groupe, menace quasi-identitaire pour la communauté des forces de l'ordre.

Aux Etats-Unis, TURVEY (1995) [206] a tenté d'apporter quelques éclairages permettant d'expliquer ce taux si élevé dans cette population spécifique. Il défendait l'idée d'une certaine culture du milieu policier caractérisée par le sens du dévouement, du dépassement de soi et de ses propres difficultés pour subvenir aux difficultés et drames des citoyens. Selon cet auteur, traditionnellement, l'officier de police souscrit au mythe de l'indestructibilité du policier et la problématique du suicide chez les policiers semblerait exclue du discours et de la préoccupation de la police. Tout se passerait comme si le suicide n'existait pas au sein de cette communauté alors que les taux sont élevés. Pour cet auteur, la volonté des autorités de ne pas entacher l'image de l'uniforme pourrait contribuer à ce que les chiffres ne soient pas communiqués au grand public.

Les chiffres de 1994 ont montré qu'il y avait eu 300 suicides d'officiers de police aux Etats-Unis cette année-là, dont 137 dans l'exercice de leur fonction, parmi lesquels 75 avaient utilisé leur arme de service. Dans 90% des cas, lorsque le policier s'était tiré une balle, il était fortement alcoolisé. Les officiers

de loi, encore d'après cet auteur, auraient deux fois plus de risques de se tirer une balle dans la tête que d'être tué par quelqu'un d'autre.

Les déterminants du choix du moyen de suicide apparaissent donc comme multiples, chacun de ces facteurs participant à ce choix. Pourtant, à travers les situations que nous avons évoquées, ainsi que les cas cliniques que nous développerons ci-après, il nous semble que, d'un suicidant à l'autre, ces facteurs ne soient pas prépondérants dans les mêmes proportions. En effet, si la disponibilité d'une arme à feu chargée pourrait être déterminante, notamment chez les adolescents, il n'en reste pas moins que la valeur psychologique et symbolique de l'arme de service s'associent fortement à l'accessibilité du moyen.

En plus des éléments que nous avons décrits comme pouvant orienter le choix du moyen de suicide, l'hypothèse d'une prédisposition du sujet pouvant également faciliter l'emploi de moyens violents dans les conduites suicidaires a été avancée. En effet, le choix d'une arme à feu pourrait être corrélée à des données neurobiologiques qui pourraient en faire une véritable vulnérabilité individuelle.

En conclusion, dans les conduites suicidaires, aucun des facteurs étudiés ne peut, à lui seul, déterminer le choix du moyen de suicide, et ce serait l'alchimie de ces différents éléments qui, combinés entre eux, pourraient participer au passage de la pensée suicidaire à l'acte lui-même, et engager le moyen violent arme à feu. Toute la complexité du phénomène y est remarquablement exprimée, mais également toute la complexité de la définition d'une stratégie de prévention du suicide. Tous ces facteurs, qu'ils soient culturels ou même neurobiologiques, ouvrent pourtant des voies nouvelles pour la prévention des conduites suicidaires, mais dont l'abord est nécessairement multidisciplinaire. Comme nous l'étudierons ci-après, un de ces facteurs a été particulièrement étudié, notamment aux Etats-Unis : il s'agit de la disponibilité et de l'accessibilité du moyen. En effet, de nombreux auteurs ont axé leurs travaux sur les conséquences de la disponibilité des armes à feu sur les taux de suicide, ainsi que sur les effets possibles de certaines législations restrictives en matière d'arme à feu.

VI. LE SUICIDE PAR ARME A FEU ET LA PREVENTION

Constituant un problème majeur de santé publique, le suicide est au cœur des préoccupations actuelles et, en particulier, sa prévention et la mise en œuvre de celle-ci. Objet d'attention dans l'actualité ministérielle, le suicide tient une place relativement importante dans le projet de plan « Psychiatrie et santé mentale » proposé début 2005 par le Ministre de la Santé français. En effet, il est intégré dans le quatrième axe du plan qui traite de la mise en œuvre de programmes spécifiques. Une stratégie nationale d'actions face au suicide y est même détaillée.

Celle-ci est basée sur quatre axes principaux qui ont été définis par les Programmes Régionaux de Santé (PRS) mis en place pour la période 2000-2005 :

- Améliorer la prévention du suicide ;
- Diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux, axe qui nous intéresse plus particulièrement dans le cas des armes à feu ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des suicidants ;
- Et mieux connaître la situation épidémiologique.

Nous voyons déjà combien les moyens de suicide occupent une place importante dans les stratégies possibles de prévention du suicide. Nous allons, dans un premier temps, étudier l'importance de la disponibilité (ou accessibilité) des moyens létaux, celle-ci étant d'ailleurs mise en avant dans les axes de prévention définis dans le cadre des objectifs de prévention. Puis, dans un deuxième temps, nous soulignerons l'importance du traitement des maladies mentales associées, en particulier, la dépression, axe non spécifique des suicidants par arme à feu, mais non moins capital. Et, enfin, nous traiterons du rôle possible des soignants dans la prévention des suicides par arme à feu et, nous nous appuierons, à ce sujet, sur l'exemple de la situation du Québec.

A. La question de la disponibilité du moyen

Dans l'acte suicidaire, l'intentionnalité, qui est une notion très complexe à définir et à repérer dans la tentative de suicide, ne peut, contrairement à ce que défendait DURKHEIM, être isolée du moyen employé au cours du geste auto-agressif. Le moyen employé est d'ailleurs le plus souvent bien plus clair à préciser, tandis que l'intention reste un élément généralement assez flou et subjectif, bien que des signes indirects, tels que le degré de préparation et de préméditation du geste, puissent guider le clinicien. De plus, l'étude des méthodes de suicide offre aux chercheurs et aux cliniciens une piste supplémentaire à explorer pour penser et organiser la prévention du suicide. Or, nous avons précisé précédemment que le choix du moyen de suicide était pluridéterminé. De nombreux auteurs se sont d'ailleurs intéressés aux stratégies d'action à mettre en place par rapport au suicide. Et, parmi ces programmes d'intervention, certains sont axés sur le moyen de suicide employé par le sujet, notamment lorsque celui-ci est hautement léthal. Le problème de l'accessibilité des moyens, quels qu'ils soient, permet en effet de poser la question du risque suicidaire et d'aborder la prévention dans ses trois temps bien connus des disciplines médicales: la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Dans ce domaine, certains auteurs dont MISHARA, au Canada, ont rapporté les actions menées par les sociétés de transports urbains qui ont mis en place à Montréal des systèmes de sécurité faisant en sorte que les personnes ne puissent accéder aux voies que lorsque la rame est immobile ou à faible vitesse. Et, d'après TERRA (2002) [203], les pistes les plus prometteuses en matière de stratégies de prévention du suicide sont, d'une part, l'amélioration du traitement de la dépression, et, d'autre part, la limitation de l'accès aux moyens du suicide.

1. Des effets historiques de la réduction de la disponibilité du moyen sur le taux de suicide

Parmi les études remarquables à souligner en matière de réduction du taux de suicide par restriction de l'accès à un moyen de suicide, nous mentionnons l'étude de KREITMAN (1976) [125] en Angleterre et au Pays de Galles. Celui-ci rapportait en effet une baisse significative du taux de suicide par intoxication au monoxyde de carbone (CO) entre 1960 et 1971, principalement chez les plus de 75 ans. Cette baisse faisait suite à la détoxification du gaz domestique après introduction du gaz naturel à partir de 1958 dans les foyers anglais et gallois. Des études écologiques ont montré une corrélation positive entre la baisse du taux de suicide par intoxication au gaz domestique et la détoxification de ce gaz. Cependant, le taux de suicide impliquant d'autres méthodes aurait augmenté à cette même période et de façon plus marquée chez les 15-24 ans, tandis que chez les plus de 75 ans, il aurait été observé une diminution parallèle du taux de

suicide par d'autres moyens que le CO. Il y aurait donc eu, d'après cet auteur, une « compensation » par une substitution de méthodes de suicide pour certains groupes d'âges, avec, pour les femmes, une diminution plus importante du taux de suicide par le gaz que ne l'aurait été l'augmentation du taux de suicide par les autres méthodes.

De nombreuses autres études se sont par la suite intéressées au rapport pouvant exister entre la disponibilité d'un moyen et le taux de suicide, mettant parfois en évidence une diminution de ce taux quand l'accès au moyen était réduit, diminution du taux de suicide utilisant le moyen dont l'accès était certes limité mais également parfois diminution du taux global de suicide. Par exemple, la détoxification du gaz de ville (citée précédemment) en Angleterre et au Pays de Galles dans les années 70, aurait réduit le taux global de suicide dans ces pays. Cependant, la même détoxification du gaz de ville en Ecosse et aux Pays Bas aurait entraîné une baisse du taux de suicide par le gaz sans modifier le taux global. De plus, si aux Etats-Unis il a été observé un déclin substantiel du taux de suicide par intoxication au monoxyde de carbone après détoxification du gaz domestique dans les années 50-60, il s'en est suivi une hausse remarquable du taux de suicide par intoxication au gaz d'échappement de voiture (LESTER, 1990 [137]). Ce déplacement de moyen ne s'est toutefois observé que chez les hommes et non pour les femmes. En Australie, WHITLOCK (1975) [220] rapportait également une baisse des suicides par intoxication médicamenteuse après réduction des prescriptions des barbituriques par les médecins.

Ces premières études montrent donc l'importance de la disponibilité du moyen de suicide dans le choix de ce moyen. Les résultats de réduction des taux de suicide mis en évidence en Angleterre et au Pays de Galles après « neutralisation » du potentiel mortel du moyen, en l'occurrence le gaz de ville, ouvre une voie particulièrement intéressante de prévention primaire en matière de suicide, et notamment en ce qui concerne les suicides et tentatives de suicide par arme à feu. D'autres études plus récentes ont également montré l'efficacité de la sécurisation des lignes de métro ou de certains ponts, par exemple au Canada, dans la réduction du taux de suicide. Cependant, la diminution du taux de suicide par le moyen dont l'accès est précisément réduit ne s'accompagne pas de façon constante d'une baisse du taux global de suicide. Certains auteurs voient même dans l'augmentation du taux de suicide par les moyens dont l'accès n'est justement pas réduit une opération de substitution de méthode de suicide, ce que les américains nomment un « switch ».

En ce qui concerne les suicides par arme à feu, nous avons été extrêmement surpris du grand nombre d'études publiées dans la littérature internationale médicale et psychiatrique s'intéressant à l'étude des conséquences de la disponibilité des armes à feu sur les taux de suicide, ainsi qu'aux effets des

réglementations en matière d'acquisition et de détention des armes à feu sur les taux de suicide.

Il n'existe d'ailleurs qu'un nombre infime de travaux portant sur les suicidants par arme à feu contrairement aux autopsies psychologiques menées auprès de l'entourage des suicidés, principalement aux Etats-Unis et au Canada.

Ce grand nombre d'études publiées sur le sujet nous a convaincu d'établir un état des lieux des publications et des résultats, ce d'autant que la question est l'objet de débats entre équipes de chercheurs et cliniciens, débat qui n'est pas sans évoquer la politisation de la question de la détention des armes à feu, notamment aux Etats-Unis.

Compte tenu de l'importance éventuelle des résultats de ces enquêtes essentiellement en ce qui concerne les conséquences pour la prévention, nous avons donc procédé à une revue de la littérature portant sur les rapports pouvant exister entre la disponibilité du moyen arme à feu et le risque de suicide, ainsi que sur les effets de certaines législations sur les taux de suicide.

Précisons tout d'abord quelles sont les méthodes actuelles de recherche en suicidologie. D'une part, il existe les enquêtes étiologiques ou d'observation. Elles peuvent être conduites pour simuler une expérimentation, la réalité observée étant celle qui se présente à l'observateur, sans que celui-ci n'intervienne. Parmi ces enquêtes, nous distinguons les enquêtes de cohorte (ou longitudinales, ou encore prospectives) qui étudient le devenir d'un groupe de personnes exposées à un risque, comparativement à d'autres non exposées. C'est le cas de études menées sur des populations de suicidants ou de malades hospitalisés en psychiatrie. Elles ne sont pas très nombreuses en suicidologie.

D'ailleurs, comme le souligne BOURGEOIS (1996) [31], les études les plus couramment publiées en matière de suicide sont les études rétrospectives qui sont, au niveau individuel, des enquêtes cas-témoin. Les enquêtes cas-témoin portent sur le passé d'un groupe de personnes suicidées (les « cas ») et d'un autre groupe, les « témoins », parfois un groupe de suicidants. Le principe est de comparer la fréquence de l'exposition antérieure à un ou plusieurs facteurs entre ces deux groupes, par exemple l'accès au armes à feu ou la disponibilité d'une arme à feu. Toutes les enquêtes étiologiques décrites ci-dessus ont pour but de déterminer s'il existe un lien statistique entre l'exposition à un facteur et la survenue du geste suicidaire, et, si ce lien existe, de le quantifier. Les auteurs de ces travaux utilisent la technique des « autopsies psychologiques », pratique répandue aux Etats-Unis. Les « autopsies psychologiques » représentent une méthode essentielle pour l'étude du suicide et de ses déterminismes. Il s'agit de reconstituer une biographie médicopsychologique qui peut être complétée par une enquête quasi policière auprès de ceux qui ont côtoyé le défunt. Elles représentent, pour le psychiatre, un essai de diagnostic rétrospectif et constituent une méthodologie difficile et parfois contestable sur un plan clinique et épidémiologique. Cependant, une expertise collective menée par l'INSERM en

mars 2005 à propos des autopsies psychologiques montre qu'elles pourraient permettre de dégager des facteurs de risque susceptibles de conduire à l'acte suicidaire (BATT et al, 2005 [15]). La technique se fonde donc principalement sur le recueil minutieux d'informations de l'entourage du défunt à l'occasion d'entretiens. Et, contrairement à d'autres pays comme le Canada ou la Finlande qui ont intégré la méthode d'autopsies psychologiques dans une optique de prévention, sa mise en place en France reste encore très informelle et se restreint à de rares tentatives à l'échelle locale.

D'autre part, il existe les études de corrélations écologiques spatiales. Celles-ci font partie, non pas des enquêtes à visée étiologiques, mais de l'épidémiologie géographique. Elles recherchent une liaison statistique entre un problème de santé concernant des populations, en l'occurrence le comportement suicidaire, et une autre caractéristique qui représente un marqueur ou même un facteur de risque possible pour ce problème.

En France, parmi les autres méthodes de recherche, les études individuelles de cas sont les plus fréquentes, notamment dans les travaux de thèse de médecine. Contrairement aux études précédentes, elles permettent une approche psychopathologique des cas et participent à la compréhension clinique du phénomène suicidaire. Elles ne donnent cependant que peu d'arguments statistiques en raison, le plus souvent, des faibles effectifs pris en compte. Par ailleurs, il existe les études de cohorte de suicidants ou de malades mentaux.

2. Conséquences de la disponibilité des armes à feu sur le taux de suicide

L'étude historique qui remonte à la période la plus ancienne en matière de suicide est probablement celle de COBB [60]. Celui-ci a, comme nous l'avons étudié précédemment, examiné les procès-verbaux établis par le Juge de Paix de la Basse Geôle de la Seine à Paris entre 1795 et 1801 au lendemain de la Terreur et a souligné de façon tout à fait pertinente le rôle joué par la Seine dans le choix du moyen de suicide à cette période.

En effet, 249 suicides sur 274 recensés étaient des suicides par noyade et le relevé des adresses révélait que 75% des suicides par immersion étaient le fait de personnes résidant à quelques minutes à pied, sinon en vue même du fleuve,

« *Ce qui rendait leur ultime démarche aussi facile que d'aller faire une course ou boire un verre chez le limonadier* » [60].

C'est donc le rôle joué par la disponibilité et l'accessibilité au moyen qui était ainsi déjà mis en avant. A la suite de cette étude et beaucoup plus tard (XX^{ème} siècle), de nombreuses études ont été réalisées et publiées dans la littérature

médicale et scientifique à propos de l'influence éventuelle de la disponibilité des armes à feu sur le taux de suicide par arme à feu et sur le taux de suicide par d'autres moyens.

Initialement, les premières études ont été menées dans le but de réduire la criminalité liée aux armes à feu, c'est-à-dire les homicides qui restent encore actuellement aux Etats-Unis la première cause de mortalité chez les 15-24 ans. Les Etats-Unis représentent même le pays où les travaux scientifiques sur le sujet sont les plus nombreux. Ceci provient probablement du fait que l'augmentation du taux de suicide par arme à feu a été très importante dans ce pays où elle constituait le moyen le plus souvent employé puisqu'en 1996 sur 30 000 suicides, 60% représentaient des suicides par armes à feu (MILLER et HEMENWAY, 1999 [152]). Déjà, en 1983, BOYD [33] avait alerté le monde médical en montrant que le taux de suicide avait augmenté au cours des 25 dernières années, particulièrement parmi les moins de 40 ans. Un examen plus précis des méthodes employées montrait d'ailleurs que seul le moyen arme à feu avait connu une augmentation continue durant cette période passant de 4,9 pour 100 000 en 1953 à 7,1 pour 100 000 en 1978, tandis que les autres moyens restaient stables (5,9 en 1953 et 5,4 en 1978). Par ailleurs, d'autres pays comme l'Australie et le Canada se sont également interrogés sur ce sujet.

Nous avons donc tenté, pour étudier les conséquences de la disponibilité des armes à feu sur le taux de suicide, d'effectuer une revue de la littérature internationale sur le sujet dans le but de mesurer son influence sur les taux de suicide. Aucune étude française n'a d'ailleurs été réalisée jusqu'à maintenant dans ce domaine.

a) Etudes individuelles empiriques

Ce sont essentiellement les enquêtes cas-témoin qui sont, comme nous l'avons précisé précédemment, des études rétrospectives. 12 études cas témoin ont été réalisées dans ce domaine, dont cinq par la même équipe, celle de BRENT et al (1988, 1991, 1993) [35, 36, 37, 38, 45], centrées sur les suicides par arme à feu chez les adolescents, de même celles de SHAH (2000) [193] et GROSSMAN (2005) [103], et cinq chez les adultes, CUMMINGS et al (1997) [67], KELLERMANN et al (1992) [121], BEAUTRAIS et al (1996) [18], CONWELL et al (2002) [65] et WIEBE (2003) [216].

□ La disponibilité d'une arme à feu : un rôle déterminant chez les adolescents

La première enquête cas-contrôle publiée est celle de BRENT et al (1988) [35] qui ont comparé 27 adolescents décédés par suicide avec 56 suicidants hospitalisés en psychiatrie. Parmi ces 56 patients, 18 avaient pensé sérieusement à se suicider et 38 avaient fait une tentative de suicide. Quatre facteurs

apparaissaient comme significativement plus présents dans le groupe des patients décédés : le diagnostic de trouble bipolaire, celui de trouble de l'humeur avec comorbidités, une absence de traitement psychotrope antérieur et la disponibilité d'une arme à feu à domicile. En ce qui concerne le dernier facteur, celui-ci était détaillé en plusieurs items : arme à feu stockée chargée, stockée non chargée mais non sécurisée, stockée non chargée et sécurisée (« *locked* »), ou stockée séparément des munitions et non sécurisée, ou encore stockée séparément des munitions et sécurisée et, enfin, stockée démontée. Les auteurs ont montré, à travers cette première étude, que les armes à feu étaient plus souvent présentes au domicile des patients décédés par rapport aux survivants de gestes suicidaires (74% versus 34%, $p = 0,002$). La disponibilité de l'arme à feu semble être, en outre, un facteur plus important que la manière dont est conservée l'arme au domicile puisque aucune différence significative n'a été retrouvée, que ce soit en fonction du type de l'arme à feu que de la façon dont elle était entreposée.

Une autre étude, présentée par BRENT et al (1991) [36], était une enquête cas témoin réalisée à partir d'un échantillon de 47 adolescents suicidés par arme à feu comparé à 2 groupes de sujets contrôles constitués de 47 patients hospitalisés en psychiatrie suite à une TS et 47 patients hospitalisés en psychiatrie qui n'ont jamais eu de vellétés suicidaires. L'objectif de l'étude était d'interroger le rapport entre la présence d'une arme à feu, le type d'arme à feu, la méthode de stockage de l'arme à feu et le risque de suicide chez les adolescents. Parmi les résultats, les auteurs mettaient en évidence que l'arme à feu était deux fois plus fréquemment retrouvée au domicile des victimes de suicide par rapport aux 2 groupes contrôles. L'arme de poing n'était pas significativement plus souvent retrouvée que l'arme d'épaule. Enfin, aucune différence significative dans les 3 groupes en ce qui concerne le mode de stockage de l'arme à feu (chargée, sécurité enclenchée ou non, arme à feu stockée séparément des munitions etc.) n'était observée. En ce qui concerne l'hypothèse d'une substitution de méthode de suicide après accès réduit aux armes à feu, l'auteur insistait sur le rôle prépondérant joué par l'impulsivité ainsi que la fréquence de la consommation de substances toxiques pour ce qui est des suicides chez les adolescents (et de la rareté de la préméditation du geste en comparaison avec la population adulte). Ils postulaient ainsi qu'en cas de substitution effective de moyen, les suicidants utiliseraient une méthode moins létale, considérant que le moyen arme à feu reste le plus potentiellement létal (proche de la pendaison), ce qui justifiait selon eux les mesures à prendre quant à la disponibilité des armes à feu comme mesure de prévention du suicide des adolescents.

A la suite de cette étude, BRENT et al (1993) [37] ont poursuivi leurs travaux avec la mise en place d'une étude comparative entre 2 groupes : un groupe de 67 adolescents suicidés par arme à feu et un groupe contrôle de 67 personnes prises au hasard dans la population générale. Les auteurs ont montré, par cette nouvelle

étude, une association significative entre le risque de suicide et la présence d'une arme à feu à domicile ainsi qu'entre le risque de suicide et la présence d'une arme de poing à domicile. De plus, chez les adolescents sans trouble psychiatrique apparent, la présence d'une arme de poing, et le fait qu'elle soit conservée chargée, constituaient un facteur de risque majeur de suicide. Ces résultats n'étaient donc pas seulement applicables aux adolescents présentant une pathologie psychiatrique patente ni aux adolescents dépendants de drogues mais étaient, d'après ces auteurs, généralisables à toute la population adolescente.

La même équipe, BUKSTEIN et BRENT (1993) [45], avait repris l'échantillon de l'étude précédente qui comprenait donc 67 adolescents décédés par suicide au moyen d'une arme à feu et, dans cet échantillon, 23 sujets avec un diagnostic DSM-III de toxicomanie, ont été comparés à 23 patients décédés par suicide et à 12 groupes de contrôles qui avaient un diagnostic de toxicomanie. Cette étude a montré que, dans le groupe des patients décédés par suicide par arme à feu, il se dégageait des facteurs de risque de suicide, en particulier la présence d'une arme de poing à domicile, la consommation active de substances toxiques, un épisode dépressif caractérisé associé, des idéations suicidaires depuis moins d'une semaine, une histoire familiale de dépression et de consommation active de substances toxiques, et la présence de problèmes judiciaires.

Enfin, BRENT et al (1993) [38] ont publié une autre étude cas témoin comparant un groupe de 63 adolescents suicidés par arme à feu qui avaient des antécédents de trouble de l'humeur avec un groupe de patients atteints de troubles de l'humeur. Les résultats rejoignaient les conclusions des études antérieures puisque les armes de poing étaient significativement plus retrouvées au domicile des victimes de suicides qu'au domicile des sujets contrôles.

Plus récemment, SHAH et al (2000) [193] ont également effectué une enquête cas témoin pour déterminer si les adolescents victimes de suicides par arme à feu avaient plus facilement accès à une arme à feu à leur domicile. Cette étude a été réalisée dans le Colorado aux Etats-Unis entre 1991 et 1993 et a inclus 36 cas de suicides parmi lesquels 67% avaient utilisés une arme à feu, le plus souvent un fusil, qui provenait de leur domicile. Ces auteurs proposaient donc, à visée préventive, non seulement de réduire l'accès aux armes à feu, mais également d'identifier les adolescents à haut risque de suicide par arme à feu. Ils retrouvaient par exemple une plus grande fréquence (résultat significatif) d'enfants uniques et qui allaient moins souvent à l'école par rapport au groupe contrôle.

D'autres études ont été menées dans le but de déterminer si la manière dont était stockée l'arme à feu pouvait augmenter le risque de suicide. Par exemple, GROSSMAN et al (2005) [103] ont réalisé une enquête cas témoin chez des enfants et adolescents de moins de 20 ans qui ont été victimes de suicides par

arme à feu ou bien d'accidents liés à l'usage d'une arme à feu. Sur 106 cas inclus, 82 étaient des gestes suicidaires (dont 95% ont abouti au décès) et 24 des blessures accidentelles (52% de décès). Après ajustement des variables, il est apparu que les armes à feu utilisées étaient moins souvent conservées non chargées, sécurisées ou les munitions étaient moins fréquemment stockées séparément par rapport au groupe de témoins qui possédaient une arme à feu (et qui étaient choisis au hasard dans la population générale). Les auteurs ont donc conclu à un effet protecteur vis-à-vis des enfants et adolescents de certains modes de stockage des armes à feu à domicile : non chargées, sécurité enclenchée et munitions entreposées séparément de l'arme elle-même.

Nous retenons donc que la disponibilité du moyen arme à feu joue un rôle majeur dans le choix du moyen arme à feu. En effet, d'après ces études, la présence d'une arme à feu à domicile augmente significativement le risque de suicide par arme à feu chez l'adolescent. De plus, il semble que la façon d'entreposer les armes à feu à domicile pourrait également être déterminante dans cette population dont les conduites suicidaires sont marquées par une dimension impulsive prépondérante.

□ *Des résultats plus contrastés chez l'adulte*

KELLERMANN et al (1992) [121] ont présenté une étude portant sur tous les cas de suicide survenus à domicile pendant une période de 32 mois dans 2 zones urbaines des Etats-Unis, dans les Comtés de Shelby (Tennessee) et de King (Washington). Il s'agit d'une enquête cas témoin qui avait inclus 803 suicides, dont 565 au domicile de la victime (70%) et 326 par arme à feu (58%).

Seuls 3% des suicidés par arme à feu possédaient l'arme à feu depuis moins de 2 semaines. D'après cette étude, la présence d'une arme à feu à domicile était significativement associée à une augmentation du risque de suicide. Une analyse stricte des suicides qui ne sont pas associés à une maladie mentale ou une dépression montrait une augmentation de la puissance de l'association présence d'une arme à feu à domicile et risque de suicide. Ces derniers résultats concordaient avec ceux obtenus dans l'étude de BRENT et al (1993) [37, 38, 45]. En effet, de même que le risque de suicide était important au sein des ménages où est stockée une arme à feu dans les cas de maladie mentale associée chez les propriétaires, de même, le risque était plus important par rapport à la population générale en l'absence de maladie mentale ou de dépression connue antérieurement. La façon d'entreposer ou de stocker les armes à feu avait également une influence sur le risque de suicide (comparaison arme à feu chargée ou non etc.).

CUMMINGS et al (1997) [67] ont développé une autre étude cas témoin dans l'Etat de Washington entre 1980 et 1982 portant sur le risque de suicide après achat d'une arme à feu chez un armurier. Le but de cette étude était de déterminer si l'achat d'une arme à feu chez un vendeur agréé était associé à une

augmentation du risque de suicide ou d'homicide (essai randomisé). La population étudiée comportait 366 suicides dont 52,7% par arme à feu et 117 décès par homicide dont 56,4% par arme à feu. Le risque relatif ajusté de suicide pour les personnes ayant une histoire familiale d'acquisition d'arme à feu provenant d'un vendeur agréé était de 1,9 (2,2 pour le risque de décès par homicide). Le risque de suicide par arme à feu était très élevé dans l'année qui suivait l'achat de l'arme à feu. Ce risque restait élevé 5 ans après l'achat de l'arme, qu'il s'agisse du risque de suicide ou du risque de décès par homicide. Toutefois, une limite importante à cette étude réside dans le fait qu'elle ne mesure pas les risques liés aux facteurs psychologiques (Antécédents de TS, consommations de toxiques, présence ou non d'une pathologie psychiatrique etc.).

WIEBE (2003) [216] a mené aux Etats-Unis deux études cas contrôle chez des sujets de plus de 18 ans, l'une incluant les homicides et l'autre les suicides, avec comme objectif d'étudier si le fait de posséder une arme à feu à domicile était un facteur de risque d'homicide ou de suicide. Dans l'étude sur le risque d'homicide, deux populations ont été comparées : 1720 cas d'homicide versus 8084 sujets contrôles. Le risque d'être tué si on possède une arme à feu était 1,41 fois supérieur à celui de la population témoin, le risque étant particulièrement élevé chez les femmes.

Dans l'étude sur le risque de suicide, les résultats étaient encore plus probants : 1959 suicidés, 13 535 cas contrôles. L'odds ratio était alors de 3,44 pour les personnes vivant avec une arme à feu à leur domicile par rapport aux ménages ne possédant pas d'arme à feu. L'arme à feu la plus communément retrouvée au domicile des suicidés était l'arme de poing. Le risque de suicide était d'ailleurs encore plus important chez les jeunes (18-24 ans) et chez les plus de 65 ans possédant une arme à feu.

En 2002, CONWELL et al [65] ont étudié le groupe le plus à risque de suicide, les hommes âgés. Les armes à feu restent aux Etats-Unis le moyen le plus souvent employé chez les personnes âgées à la fois chez les hommes et chez les femmes, et ce dans une proportion plus importante que chez les jeunes. Cette étude, réalisée à partir d'autopsies psychologiques entre décembre 1996 et janvier 2001, testait l'hypothèse selon laquelle le risque de suicide était associé à la présence d'une arme à feu à domicile et à la façon de l'entreposer. Il s'agissait d'une enquête cas témoin comprenant 86 cas de suicide (sujets âgés de 50 ans et plus) versus 86 sujets contrôles triés par âge, sexe, race et Comté de résidence. La présence d'une arme à feu à domicile était associée avec un taux plus important de suicide, même après contrôle des autres facteurs (en particulier les pathologies mentales). Il s'agissait plus fréquemment d'une arme de poing que d'une arme d'épaule et ce résultat était plus prononcé chez les hommes. Les

auteurs concluait donc en préconisant la restriction de l'accès aux armes à feu comme moyen de prévention universel des suicides par arme à feu.

En Nouvelle-Zélande, BEAUTRAIS et al (1996) [18] ont mené une enquête cas témoin dont le but était d'examiner l'association entre l'accès au moyen arme à feu et le risque de suicide. Dans cette étude, les auteurs comparaient deux échantillons, le premier constitué de 197 suicides, et le deuxième de 302 patients ayant effectué une tentative de suicide qualifiée de médicalement grave (c'est-à-dire ayant nécessité une hospitalisation d'au moins 24 h), ces deux échantillons étant comparés à la population générale (1028 sujets contrôles randomisés). Ils recensaient 1,3% de tentatives de suicide par arme à feu et 13,3% des suicidés avaient utilisé ce même moyen. Alors que l'accès à l'arme à feu était associé à une augmentation de la probabilité que le moyen arme à feu soit choisi pour la tentative de suicide, les auteurs ne retrouvaient pas d'augmentation significative du risque de suicide. Dans ce pays très différent des Etats-Unis sur un plan culturel, et au niveau des statistiques, les suicides par arme à feu ne représentant que 18% des suicides contre 60% aux Etats-Unis, l'accès à une arme à feu n'était pas été associé à une augmentation significative du risque de suicide, bien qu'un tel accès ait été associé à une probabilité accrue que l'arme à feu eut été choisie comme méthode de tentative de suicide ! Un autre auteur, DIGNAM [77], avait repris en 1997 la conclusion contradictoire de BEAUTRAIS, à savoir que l'accès aux armes à feu en prédisait l'utilisation et l'utilisation prédisait l'apparition de victimes, mais l'accès aux armes à feu ne prédisait pas les victimes ! Ce résultat s'expliquait, d'après lui, par le fait que les deux premières conclusions dérivait de l'étude d'une population suicidaire alors que la troisième, qui était en contradiction avec les deux premières, était établie à partir de la population générale. Or, dans la chaîne de causalité, le premier maillon était la suicidalité.

Enfin, il n'existe pas à ce jour d'études longitudinales individuelles. Pourtant, il faudrait, comme l'ont souligné MILLER et HEMENWAY (1999) [152], développer de longues cohortes d'individus sur de nombreuses années.

b) Etudes écologiques

Les études de corrélations écologiques spatiales font partie, non pas des enquêtes à visée étiologiques, mais de l'épidémiologie géographique. Elles recherchent une liaison statistique entre un problème de santé concernant des populations, en l'occurrence le comportement suicidaire, et une autre caractéristique qui représente un marqueur ou même un facteur de risque possible pour ce problème. La fréquence de ce problème de santé est mesurée dans différentes unités géographiques (communes, régions, pays) et le marqueur choisi pour l'étude est bien entendu mesuré au sein des mêmes unités géographiques. En majorité, comme nous l'avons précisé auparavant, ces études

tendent d'établir une liaison statistique entre le suicide, identifié comme le problème de santé étudié, et la disponibilité des armes à feu et leur accessibilité. Nous discuterons, par la suite, la validité des résultats des différentes études en précisant leurs avantages et inconvénients. Nous montrerons les limites de ce type d'enquêtes, notamment en raison des biais possibles.

□ *Etudes transversales écologiques*

BOYD (1983) [33] a été l'un des premiers à montrer une hausse très importante du taux de suicide par arme à feu entre 1953 et 1978 aux Etats-Unis, alors que pour les autres moyens, les taux de suicide sont restés stables pendant cette période. Le taux de suicide par arme à feu avait augmenté, en effet, plus de 2 fois plus que celui impliquant le gaz ou l'intoxication (résultat significatif d'un point de vue statistique). BOYD mettait déjà en lien cette augmentation importante de l'utilisation du moyen arme à feu comme méthode de suicide, avec la hausse de la disponibilité des armes, qui s'élevait selon lui à plus de 200 millions d'armes à feu dans ce pays. Les études les plus communément mises en place sont des études de corrélation sur plusieurs régions, étudiant l'association entre 2 variables (ou plus), mais elles sont limitées par le fait qu'elles n'établissent aucune relation de causalité.

Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, les résultats de ces recherches montrent que, dans 18 études sur 19 recensées, il existe une corrélation positive entre la disponibilité d'une arme à feu et le taux de suicide par arme à feu. Une très grande majorité des études met donc en évidence que l'accessibilité d'une arme à feu majore significativement le risque de suicide par arme à feu (cf. Tableau 1).

En ce qui concerne le taux global de suicide, les résultats sont plus contrastés puisque seules 10 études sur 19 montrent une corrélation positive entre la disponibilité d'une arme à feu et ce taux global.

<u>ETUDE</u>	<u>PAYS</u>	MESURE DE LA DISPONIBILITE DES AAF	INCIDENCE SUR LE TAUX DE SUICIDE PAR AAF	INCIDENCE SUR LE TAUX DE SUICIDE GLOBAL
Farmer et Rohde⁸³ (1980)	Plusieurs pays concernés	Aucune	Oui	Oui
Boor²⁷ (1981)	USA	Nombre d'AAF importées et fabriquées	Oui	Oui
Boyd³³ (1983)	USA	Ventes d'AAF	Oui	Oui
Markush et Bartolucci¹⁴⁷ (1984)	USA	Enquête	Oui	Oui
Boyd et Mowicki⁹⁷ (1986)	USA	Fabrication des AAF	Oui	Oui
Lester¹³⁶ (1988)	USA	Enquête	Oui	NON
Wintemute²¹⁸ (1988)	USA	AAF en vente	Oui	NON
Lester⁹⁷ (1989)	USA	Taux de décès accidentel par AAF	Oui	?
Clarke et Jones⁵⁹ (1989)	USA	Enquête	Oui	NON
Cantor et Lewin⁴⁶ (1990)	Australie	Enquête	Oui	NON
Lester¹³⁸ (1990)	USA	% d'homicide par AAF	Oui	NON
Sloan¹⁹⁵ (1990)	USA	Nb d'achats AAF	Oui	NON
Kleck¹²³ (1991)	USA	Indices multiples	NON	NON
Moyer et Carrington⁴⁸ (1992)	Canada	Enquête	Oui	Oui
Dudley⁸⁰ (1992)	Australie	Rech. Effectuées précédemment	Oui	Oui
Killias¹²² (1993)	Plusieurs pays concernés	Enquête	Oui	Oui
Hawton¹¹⁰ (98)	Royaume Uni	Enquête	Oui	NON
Hemenway et Miller¹¹¹ (2002)	USA	Enquête	Oui	Oui
Bridges^{41,42} (2004)	Canada	Moyenne du % de suicides + homicides par AAF Tx accidents/AAF Moy. S + H/AAF	Oui	Oui

Tableau 1 : Etudes portant sur la disponibilité des armes à feu (AAF) et son incidence sur les taux de suicide

Par ailleurs, les biais de ce type d'études sont à rechercher et à ne pas sous-estimer :

- L'utilisation d'une même nomenclature est importante surtout dans les études effectuant des comparaisons entre différents pays.
- Les critères utilisés peuvent être également très différents d'une étude à l'autre, ce qui est le cas en ce qui concerne la mesure de la disponibilité des armes à feu (cf. Tableau 1). Certains auteurs considèrent que le nombre de décès accidentels par arme à feu par an est le reflet de la prévalence des armes à feu. D'autres retiennent le nombre d'abonnés aux revues traitant des armes à feu.
- La mesure de l'accessibilité des armes à feu n'est donc pas consensuelle et varie de façon importante d'une étude à l'autre, ce qui constitue une difficulté majeure pour confronter et discuter les différents résultats.

De plus, il nous paraît important dans ce type d'étude de prendre en compte certains facteurs qui peuvent constituer des facteurs de confusion. En effet, la corrélation statistique observée ne saurait être valable en l'absence d'ajustement de certaines variables qui peuvent modifier les taux. C'est le cas, par exemple, de deux zones comparées qui seraient différentes du point de vue du degré d'urbanisation (zone rurale versus zone urbaine). Les variables socioéconomiques et éventuellement environnementales seraient également à prendre en compte. Pour les travaux ne mettant pas en évidence d'incidence sur le taux global de suicide, les auteurs concluent ou font l'hypothèse d'une substitution de méthodes de suicide. Cependant, presque tous s'accordent sur le fait que ce switch de moyen n'est pas total et que certains gestes suicidaires ne sont pas simplement différés en cas d'indisponibilité d'une arme à feu. En France, aucune étude visant à déterminer si la présence d'une arme à feu à domicile augmentait le risque de suicide n'a été jusqu'ici réalisée. Cependant, comme nous l'avons déjà précisé, le taux de suicide est plus important en milieu rural et l'arme à feu est, en France, la deuxième cause de mortalité par suicide chez les hommes (PHILIPPE, 1999 [176]) et la troisième chez les femmes. Nous pensons, bien qu'aucune donnée précise ne nous le confirme, que le nombre d'armes à feu, en particulier de fusil de chasse, est plus important en milieu rural du fait des traditions liées à la chasse. Il nous semble donc que la disponibilité des armes à feu y est plus importante.

Le détail de toutes ces études dépassant le cadre de notre recherche, celui-ci est reporté en annexe 4.

□ *Etudes longitudinales*

Les études longitudinales de corrélation examinent les effets possibles de certaines législations en matière d'utilisation et de détention des armes à feu.

3. Effets des réglementations en matière d'utilisation et de détention des armes à feu sur le taux de suicide

Nous avons jusque-là passé en revue un grand nombre d'études interrogeant l'influence de la disponibilité des armes à feu sur le taux de suicide. Bien que parfois contradictoires, les résultats des études sus-citées plaident fortement en faveur d'une augmentation du risque de suicide par arme à feu lorsque ce moyen de suicide est immédiatement disponible. D'autres chercheurs ont alors voulu poursuivre ces travaux en examinant les effets possibles sur le taux de suicide de certaines législations visant à réduire l'accessibilité du moyen arme à feu.

Cependant, nous pouvons d'ores et déjà exprimer combien la question de la libre détention des armes à feu, principalement aux Etats-Unis, est un enjeu éminemment politique. Le débat est également âpre et les échanges abondent dans la littérature médicale et scientifique entre les opposants à la libre détention des armes, en général les médecins pour des raisons de santé publique, et le lobby des « pro-armes-à-feu » dont les représentants appartiennent à la National Rifle Association (NRA) et dont les pratiques sont dénoncée dans le film de Michael MOORE, *Bowling for Colombine*.

Il s'agit donc d'une question qui dépasse les enjeux de santé publique et de prévention des suicides, homicides et décès accidentels liés aux armes à feu. Il est à ce titre intéressant de confronter les différentes études publiées dans la littérature sur ce sujet. Nous pouvons d'ailleurs d'ores et déjà noter que les lobby des « pro armes à feu » ne proposent en général aucune étude sur la question, se contentant bien souvent de critiquer les travaux en cours ou publiés. Par ailleurs, les travaux réalisés aux Etats-Unis en ce qui concerne l'effet éventuel de la mise en place d'une politique de contrôle des armes à feu plus stricte donnent des résultats controversés.

Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, 15 études sur 16 recensées montrent une diminution du taux de suicide par arme à feu suite à la mise en place d'une législation plus stricte en matière de détention d'arme. En revanche, seules 7 études sur 16 montrent que cette réglementation a entraîné une baisse du taux global de suicide, c'est-à-dire que, le plus souvent, la baisse observée ne concernait que les suicides par arme à feu et non le taux global (aucune modification pour 7 de ces études), ce qui peut laisser penser qu'il s'est passé une substitution de moyen (cf. Tableau 2). De plus, 5 études n'ont pas mis en évidence d'augmentation du taux de suicide par les autres moyens que les armes à feu, huit n'avaient pas étudié cette question et trois ont tout de même rapporté une augmentation du taux de suicide par un autre moyen, parmi lesquelles deux études canadiennes et une étude australienne (cf. ANNEXE 5 : Effets de certaines législations réglementant l'accès aux armes à feu sur le taux de suicide).

<u>ETUDE</u>	<u>PAYS</u>	INCIDENCE SUR TAUX DE SUICIDE/AAF	INCIDENCE SUR TAUX GLOBAL DE SUICIDE	INCIDENCE SUR TAUX DE SUICIDE/ AUTRE MOYEN QUE AAF
Lester et Murrell¹³⁴ (1982)	USA	↓	↓	?
Medoff et Magaddino⁹⁷ (1983)	USA	↓	↓	?
Sommers⁹⁷ (1984)	USA	↓	?	?
Boor²⁸ (1990)	USA	↓	↓	?
Sloan¹⁹⁵ (1990)	USA	↓	NON	?
Cantor et Lewin⁴⁶ (1990)	Australie	↓	NON	?
Mundt¹⁶² (1990)	Canada	NON	NON	NON
Rich¹⁸⁴ (1990)	Canada	↓	NON	↑
Loftin¹⁴⁰ (1991)	USA	↓	↓	NON
Snowdon et Harris¹⁹⁶ (1992)	Australie	↓	NON	↑
Moyer et Carrington⁴⁸ (1992)	Canada	↓	↓	NON
Lester et Leenaars^{139,131} (1993,1996)	Canada	↓	↓	NON
Leenaars¹³² (2003)	Canada	↓	NON	↑
Conner et Zhong⁶³ (2003)	USA	↓	↓	NON
Haw¹⁰⁹ (2004)	Royaume Uni	↓	?	?
Webster²¹⁴ (2004)	USA	↓	NON	?

Tableau 2: Etudes portant sur l'incidence de certaines législations en matière d'armes à feu sur les taux de suicide

La situation du Canada en matière de politique de contrôle des armes à feu est pourtant éloignée de celle des Etats-Unis, le Canada ayant une longue histoire de politique de contrôle des armes à feu. En effet, la plupart des études publiées au Canada s'accordent pour conclure que la mise en place d'une loi plus stricte en matière de possession et d'utilisation des armes à feu, en particulier la loi C-51 (1977) la plus étudiée, est à l'origine d'une baisse significative et du taux de suicide par arme à feu et du pourcentage de suicide par arme à feu.

4. Conclusions de la revue de la littérature

L'objet de notre étude de la littérature était donc d'examiner et de regrouper les différentes publications au sujet de la disponibilité des armes à feu et du risque de suicide.

Sur le plan méthodologique, nous avons constaté que trois types de travaux permettaient d'étudier l'impact des armes à feu sur le suicide :

- ❑ Les études écologiques de corrélation entre la disponibilité des armes et le taux de suicide, les plus nombreuses ;
- ❑ Les études examinant l'impact de la possession d'une arme à feu à domicile sur leur utilisation pour le suicide ;
- ❑ Et les études portant sur les changements de tendance des taux de suicide en relation avec une modification de la législation sur les armes à feu.

Les études les plus significatives qui ont examiné le rôle joué par l'accessibilité des armes à feu sur le risque de suicide sont donc les études cas témoin avec comme résultats importants la liaison statistique significative entre la présence et la disponibilité de l'arme à feu et l'augmentation du risque de suicide surtout chez les jeunes dont les conduites suicidaires sont marquées par une composante impulsive importante et qui souvent prédomine sur la composante dépressive. De plus, l'étude de BRENT a mis en évidence une corrélation plus forte chez les adolescents qui ne présentaient pas de pathologie psychiatrique patente [38].

En conclusion, il nous semble que la question de la disponibilité du moyen comme facteur de risque de suicide reste tout à fait pertinente. Elle ouvre en effet de sérieuses pistes pour la prévention. Les travaux dans ce domaine, bien que fort nombreux dans la littérature, donnent des résultats controversés sur un plan purement statistique. En effet, pour des raisons de méthodologies complexes et variées d'une étude à l'autre, il est difficile de montrer formellement, avec toute la rigueur statistique que l'épidémiologie exige, que l'accès à un moyen de suicide potentiellement létal, en particulier les armes à feu, est un facteur de risque de suicide.

Pourtant, au regard de ces résultats, même si la causalité de l'acte ne réside pas dans le seul fait de posséder une arme à feu, il semble bien que l'accessibilité de ce moyen ait une incidence sur le taux de suicide par arme à feu. Il nous est

d'ailleurs paru pertinent, dans certaines études, que le risque soit évalué en fonction de certaines tranches d'âge. Il apparaît en effet que les hommes de 15-24 ans et les plus de 65 ans sont les plus à risque d'utiliser une arme à feu lorsque celle-ci est disponible immédiatement. De même, certaines façons d'entreposer l'arme à domicile, le fait de la conserver chargée, pourraient avoir une influence sur le risque de suicide (et de blessure accidentelle et d'homicide).

Réduire l'accès au moyen arme à feu dans un but préventif est donc une piste, simple dans sa conception, à exploiter pour améliorer la mortalité par suicide en France (cf. ANNEXE 6 : Etat de la législation française en matière d'armes à feu). Il pourrait en être de même pour ce qui est par exemple de l'accès à certains ponts bien connus pour leur taux de suicide par précipitation.

B. Le traitement des maladies mentales comme moyen de prévention des conduites suicidaires

Comme nous l'avons étudié précédemment, la prévalence des pathologies mentales chez les suicidés et suicidants a été étudiée et est importante en particulier en ce qui concerne la dépression.

Le traitement des pathologies mentales fait partie de la prévention du suicide, non seulement pour les patients dépressifs mais également pour les patients schizophrènes (JM. VANELLE, 2002 [208]).

C. Rôle de l'entourage et des soignants : l'exemple du Québec dans le cadre de la prévention du suicide par arme à feu

Dans un article destiné aux infirmières du Québec, THIBAUT (2002) [204] rappelle les objectifs de la politique de prévention en matière de suicide adoptée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) en 1998.

Un des objectifs, insiste-t-elle, est de favoriser la mise en œuvre d'actions visant à réduire à la fois l'accès à des moyens facilitant le suicide, les armes à feu par exemple, et les risques qui y sont liés.

Ainsi, la stratégie adoptée au Québec par le MSSS préconise que les professionnels de santé non seulement vérifient la présence d'armes à feu chez les personnes suicidaires et, le cas échéant, fassent saisir ces armes, mais

également que ces professionnels sensibilisent les proches à l'utilité de retirer toutes les armes de l'environnement des personnes à risque et à l'importance de respecter la réglementation sur l'entreposage sécuritaire et l'enregistrement des armes à feu. Au Québec, les professionnels de santé les plus impliqués et concernés par ces recommandations sont les infirmières qui, après avoir identifié les personnes à risque de suicide et évalué le potentiel suicidaire, doivent prendre des mesures pour réduire l'accès éventuel aux armes à feu. En effet, comme le souligne THIBAUT :

« *L'une des priorités de l'infirmière est d'assurer un environnement sécuritaire au client et à sa famille* » [204].

Elle doit, d'ailleurs, en dernier recours, demander aux autorités policières de retirer les armes temporairement si un risque de suicide a été identifié et ce en vertu du Code Criminel (1985) qui autorise un policier mandaté à effectuer une perquisition et à saisir une arme à feu lorsqu'il y a un risque pour la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Les recommandations proposent de plus que l'infirmière consigne dans le dossier de soins ses observations et ses démarches de prévention réalisées auprès du patient, en particulier elle justifie qu'elle s'est préoccupée de l'accessibilité à un moyen de suicide, tel que une arme à feu.

Dans cette perspective globale de prévention, l'infirmière doit donc rester vigilante et s'attacher à réduire l'accès de sujets à risque à des moyens potentiellement létaux, ainsi que sensibiliser et renseigner les personnes ou les groupes sur les risques que comporte la possession d'une arme à feu et sur l'importance de prendre les mesures nécessaires pour réduire ces risques (entreposage sécuritaire des armes etc.).

Le rôle des soignants, et notamment des infirmières, est tout à fait central dans la politique de prévention du suicide menée au Québec. Parmi les missions qui leur sont attribuées, la réduction de l'accès au moyen pourrait donc être déterminante. Cependant, dans notre étude, nous verrons que les problèmes posés par cette accessibilité du moyen ne sont pas tout à fait les mêmes au Canada, aux Etats-Unis et en France. En effet, si la motivation principale de posséder une arme à feu aux Etats-Unis est l'autoprotection de ses biens et de sa famille, en France, c'est la pratique de la chasse qui en est le motif le plus fréquent. Il est à ce titre intéressant de constater que les types d'arme diffèrent entre les deux pays : les armes de poing sont légion aux Etats-Unis, alors que les français ont le plus souvent un fusil de chasse.

En France, la chasse s'inscrit dans une pratique traditionnelle ancestrale, qui reste encore aujourd'hui ancrée dans la vie des terroirs, au point qu'elle s'est politisée. De grandes résistances pourraient être à prévoir en matière de réduction de l'accès aux armes à feu. Toutefois, comme cela est fait au Québec, l'identification des sujets à risque de passage à l'acte suicidaire par un meilleur repérage pourrait justifier un retrait, au moins temporaire, c'est-à-dire le temps de la crise suicidaire, des armes à feu du domicile concerné.

VII. CONCLUSION

Historiquement réservée à la noblesse, l'arme à feu s'est peu à peu répandue dans les autres classes sociales, et l'accroissement de l'utilisation des armes à feu comme mode de suicide s'est opéré parallèlement. Les conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu représentent désormais un problème de santé publique tant au plan international que national. Si les données concernant les tentatives de suicide en France s'avèrent indisponibles faute de recueil systématique, il n'en reste pas moins que les suicides par arme à feu occupent une place importante parmi les autres modes de suicide, notamment en ce qui concerne la région Poitou-Charentes.

Sur le plan clinique, la rencontre du suicidant par arme à feu se fait rarement directement en psychiatrie, mais le plus souvent à l'hôpital général dans le cadre de la psychiatrie de liaison. De la même façon que pour les autres populations de suicidants, il s'agit d'une rencontre dans l'après-geste. Ceci n'empêche cependant pas que certaines particularités se dégagent de cette rencontre. D'une part, le passage à l'acte est marqué par la violence qui émane non seulement du moyen arme à feu, mais également de l'acte suicidaire en lui-même. A ce sujet, nous avons souligné le rôle majeur de la dimension d'impulsivité. D'autre part, la létalité du moyen employé n'est pas toujours corrélée à l'intentionnalité suicidaire, loin s'en faut. Il n'y a pas non plus nécessairement de correspondance entre la gravité de l'atteinte physique causée par le coup de feu et l'intention de mort. Enfin, toujours sur le plan clinique, la rencontre est parfois marquée par des contre-attitudes de la part des soignants. Ce malaise dans la relation soignant-soigné proviendrait pour certains auteurs de la violence infligée aux soignants par l'importance du délabrement physique, notamment lorsque le visage, support de l'identité du sujet et de sa relation à l'autre, est détruit.

Sur le plan psychopathologique, nous retenons que le choix du mode de suicide est pluridéterminé. A la disponibilité du moyen de suicide s'ajoutent non seulement une dimension socioculturelle, mais également des mécanismes psychopathologiques qui donnent au moyen de suicide une véritable « valeur psychologique ». Enfin, de nombreuses études ont montré le rôle majeur joué par la disponibilité du moyen de suicide sur le risque de suicide. Cependant, si la réduction de l'accessibilité aux moyens létaux reste une priorité en matière de prévention des conduites suicidaires, il n'en reste pas moins qu'un élargissement de la réflexion autour des autres déterminants du choix du mode de suicide pourrait contribuer à l'amélioration de cette prévention. Les études menées au sujet de certaines législations réglementant la détention des armes à feu, au-delà des incertitudes statistiques liées aux

biais méthodologiques, n'ont d'ailleurs montré que peu d'effet sur les taux de suicide, notamment le taux global de suicide.

Dans ce contexte, nous avons entrepris une recherche concernant une population de suicidants par arme à feu hospitalisés à l'hôpital général. Cette étude nous permettra de mieux connaître cette population afin d'en dégager, si elles existent, des spécificités cliniques et thérapeutiques. En effet, l'hypothèse que nous formulons à ce sujet est qu'il s'agit d'une population cliniquement différenciée des autres populations de suicidants. Outre les données sociodémographiques, cette enquête a pour objectif d'étudier non seulement la clinique du passage à l'acte mais également les pathologies psychiatriques éventuellement associées, notamment la dépression et les conduites addictives. Par ailleurs, nous centrerons notre travail sur le moyen employé, l'arme à feu, et nous tenterons de préciser la place des différents déterminants du choix du mode de suicide. Enfin, nous tenterons de définir les spécificités de la prise en charge en psychiatrie de liaison des suicidants par arme à feu.

PARTIE II

ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE D'UNE POPULATION DE SUICIDANTS PAR ARME A FEU

I. CONTEXTE DE L'ETUDE ET PRESENTATION GLOBALE

A. *Contexte national*

En 1998, Bernard KOUCHNER, alors Ministre de la Santé, décida de faire de la prévention du suicide une priorité nationale de santé publique et fixa comme objectif de passer en dessous de la barre symbolique des 10 000 décès par suicide par an.

Cette stratégie visait à renforcer la cohérence et la qualité des actions menées localement ou en projet. Comme nous l'avons déjà précisé, elle tournait autour de 4 axes principaux :

- Favoriser la prévention
- Diminuer l'accès aux moyens létaux ;
- Améliorer la prise en charge des personnes « en mal être » et des familles ou proches des suicidants ;
- Mieux connaître la situation épidémiologique.

Par la suite, de nombreuses circulaires relatives à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 ont été publiées, définissant les actions prioritaires pour l'année à venir. Ainsi, la circulaire DGS/SD 6 C n° 355-2003 du 16 juillet 2003 précisait les « actions qu'il convient de mettre en œuvre de manière prioritaire en 2003 » :

- Le repérage de la crise suicidaire ;
- La poursuite des audits cliniques (ANAES) ;
- Le développement des réseaux ;
- La réduction de l'accès aux moyens létaux ;
- Le bilan des actions menées.

En ce qui concerne la réduction de l'accès aux moyens létaux, les armes à feu constituent en France une cible importante dans les textes officiels récents.

A ce sujet, la législation réglementant l'acquisition et la détention d'une arme à feu s'est récemment renforcée. En effet, le titre II de la loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure a renforcé la limitation de l'accès aux armes à feu en distinguant notamment un régime d'autorisation et un régime de déclaration (cf. ANNEXE 6 : Législation française en matière de détention et d'acquisition d'armes à feu).

B. Contexte régional : le Programme Régional de Santé (P.R.S.)

En 1996, la première Conférence Régionale de Santé avait retenu comme priorité, pour la région Poitou-Charentes, « Suicide et Dépression ». Sur l'initiative du Préfet de Région, un Programme Régional de Santé (PRS) avait été élaboré sur ce thème en 1997, centré une population spécifique, les adolescents et les jeunes adultes.

Les objectifs généraux du PRS 1998-2002 associaient d'une part une réduction de 10% de la prévalence et de l'incidence de la dépression et, d'autre part, une baisse de 10% de l'incidence des suicides et tentatives de suicide dans la région [12]. A ces objectifs s'ajoutait une amélioration de la compréhension des phénomènes « Suicide et Dépression » ainsi qu'une coordination et un suivi du programme.

Ce programme proposait donc, sur 5 ans (1998-2002), des orientations susceptibles de réduire ou limiter la morbidité et la mortalité liées aux dépressions, aux suicides et aux tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune.

En 2003, le Comité Régional des Politiques de Santé a validé le bilan du PRS « Suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune » ainsi que les perspectives envisagées quant à ses modalités de continuité.

La poursuite de certaines actions du programme s'est en effet accompagnée d'une déclinaison en direction de quatre populations prioritairement ciblées : les jeunes, les populations en situation d'exclusion sociale, les détenus et les personnes âgées.

Cette évolution tient compte du cadre proposé par la Loi d'Orientation en Santé Publique, en particulier la mise en place du Plan National en Santé Mentale, ainsi que des circulaires DGS relatives à la stratégie nationale d'action face au suicide 2000-2005.

C'est donc dans ce contexte régional spécifique que nous avons mis en place notre étude dont un des objectifs pourraient participer à la continuation d'une des 6 actions prioritairement retenues, à savoir l'amélioration de la prise en charge des suicidants à l'hôpital général, en particulier les suicidants par arme à feu.

C. Les unités médico-psychologiques à l'hôpital général : organisation et missions spécifiques

Les services à partir desquels ont été recrutés les dossiers des patients suicidants par arme à feu sont représentés par l'UCMP, qui est l'Unité de Consultation Médico-Psychologique assurant le travail de psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Poitiers et, l'UAMP qui est l'Unité d'Accueil Médico-Psychologique qui s'occupe des urgences psychiatriques du CHU.

En fait, ces deux unités sont regroupées et constituent donc une seule et même unité. Bien que leurs missions sur le terrain soient différenciées, l'une, l'UCMP, travaillant en partenariat avec les unités d'hospitalisation des services somatiques, l'autre, l'UAMP, assurant le service d'accueil et d'orientation des urgences psychiatriques, en collaboration avec le service des urgences générales.

Ces deux sous-unités ont pour mission commune d'assurer l'interface entre les soins physiques et les soins psychiatriques et psychologiques. La spécificité et la nécessité de ces interventions à l'hôpital général ne sont plus remises en question et, imposent au psychiatre une nécessaire adaptation dans ce milieu où il s'exerce. Leur rôle s'est d'ailleurs fortement étendu et développé ces dernières années et, cette remarquable extension participe non seulement à la prise en charge clinique et thérapeutique des suicidants à l'hôpital général, mais également à la prévention des conduites suicidaires.

II. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de notre étude, nous avons défini des objectifs qui correspondent aux hypothèses que nous avons formulées à propos des conduites suicidaires par arme à feu et qui s'inscrivent dans la stratégie de prévention du suicide mise en place actuellement au plan national.

A. Objectifs généraux

- 1) S'inscrire dans les objectifs de la stratégie nationale de lutte contre le suicide en étudiant la situation épidémiologique, les approches cliniques et thérapeutiques des suicidants et, en travaillant autour de la réduction de l'accès aux moyens létaux,
- 2) Mieux connaître la population de suicidants par arme à feu : a-t-elle des spécificités ?
- 3) Tenter de préciser les spécificités de la prise en charge en psychiatrie de liaison des suicidants,
- 4) Donner des pistes de réflexion pour la compréhension psychopathologique.

B. Objectifs spécifiques

- 1) Etude des données sociodémographiques d'une population de suicidants par arme à feu,
- 2) Recherche et étude des pathologies psychiatriques associées au passage à l'acte suicidaire,
- 3) Etude des co-morbidités psychiatriques dans une population de suicidants par arme à feu, en particulier, l'association avec les conduites d'alcoolisation ou autres conduites addictives,
- 4) Etude et développement de la prise en charge médicopsychologique dans le cadre de la psychiatrie de liaison,
- 5) Evoquer le devenir de ces suicidants par arme à feu et, étudier l'orientation proposée après leur sortie de l'hôpital général,
- 6) Etablir une comparaison avec les données de la littérature,
- 7) Débuter une réflexion au sujet des stratégies de prévention, certaines communes aux autres modes de suicide et, d'autres, plus spécifiques au moyen arme à feu.

III. MATERIEL ET METHODE

A. Définitions des termes utilisés

1. La tentative de suicide

Définir ce que représente une tentative de suicide n'est pas chose aisée, alors que le suicide a été à de nombreuses reprises bien caractérisé. En effet, retenir que le geste a été effectué dans le but de mourir questionne nécessairement l'intentionnalité suicidaire qui est une notion parfois cliniquement complexe.

Pour notre étude, nous n'avons bien entendu pas jugé de l'intentionnalité suicidaire du sujet et nous nous sommes basés sur les écrits des dossiers dans lesquels cette interrogation de l'intention du sujet est notée de manière quasi systématique. Ainsi, les motifs d'hospitalisation des patients inclus variaient entre « tentative de suicide par arme à feu », « tentative d'autolyse par arme à feu » ou encore « traumatisme balistique avec intention suicidaire ».

Nous retenons donc la définition complexe élaborée par l'O.M.S. à propos des tentatives de suicide :

« *Acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique, ce dans le but d'induire les changements espérés* » .

Pour nommer les tentatives de suicide, l'O.M.S. utilise l'expression « *lésions auto-infligées* », terminologie qui a été reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Par ailleurs, dans la CIM-10, les suicides et tentatives de suicide sont rangés en fonction du moyen employé (de X69 à X84). Les blessures par arme à feu sont divisées en trois catégories diagnostiques en fonction du type d'arme employé [58]:

| **X72** : lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing

X73 : lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de grande taille

X74 : lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu autres et sans précision.

2. Le patient suicidant

Les termes de suicidant, suicidaire ou encore suicidé apparaissent tout au long de l'étude. Le terme de « suicidant » désigne un sujet qui a effectué une tentative de suicide et qui a donc survécu au geste suicidaire contrairement au suicidé. Dans la recherche effectuée, nous verrons qu'un certain nombre de sujets dits « suicidants » sont en fait décédés à l'hôpital des suites de leur geste ou des complications, notamment infectieuses, qui sont venues se greffer au cours de l'hospitalisation. Les sujets dits « suicidés » sont donc des sujets dont la conduite suicidaire a abouti à leur décès. Enfin, les sujets dits « suicidaires » sont ceux qui ont des idéations suicidaires.

Par ailleurs, par opposition aux sujets dits « récidivistes », nous nommons par « primosuicidants » les sujets qui effectuent leur premier geste suicidaire et qui n'ont donc pas d'antécédent de tentative de suicide.

3. Les armes à feu

Les armes à feu, « matériels destinés à propulser un projectile à une distance donnée et à une certaine vitesse », se divisent schématiquement entre « armes d'épaule » d'une part, et « armes de poing » d'autre part (BUIGNE et COLLET, 1999 [44]). Les armes d'épaule sont des armes que l'on épaulé pour tirer, par opposition aux armes de poing qui se tiennent par une poignée pistolet et qui ne peuvent être épaulées. Pour mémoire, nous distinguons également les armes « automatiques », qui peuvent tirer en rafale, et les armes « semi-automatiques » dont le tir est interrompu à chaque coup. En France, les armes automatiques sont rares chez les civils, contrairement aux Etats-Unis.

Les armes à feu les plus souvent rencontrées en France, et dans le cadre des conduites suicidaires, sont représentées par les fusils de chasse et les carabines qui sont des armes d'épaule. Les armes de poing sont peu répandues sur l'hexagone et leur délivrance nécessite d'ailleurs un certain nombre de formalités administratives, dont l'obtention d'un permis (cf. ANNEXE 6 : Etat de la législation française en matière d'armes à feu).

B. Inclusion des patients

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus pour notre étude sont les suivants :

1	Age supérieur ou égal à 18 ans,
2	Geste suicidaire en l'absence de décès dans les 6 premières heures suivant l'admission,
3	Moyen utilisé : arme à feu,
4	Prise en charge au CHU de Poitiers,
5	Patients rencontrés par l'UAMP et/ou l'UCMP de Poitiers,
6	Période d'inclusion : janvier 1992- août 2005.

2. Critères d'exclusion

Nous avons retenu quatre critères d'exclusion, à savoir :

1	Age inférieur à 18 ans,
2	Décès du patient dans les 6 h suivant l'admission au CHU,
3	Hospitalisation de courte durée sans prise en charge par l'UCMP et/ou l'UAMP,
4	Moyen utilisé autre que l'arme à feu.

C. Présentation du questionnaire

Une grille de lecture des dossiers a été élaborée. Elle constitue le questionnaire de l'étude qui a été le fruit d'une lecture de la littérature sur les conduites suicidaires, notamment les facteurs de risque de suicide ont été inclus. A noter qu'à notre connaissance, aucun questionnaire de ce type n'a été validé.

Le questionnaire comporte au total 153 items qui ont été utilisés pour le masque de saisie.

Il s'organise autour de quatre grands thèmes :

- Une première partie concerne le patient et son entourage (familial, conjugal etc.), ses antécédents médicopsychiatriques etc. ;
- Une seconde partie est centrée sur le passage à l'acte suicidaire, notamment le moyen employé, l'arme à feu ;
- Une troisième partie dont le but est d'étudier l'évolution et le suivi psychiatrique à l'hôpital ;
- Et une dernière partie qui s'intéresse au devenir et à l'orientation du suicidant.

Ce questionnaire a donc été élaboré à partir non seulement de la littérature et des études déjà réalisées dans le domaine, mais également à partir de l'expérience clinique des praticiens hospitaliers intervenant dans le cadre des urgences et de la psychiatrie de liaison, ainsi que de celle des équipes infirmières spécialisées dans la prise en charge des suicidants aux urgences et dans les services du CHU de Poitiers, c'est-à-dire les équipes de l'UCMP et de l'UAMP. En effet, ces équipes avaient initialement travaillé autour d'un questionnaire à remplir de manière systématique auprès des suicidants. Celui-ci nous a donc inspiré pour la conception de l'étude (cf. ANNEXE 8 : Protocole de recueil usuel utilisé par l'UCMP et l'UAMP en cas de tentative de suicide).

Nous avons également utilisé l'échelle de gravité des conduites suicidaires (GRANIER et BOULENGER, 2002 [102]). Cette échelle est divisée en quatre parties interrogeant à la fois les facteurs de risque généraux du suicide et les éléments cliniques sur la situation du suicidant : a) les caractéristiques du geste ; b) les caractéristiques du sujet ; c) l'impression globale du médecin ; d) les antécédents du patient.

Une partie « médicolégal » a été incluse dans l'étude, car il nous a semblé que des antécédents dans ce domaine pouvaient être surreprésentés compte tenu de l'aspect violent du passage à l'acte par arme à feu et parfois de l'aspect illégal de l'emploi de certaines armes à feu.

A noter que pour les items « diagnostic psychiatrique » et « antécédents psychiatriques », l'éthylisme a été exclu des réponses car il fait l'objet d'une question spécifique. De même, les tentatives de suicide dans les « antécédents

psychiatriques personnels » et familiaux, ainsi que les suicides dans les « antécédents familiaux psychiatriques » ont été exclus des réponses car ils font également l'objet d'une enquête spécifique.

D. Population étudiée et sites concernés

Nous avons inclus dans notre étude 161 suicidants par arme à feu. Ces patients ont été hospitalisés entre 1992 et 2005 au CHU de Poitiers, soit dans le service des urgences, soit dans un autre service de l'hôpital. Ces patients ont tous été pris en charge par l'unité d'accueil des urgences médicopsychologiques (UAMP) et/ou par l'unité de consultation médicopsychologique (UCMP) dont l'activité principale est une activité de psychiatrie de liaison à l'hôpital général. La zone d'attractibilité du CHU est régionale et les patients inclus ne sont donc pas tous domiciliés dans le département de la Vienne.

E. Recueil des données, saisie et traitement statistique

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel EPI DATA version française 3.1. Ce logiciel développé sous Windows au Danemark par l'association Epi Data regroupe 6 modules : création de questionnaires, création d'un fichier de données, de fichiers de contrôles, saisie de données, module pour documenter et module d'exportation des données pour effectuer l'analyse statistique (par EPI INFO par exemple).

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel épidémiologique EPI INFO version 6.04d FR (avril 2001), dernière version française compatible avec les systèmes d'exploitation les plus récents. Ce logiciel permet une analyse uni-variée par calcul de fréquence de chaque variable et une analyse bi-variée par croisement de variables afin d'établir d'éventuelles relations entre elles.

L'analyse a été essentiellement basée sur des calculs de fréquences, de moyennes et la comparaison de fréquences. Pour ces comparaisons de fréquences, le test statistique utilisé a été celui du X^2 (chi carré). Le seuil de significativité statistique retenu a été de p inférieur ou égal à .05 et pour les échantillons de petites tailles, un test non paramétrique, le p de Fisher. Pour éviter cette situation, nous sommes parfois amenés à regrouper plusieurs catégories en une seule, pour autant que ce regroupement conserve un sens.

Pour l'étude comparative, nous avons choisi, de manière arbitraire, quatre classes d'âge fréquemment utilisées dans la littérature, à savoir : les 18-35 ans, les 36-55 ans, les 56-65 ans et les plus de 65 ans.

IV. RESULTATS ET ANALYSE

A. Données sociodémographiques

1. Données générales personnelles

□ Répartition des suicidants en fonction de l'année du passage à l'acte

La courbe de la répartition des suicidants par arme à feu par année montre d'importantes variations de leur nombre d'une année à l'autre. En 2005, seuls 2 cas ont été inclus entre le mois de janvier et le mois de juillet : l'année d'inclusion n'a donc pas été complète ce qui peut expliquer le nombre très inférieur par rapport aux autres années.

Par ailleurs, il apparaît que les années 1993, 1996, 1997 et 2003 ont vu les nombres de tentatives de suicide par arme à feu les plus élevés dépassant les 15 patients par an, avec un pic en 1997 correspondant à 18 tentatives de suicide par arme à feu. A l'inverse, les années 1995, 1998, 2000, 2001 et 2004 observent le moins de suicidants par arme à feu avec des effectifs inférieurs (ou égal) à 10 par an.

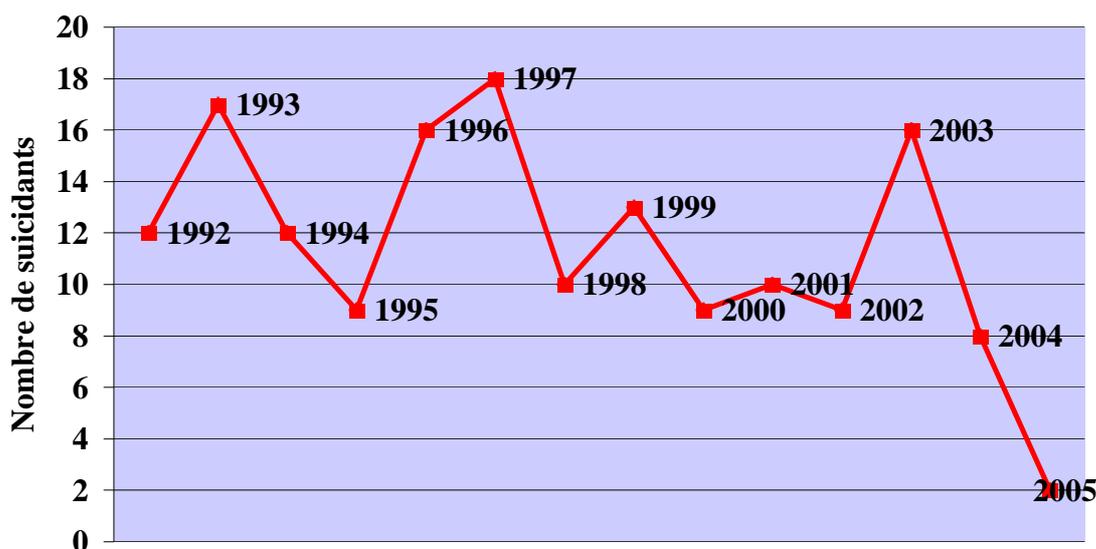


Fig. 1. - Répartition des suicidants par année (n = 161)

□ *Répartition de la population en fonction de l'âge*

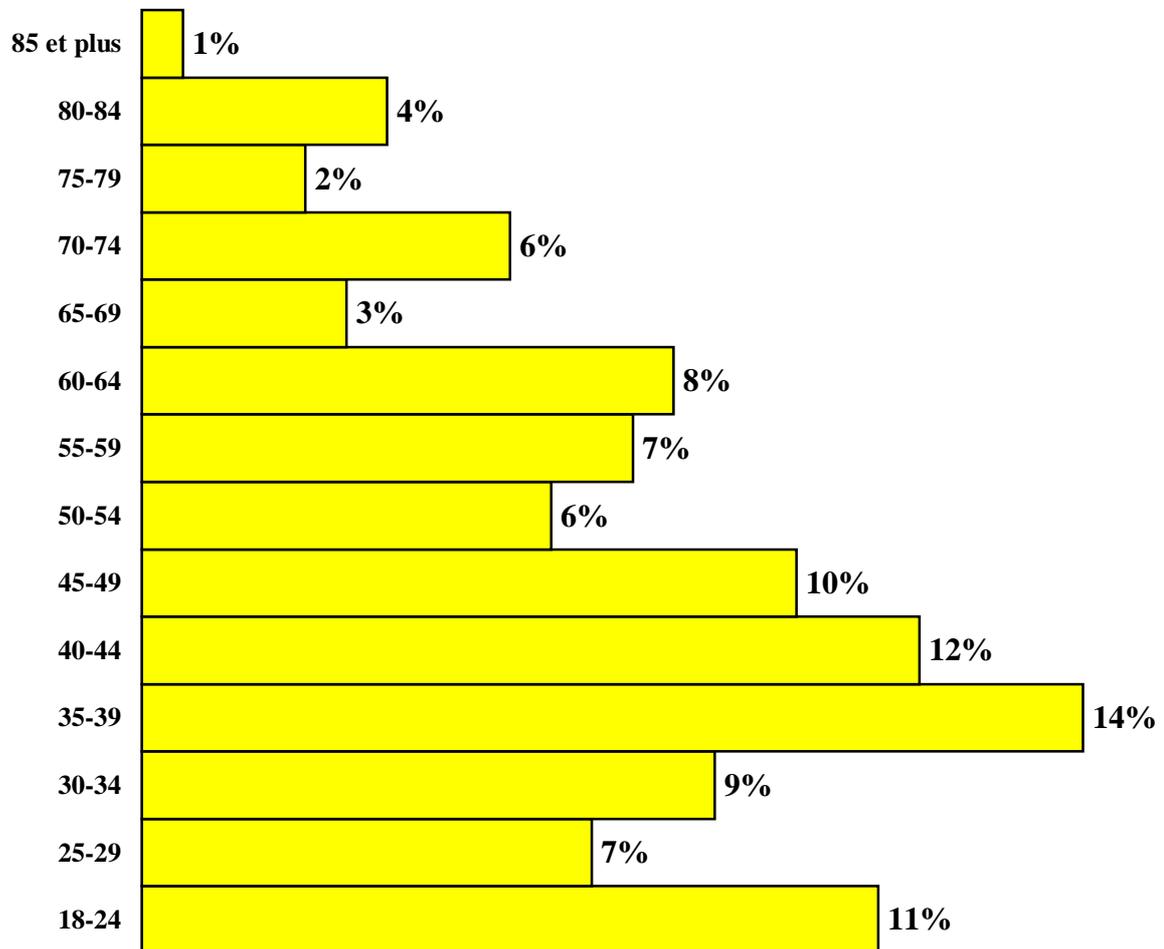


Fig. 2. - Répartition des suicidants par classe d'âge (n=161)

En ce qui concerne la répartition par âge des suicidants, nous sommes frappés d'emblée par l'importance du nombre de suicidants avant 65 ans, soit 135 (85%). Les suicidants par arme à feu de plus de 65 ans représentent donc 15% de l'effectif.

De plus, nous remarquons qu'il existe un pic pour la tranche d'âge 35-39 ans (n= 23), suivi de près par les 40-44 ans (n = 19) et, dans une moindre mesure, par les 45-49 ans (n = 16). De même, les 18-24 ans représentent un nombre important de sujets (n = 18).

□ *Répartition par sexe*

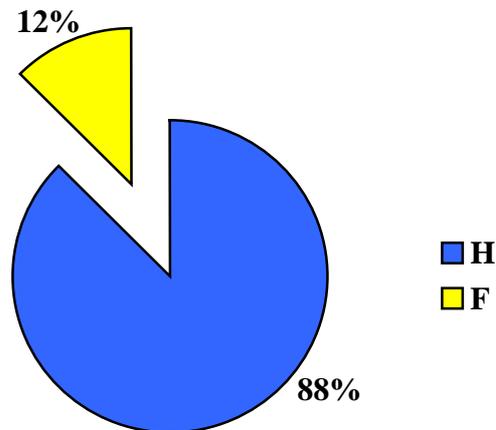


Fig. 3. - Répartition par sexe (n = 161)

Parmi les 161 patients inclus dans l'étude, nous constatons une surreprésentation masculine avec 141 hommes (87,6%) pour 20 femmes (12,4%). La totalité des patients étaient de nationalité française.

□ *Répartition par âge en fonction du sexe*

Comme indiqué dans le graphique ci-dessous, 40% des hommes et 45% des femmes avaient entre 36 et 55 ans au moment du passage à l'acte.

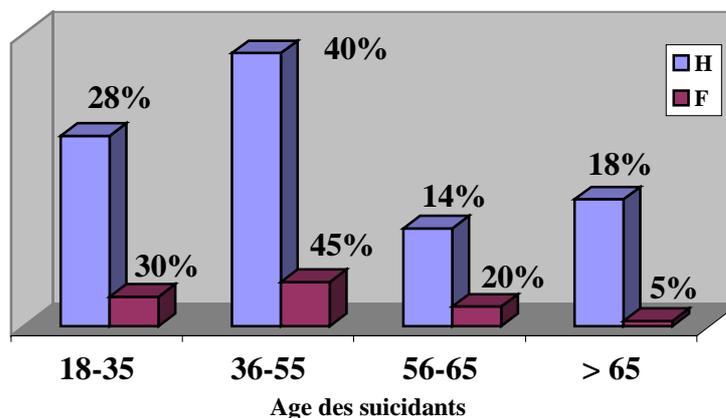


Fig. 4. - Répartition des suicidants par âge en fonction du sexe (n = 161)

2. Situation socioprofessionnelle

□ *Département d'habitation*

Le C.H.U. accueille des patients provenant de l'ensemble de la région Poitou-Charentes. Sur 161 patients admis à l'hôpital de Poitiers, 92 soit près de 57% étaient domiciliés dans le département de la Vienne. 43% étaient originaires de Charente, Charente-maritime et Deux-Sèvres principalement.

□ *Domiciliation rural/urbain*

Les tranches d'unités urbaines définies par l'INSEE, et utilisées par l'INSERM pour les études sur les causes de mortalité, ont été appliquées aux patients de l'étude pour préciser le lieu de domiciliation du suicidant, c'est-à-dire pour déterminer si le patient est domicilié en milieu rural ou urbain.

Les résultats montrent que 59% des patients étaient domiciliés en milieu rural (95 cas). Il n'y avait pas de différence significative en fonction des classes d'âge en ce qui concerne la domiciliation rural ou urbain du suicidant.

Pas de différence significative en fonction du sexe du lieu de domicile du patient (rural ou urbain) : 60% des hommes habitaient en milieu rural et 55% des femmes. Aucun patient n'était sans domicile fixe (S.D.F.).

□ *Profil scolaire des suicidants par arme à feu*

En ce qui concerne le profil scolaire, 27 patients (17%) avaient au plus le niveau secondaire, 40% dépassaient le niveau secondaire et dans 67 cas (43%), l'information n'était pas renseignée dans le dossier. De façon plus détaillée, nous notons que 52 patients, soit 32%, avaient le niveau (voire le diplôme) BEP/CAP.

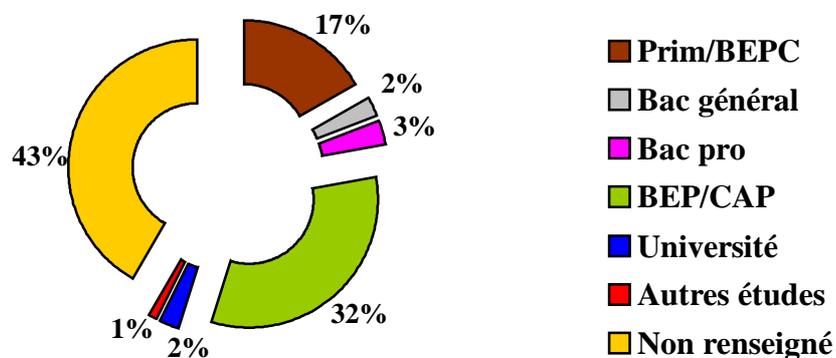
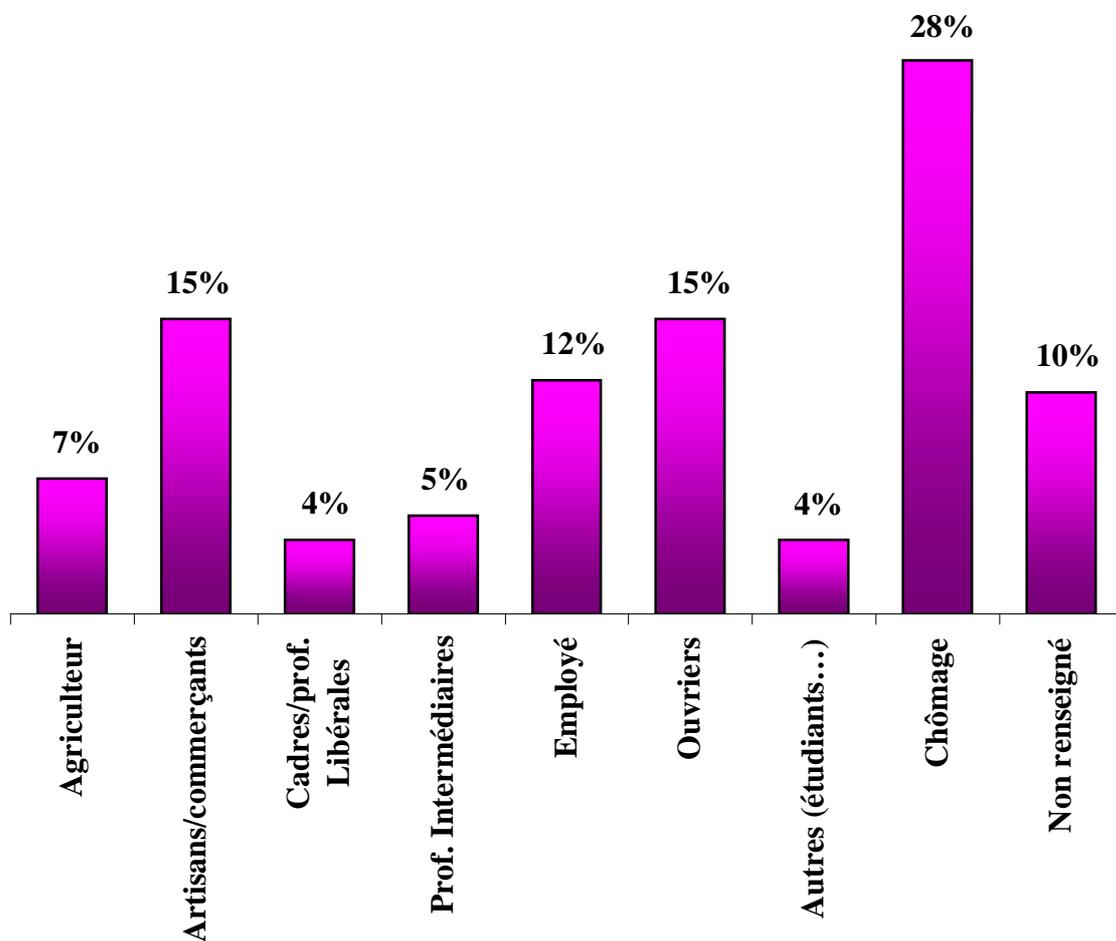


Fig. 5. - Profil scolaire (n = 161)

□ *Situation professionnelle actuelle ou antérieure*

Nous avons par ailleurs documenté la profession du suicidant : les artisans, commerçants et chefs d'entreprise sont les professions les plus représentées avec 15% (n = 24) à égalité avec les ouvriers (n = 24). 12% des sujets étaient des employés soit 19 patients et, 7%, des agriculteurs exploitants (n = 11). Nous soulignons également l'importance du chômage dans l'échantillon, puisque l'inactivité professionnelle, en dehors des retraités et des étudiants, représente 28% des cas (n = 45). Les demandeurs d'emploi ayant déjà travaillé sont majoritairement représentés avec 37 cas (23%) contre 8 cas de demandeurs d'emploi n'ayant jamais travaillé (5%).



**Fig. 6. - Situation professionnelle antérieure ou actuelle
(classées selon les critères INSEE)**

Par ailleurs, les cadres et professions libérales sont les moins représentées avec seulement 6 cas (4%). Il en est de même en ce qui concerne les professions

intermédiaires (5%). Dans 4 cas (2,5%), les patients travaillaient dans la police ou la gendarmerie et possédaient donc une arme à feu à usage professionnel. Plus de 24% (39 sujets) étaient retraités. Les hommes étaient plus fréquemment retraités que les femmes : 25% des hommes contre 20% des femmes. De plus, nous avons supprimé l'item du questionnaire qui concernait les ressources financières actuelles, notamment celle des demandeurs d'emploi, car celui-ci n'était qu'exceptionnellement renseigné dans les dossiers, cette évaluation individuelle des ressources devant être réalisée, d'ailleurs, par une assistante sociale. Enfin, il n'est pas surprenant qu'aucun des patients inclus ne travaille dans un établissement protégé comme un Centre d'Aide au Travail (C.A.T.), puisque nous pouvons penser d'une part que les armes à feu y sont a priori très rares et d'autre part qu'il s'agit d'une population particulièrement suivie et protégée.

□ *Statut matrimonial*

Au vu des facteurs de risque connus et publiés, cette recherche a également questionné le statut matrimonial des suicidants inclus dans l'étude. Dans 21% des cas, le patient était célibataire (n = 32). Il était marié dans près de 51% des cas (n = 80), divorcé ou séparé dans 16% des cas (n = 25), en union libre dans 8% des cas et veuf dans près de 4% des cas.

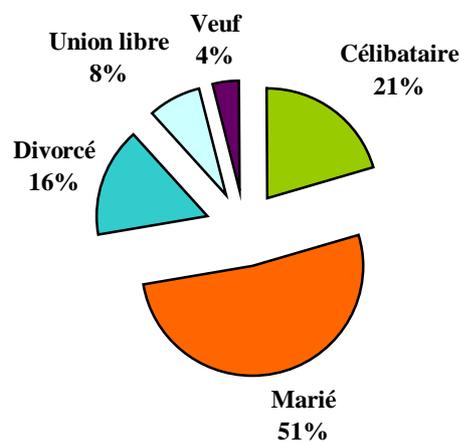


Fig. 7. - Statut matrimonial (n = 161)

Par ailleurs, les sujets âgés entre 36 et 55 ans vivaient plus souvent en couple que les 18-35 ans ($X^2 = 5,73$; $p = .001$). De même, les sujets âgés de plus de 65 ans vivaient également plus souvent en couple (marié ou union libre) que les 18-35 ans ($X^2 = 12,35$; $p = .0004$). Par contre, aucune différence significative n'a

été retrouvée entre les 36-55 ans et les plus de 65 ans. Il n'y avait pas non plus de différence entre les sujets mariés et les sujets divorcés par classes d'âge.

□ *Situation de famille*

Pour ce qui est de la situation familiale, dans 33% des cas, le père du suicidant était encore en vie au moment du geste suicidaire, décédé dans 29% et l'information n'était pas renseignée dans près de 38% des cas.

La mère était en vie dans 39% des cas, décédée dans 24% des cas et l'information n'était pas connue dans 37% des situations.

Le suicidant avait une fratrie dans 93% des cas.

□ *Nombre d'enfants*

49 patients soit près de 31% de l'effectif n'avaient pas d'enfant. 88 patients étaient père ou mère de 1 à 3 enfants, soit 55% des sujets. Dans 7% (n = 11), le suicidant avait 4 enfants ou plus. L'information était bien renseignée dans les dossiers puisqu'elle n'était pas connue dans seulement 11 cas (7%).

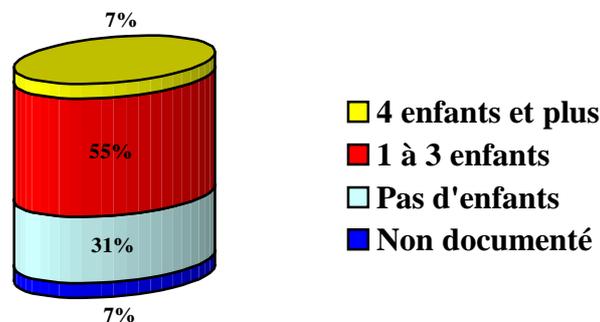


Fig. 8. - Nombre d'enfants par suicidant

De plus, les 36-55 ans avaient significativement plus souvent un ou plusieurs enfants que les 18-35 ans ($X^2 = 23,35$; $p = .000\ 001$).

De même, les 56-65 ans avaient plus souvent une descendance que les 18-35 ans ($X^2 = 11,79$; $p = .0001$). Cependant, les 18-35 ans avaient plus fréquemment un ou plusieurs enfants que les plus de 65 ans ($X^2 = 11,79$; $p = .0005$).

3. Situation médico-légale

Seuls 3 patients bénéficiaient d'une mesure de protection au moment du geste suicidaire : 2 sauvegardes de justice et 1 curatelle. Dans un dossier il était mentionné que le patient avait subi dans le passé une expertise médicopsychologique. 17 sujets (soit 11%) avaient des antécédents judiciaires et 6 (soit 4%) avaient déjà été incarcérés en maison d'arrêt. Les motifs d'incarcération ou de condamnation judiciaire étaient répartis entre des vols (n = 4) et des violences (n = 4). Un cas d'agression sexuelle et 1 cas de conduite en état d'alcoolisation étaient rapportés. Dans 3 cas, le motif n'était pas précisé. Une notion de violence conjugale était notée dans seulement 7% des situations.

B. Antécédents médicopsychiatriques

1. Antécédents médicochirurgicaux

Plus de 84% (n = 135) possédaient un médecin traitant référent.

55% des patients inclus soit 88 sujets n'avaient aucun antécédent médicochirurgical.

□ Antécédents personnels médicochirurgicaux

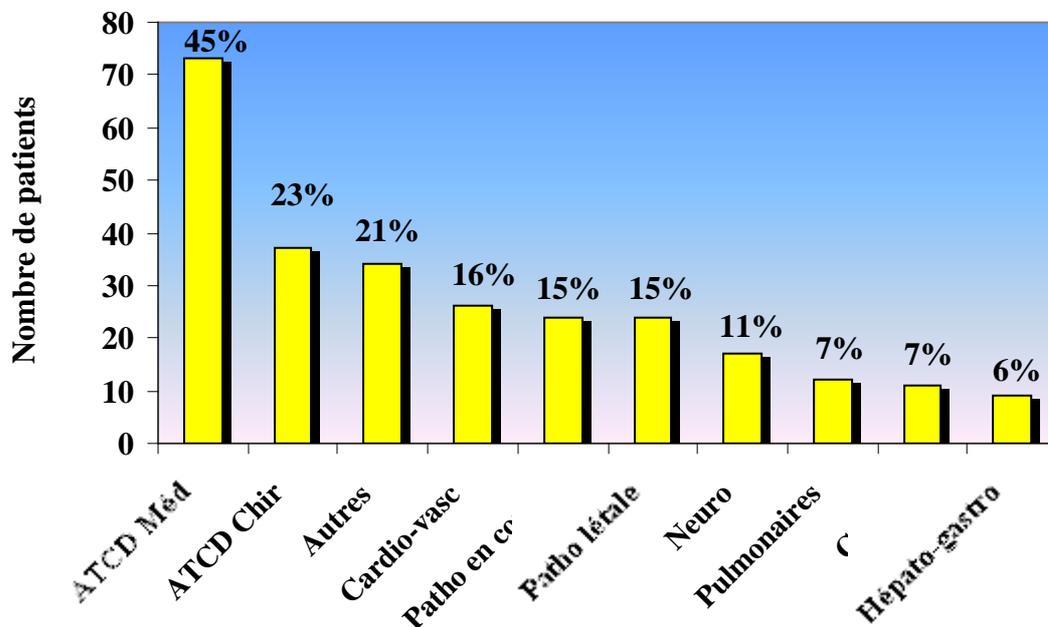


Fig. 9. - Antécédents médico-chirurgicaux (n= 161)

24 patients avaient une pathologie médicale patente ou en cours de traitement au moment du geste suicidaire et 24 patients avaient une maladie physique jugée invalidante ou létale. Parmi les autres antécédents médicaux (n = 34), nous incluons le diabète, les pathologies thyroïdiennes ainsi que l'hypercholestérolémie très répandue. Les hommes avaient plus souvent une maladie somatique grave par rapport aux femmes (test de Fisher ; p = .03) : 17% des hommes contre aucune femme.

2. Antécédents personnels psychiatriques

□ *Suivi psychiatrique avant le geste suicidaire*

Dans près de 28% des cas, le patient avait un psychiatre traitant, c'est-à-dire que le nom d'un psychiatre avec lequel le patient était ou avait été récemment suivi était noté dans 44 dossiers. Les femmes avaient plus souvent un psychiatre traitant avant le geste suicidaire que les hommes ($X^2 = 8,67$; $p = .003$) : 55% des femmes ($n = 11$) avaient un psychiatre traitant contre 23% des hommes ($n = 33$). Une notion de suivi psychologique (psychiatre, infirmier psychiatrique, psychologue etc.) était rapportée dans 34,5% des cas, soit 55 patients. Et, de même que pour le psychiatre traitant, les femmes avaient plus souvent un suivi psychiatrique en cours que les hommes ($X^2 = 6,65$; $p = .009$) : 60% contre 30%.

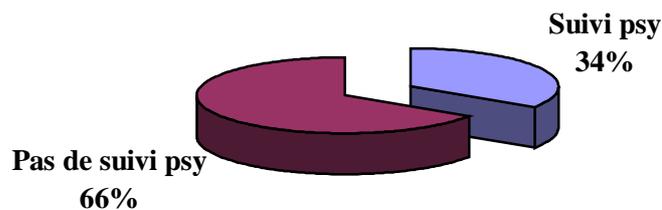


Fig. 10. - Suivi psychiatrique avant le geste suicidaire (n=161)

Ce suivi était effectué en milieu hospitalier dans 76% des cas et en libéral dans 11%. Un psychiatre seul assurait ce suivi dans 78% des suivis, qu'il soit libéral ou hospitalier et un infirmier psychiatrique associé à un psychiatre effectuait le suivi dans 17% des situations. Un infirmier psychiatrique seul réalisait le suivi dans 2 cas et aucun des patients n'était suivi par un psychologue seul. En revanche, 1 seul patient était pris en charge par un psychiatre et un psychologue avant le geste suicidaire par arme à feu. Une notion d'arrêt de ce suivi avant la tentative de suicide était rapportée dans 26% des cas ayant un suivi psychologique. Les 18-35 ans étaient plus souvent suivis sur le plan psychologique avant la TS que les plus de 65 ans ($X^2 = 4,77$; $p = .02$). Il en était de même pour les 36-55 ans par rapport aux plus de 65 ans ($X^2 = 6,01$; $p = .01$). Pour le reste, aucune différence significative n'a été observée.

□ *Hospitalisation en psychiatrie avant le geste suicidaire*

Une hospitalisation en psychiatrie était rapportée dans 44 cas, ce qui représentait 27% des suicidants.

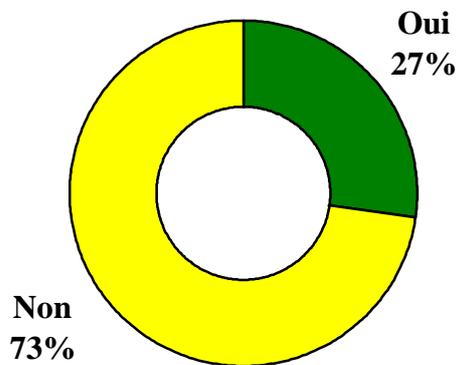


Fig. 11. - Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (n= 161)

Les 18-35 ans avaient plus souvent été hospitalisés en psychiatrie avant le geste suicidaire par arme à feu que les plus de 65 ans ($X^2 = 5,83$; $p = .01$). Les 36-55 ans avaient également été plus souvent hospitalisés en psychiatrie avant la TS par rapport aux plus de 65 ans ($X^2 = 9,17$; $p = .002$). Il en était de même pour les 56-65 ans par rapport aux plus de 65 ans (Test de Fisher ; $p = .05$). Donc, les plus de 65 ans avaient moins souvent hospitalisés en psychiatrie avant le geste suicidaire par arme à feu que les autres classes d'âge.

□ *Délai entre le geste suicidaire et la dernière hospitalisation en psychiatrie*

Le délai entre le geste suicidaire par arme à feu et la dernière hospitalisation en psychiatrie était inférieur à 2 semaines dans 4 cas (10%), entre 2 semaines et 2 mois dans 8 cas (19%), entre 2 mois et 1 an dans 7 cas (17%) et supérieur à 1 an dans 5 cas (12%). Le délai entre la tentative de suicide et la dernière hospitalisation en milieu psychiatrique était donc inférieur à 1 an dans 46% des cas d'hospitalisation répertoriée dans le dossier.

Cependant, ce délai n'était pas renseigné dans 18 cas, soit 43% des dossiers à l'intérieur desquels une hospitalisation en psychiatrie avait pourtant été notée dans les antécédents.

□ *Antécédents personnels de pathologie psychiatrique*

Des antécédents personnels psychiatriques étaient rapportés dans 85 dossiers (53%), addiction à l'alcool exclue. Dans les antécédents psychiatriques, la dépression occupait la 1^{ère} place représentant 66% des pathologies psychiatriques rapportées (n = 56), répartie entre l'épisode dépressif majeur (51%) et la dysthymie (15%), ce qui représentait 35% des sujets qui avaient eu une dépression. Dans 15% des cas, un suivi ou une prise en charge psychiatrique était rapporté sans que ne soit précisée la pathologie psychiatrique. Dans près de 10% des cas (n = 8), une pathologie schizophrénique était rapportée dans les antécédents personnels. Nous notons également 2 cas de trouble anxieux, 2 cas de troubles de l'adaptation, 2 cas de trouble bipolaire et 2 cas de bouffée délirante aigue. Aucun cas de psychose paranoïaque n'était cependant mentionnée.

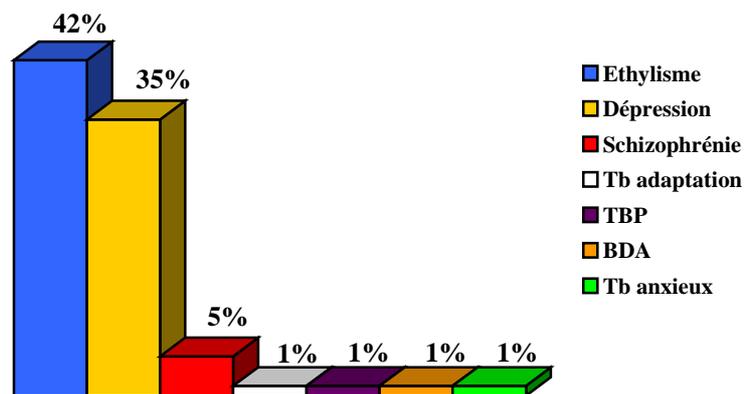


Fig. 12. - Antécédents psychiatriques (n = 161)

Par ailleurs, l'antécédent personnel d'éthylisme chronique était noté dans près de 42% des dossiers étudiés, ce qui représentait 68 cas sur les 161 inclus. De plus, les 36-55 ans avaient plus souvent des antécédents psychiatriques que les 18-35 ans ($X^2 = 4,13$; $p = .04$), les 36-55 ans que les plus de 65 ans ($X^2 = 9,87$; $p = .001$) et, les 56-65 ans que les plus de 65 ans ($X^2 = 7,77$; $p = .005$).

Les plus de 65 ans avaient donc tendance à avoir moins d'antécédents psychiatriques que les autres classes d'âge.

Enfin, les femmes avaient plus souvent des antécédents personnels psychiatriques que les hommes ($X^2 = 6,63$; $p = .01$) : 80% des femmes avaient des antécédents psychiatriques contre 50% pour les hommes.

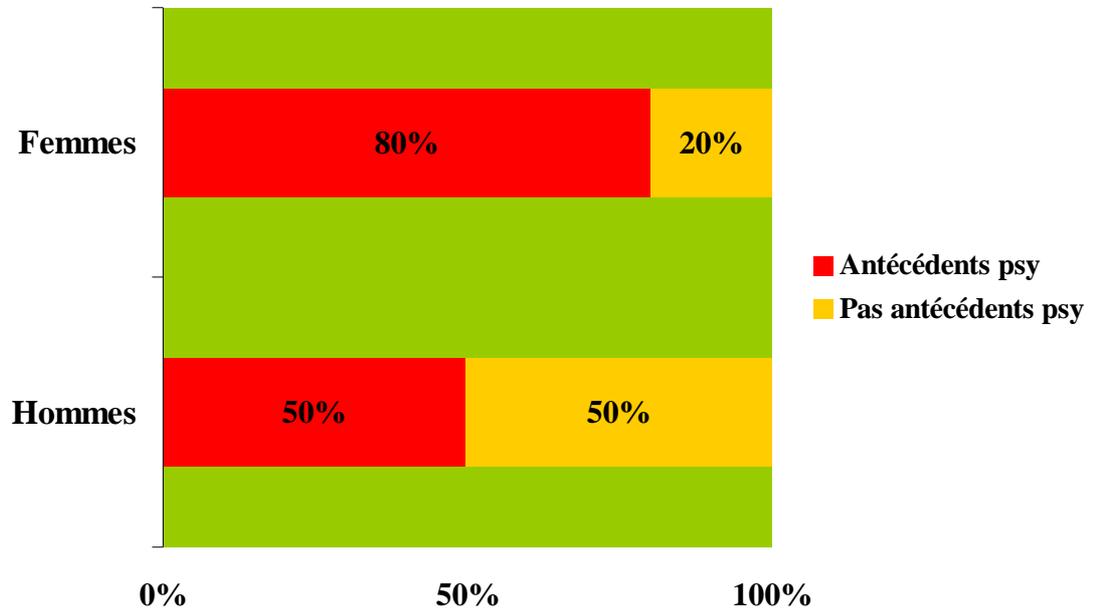


Fig. 13. - Antécédents psychiatriques par sexe

□ *Antécédents d'éthylisme chronique*

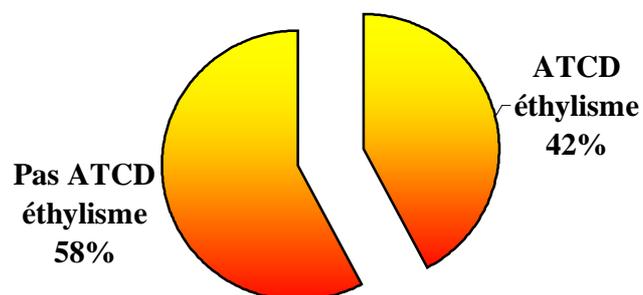


Fig.14.- Antécédent éthylisme chronique (n = 161)

Nous avons constaté que l'antécédent personnel d'éthylisme chronique était noté dans près de 42% des dossiers étudiés, ce qui représentait 68 cas sur les 161 inclus. Par ailleurs, un antécédent d'éthylisme chronique ou de dépendance à l'alcool était significativement plus souvent retrouvé chez les hommes que chez les femmes ($X^2 = 7,07$; $p = .007$).

□ *Consommation de substances toxiques*

Dans 6 cas, il était noté un antécédent de consommation de substances toxiques, alcool exclus. Il s'agissait de cannabis dans 2 cas, d'héroïne dans 2 autres cas, de cocaïne dans 1 cas et, dans le dernier cas rapporté, le toxique n'était pas mentionné.

□ *Prise habituelle d'un traitement psychotrope*

Près de 40% ($n = 61$) des suicidants inclus dans l'étude prenaient un traitement psychotrope au moment de la tentative de suicide. Compte tenu de leur grande fréquence de prescription et pour ne pas surévaluer l'importance du résultat, les hypnotiques ont été sciemment exclus du comptage des patients recevant un traitement psychotrope avant leur geste. Un arrêt du traitement par le patient lui-même était rapporté dans 12 cas, soit 20% des patients recevant un traitement psychotrope.

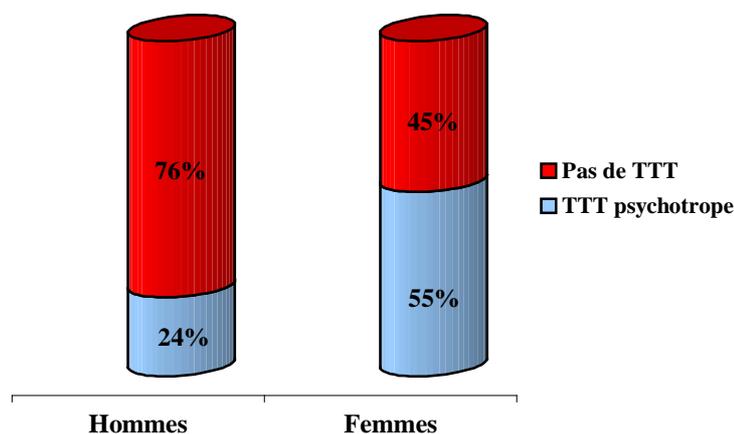


Fig. 15. - Traitement psychotrope en cours avant la TS

Il existait en revanche une différence significative entre les hommes et les femmes ($X^2 = 12,22$; $p = .0004$). En effet, les femmes prenaient significativement plus souvent un traitement psychotrope alors que celui-ci était

peu prescrit chez les hommes (34% des hommes avaient un traitement psychotrope avant la tentative de suicide contre 75% des femmes).

□ *Répartition des traitements en fonction de la classe médicamenteuse*

Le patient recevait un traitement antidépresseur (ATD) dans 64% des prescriptions recensées (n = 39) et dans 20% des cas il s'agissait du seul traitement prescrit pour le patient. Dans 26% des cas (n = 16), le traitement antidépresseur était en association avec un anxiolytique de type benzodiazépine (BZD) et dans 11 cas (18%), un neuroleptique (NRL) ou antipsychotique était co-prescrit avec les 2 précédents traitements. Un anxiolytique de type benzodiazépine était rapporté dans 38 cas (soit 62% des prescriptions), prescrit en monothérapie dans 11 cas soit 18%. Un neuroleptique ou un antipsychotique était noté dans 14 cas soit 23%, et prescrit isolément dans 3 cas (5%). En ce qui concerne les objectifs présumés de prescription des neuroleptiques (en fonction de la classe pharmacologique et de la posologie rapportées), l'anxiolyse était recherchée dans 7 cas (par exemple avec du Tercian® ou du Dipipéron® à faible dose). Un neuroleptique forme retard était prescrit dans 6 cas (40% des neuroleptiques prescrits).

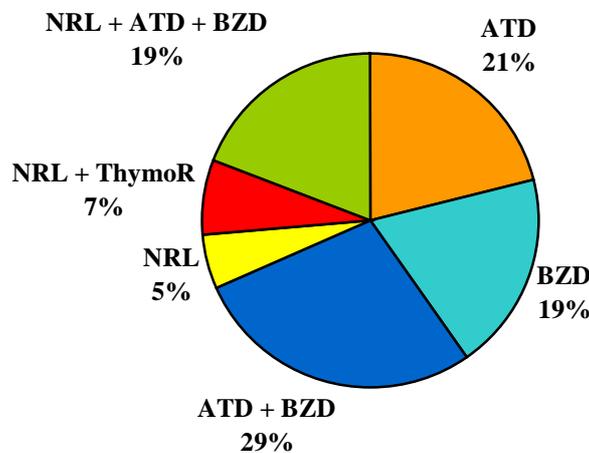


Fig. 16. - Traitement psychotrope avant la TS (n = 61)

Pour ce qui est des antidépresseurs, dans 20 cas un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) était prescrit, ce qui représentait 57% des prescriptions d'antidépresseur. Il s'agissait d'un antidépresseur tricyclique dans 11% des cas, d'un antidépresseur à action duale dans 11% des cas, d'un IMAO dans 1 cas et d'une autre molécule dans 17% des cas (par exemple, la

tianéptine). Seuls 6% (n = 4) prenaient un thymorégulateur (ThymoR) : 3 patients sous la forme d'un thymorégulateur anticonvulsivant et 1 patient sous la forme de lithium.

3. Antécédents familiaux psychiatriques

En ce qui concerne les antécédents familiaux psychiatriques, la fréquence était de 17,5% (n = 28), parmi lesquels nous retrouvons 14 cas d'éthylisme chronique, 10 cas de dépression et 6 cas qui n'étaient pas renseignés même si il était noté dans le dossier une notion de prise en charge psychiatrique pour l'un des membres de la famille. A noter que les suicides et tentatives de suicide étaient exclus des antécédents familiaux psychiatriques, car ils ont fait l'objet d'items spécifiques.

Nous ne retrouvons pas de différence significative au niveau des antécédents familiaux psychiatriques en fonction du sexe du suicidant.

C. Enquête suicidologique personnelle et familiale

1. Antécédents personnels de tentative de suicide

□ Tentative(s) de suicide dans les antécédents personnels

Dans 33% des cas (n = 53), il était rapporté, au sujet du suicidant, des antécédents personnels de tentative de suicide, parmi lesquels 32 patients n'avaient fait qu'un seul geste suicidaire avant celui-ci et 21 patients avaient fait au moins 2 tentatives de suicide dans le passé.

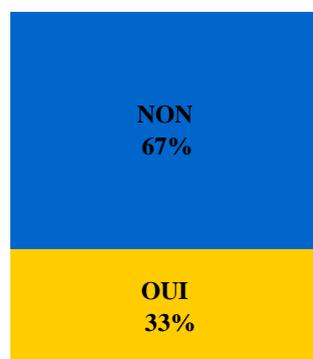


Fig. 17. - Antécédents personnels de TS (n=161)

□ *Antécédents de tentative de suicide en fonction de l'âge*

Les 18-35 ans avaient plus souvent des antécédents de tentative de suicide (TS) que les plus de 65 ans ($X^2 = 4,11$; $p = .04$). De même, les 36-55 ans avaient plus fréquemment des antécédents de TS que les plus de 65 ans ($X^2 = 4$; $p = .04$). La même tendance a été observée chez les 56-65 ans.

Donc, les plus de 65 ans avaient moins souvent des antécédents de TS que les autres classes d'âge. Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne les antécédents de TS entre les tranches 18-35 ans, les 36-55 ans et les 56-65 ans.

□ *Antécédents de tentative de suicide en fonction du sexe*

Les femmes incluses dans l'étude avaient plus souvent des antécédents de tentative de suicide avant le geste par arme à feu (60% des cas : $n = 12$) alors que les hommes (29% : $n = 41$) avaient significativement moins d'antécédents de tentative de suicide ($X^2 = 7,45$; $p = .006$).

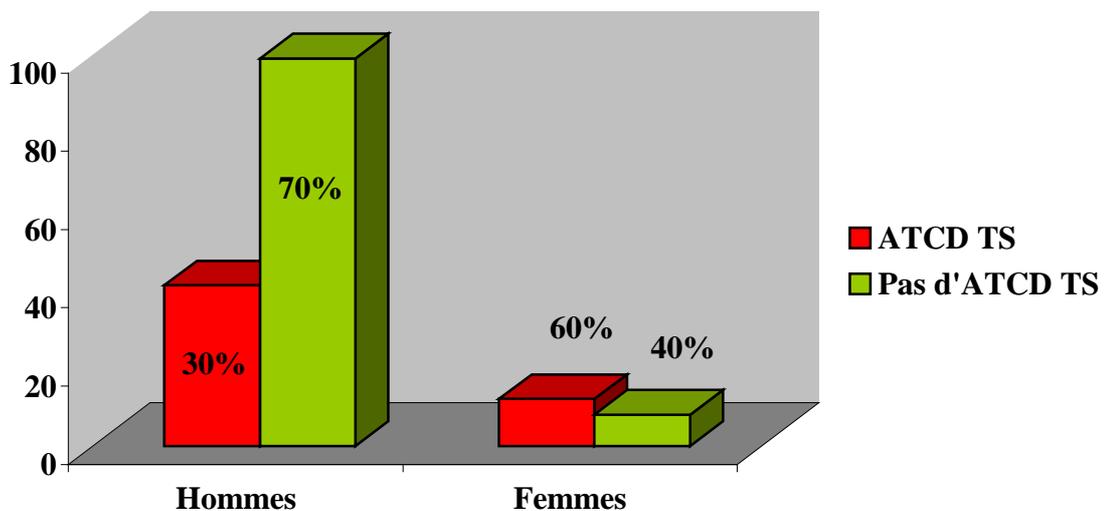


Fig. 18. - Antécédents personnels de TS en fonction du sexe

30% des femmes suicidantes par arme à feu avaient une et une seule tentative de suicide dans les antécédents contre 18% chez les hommes.

□ *A propos des tentatives de suicide antérieures*

Parmi ces 53 patients avec antécédents de tentative de suicide, 24 soit 45% des patients ayant des antécédents de TS avaient déjà employé un moyen violent pour le geste suicidaire.

En ce qui concerne l'utilisation d'un moyen violent pour la ou les tentative(s) de suicide antérieures, aucune différence significative entre les sexes n'a été retrouvée : 46% (n = 19) des hommes ayant des antécédents de tentative de suicide avaient employé un moyen violent contre 42% des femmes ayant des antécédents de tentative de suicide (n = 5).

Pas de différence significative en fonction de l'âge en ce qui concerne l'emploi d'un moyen violent dans les antécédents personnels.

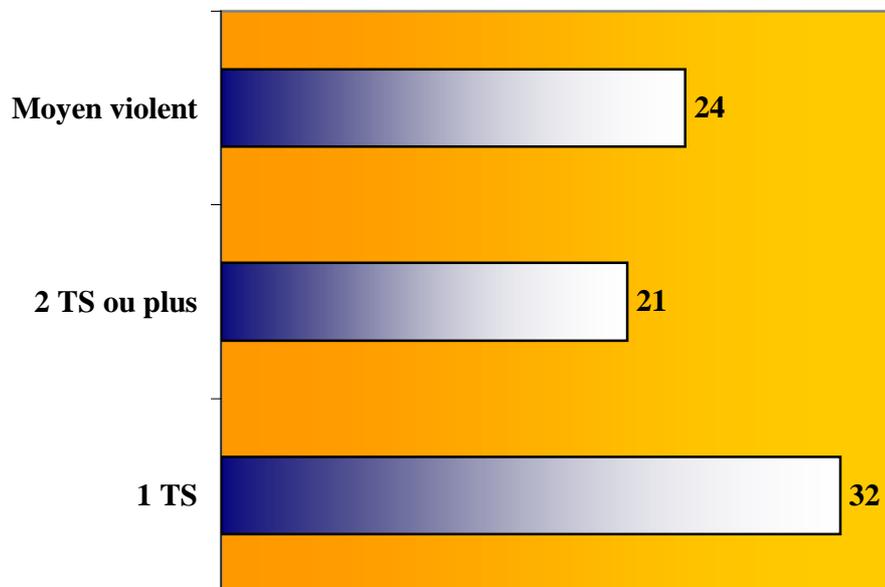


Fig. 19. - Nombre de TS antérieures et type de moyen employé (n = 53)

En revanche, il est intéressant de constater que les femmes avaient plus souvent dans leurs antécédents plusieurs tentatives de suicide (c'est-à-dire 2 tentatives de suicide ou plus) par rapport aux hommes. En effet, près de 30% des femmes avaient effectué plusieurs tentatives de suicide dans le passé contre seulement 10% des hommes (test de Fisher ; p=.009).

□ *Moyen violent employé pour la (ou les) TS précédentes*

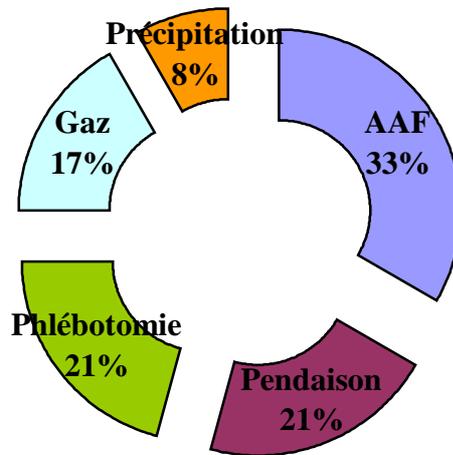


Fig. 20. - Moyen violent employé dans les antécédents de TS (n = 24)

Parmi les moyens violents utilisés dans les antécédents personnels de tentative de suicide, l'arme à feu est au 1^{er} rang avec 33% des tentatives de suicide par moyen violent (n = 8), puis la pendaison et la phlébotomie ont concerné chacune 5 cas (21%), le gaz, 4 cas et la précipitation, 2 cas.

□ *Moyen employé pour la précédente TS*

En ce qui concerne la tentative de suicide qui a précédé celle-ci, dans 39 cas (74%), il s'agissait d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse, dans 4 cas (7,5%), le mode utilisé était l'arme à feu, 4 cas la pendaison, et 3 cas la phlébotomie.

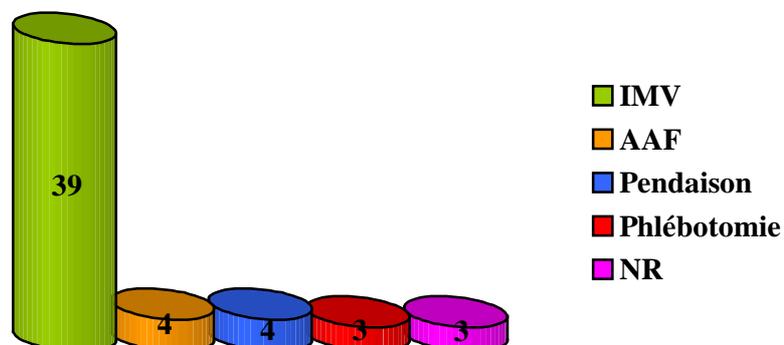


Fig. 21. - Moyen employé pour la précédente TS (n = 53)

Dans 3 cas, le mode utilisé pour la précédente tentative de suicide n'était pas précisé dans le dossier.

□ *Délai précédente TS – geste suicidaire actuel*

Le délai entre la dernière tentative de suicide et le geste actuel était inférieur à 2 semaines dans 10 cas, compris entre 2 semaines et 2 mois dans 5 cas, entre 2 et 6 mois dans 17 cas et supérieur à 1 an dans 17 cas. Ce délai n'était pas connu dans 4 cas. Dans 4 cas, la dernière tentative de suicide avait eu lieu dans les jours précédant le geste par arme à feu, c'est-à-dire que moins d'une semaine séparait les 2 tentatives de suicide.

2. Antécédents familiaux de conduite(s) suicidaire(s)

□ *Antécédents familiaux de tentative de suicide*

Dans 7 dossiers (4,4%), il est noté des antécédents de tentative de suicide dans la famille du suicidant. Les gestes suicidaires ont concerné à 3 reprises un membre de la fratrie et dans 5 cas un parent du premier degré. Le moyen employé n'était précisé que dans 3 cas et il s'agissait dans ces 3 cas d'un moyen violent : arme à feu, phlébotomie et précipitation.

□ *Antécédents familiaux de suicide*

En ce qui concerne les suicides dans la famille, les résultats montrent qu'un antécédent de suicide était présent dans près de 11% des dossiers soit 17 cas : 5 cas de suicide chez un parent du 1^{er} degré, 2 cas dans la fratrie du patient et 10 cas chez un autre membre de la famille (oncle, grands-parents etc.). Le moyen de suicide n'était précisé que dans 11 cas sur 17 et était un moyen violent : arme à feu dans 3 cas, pendaison dans 6 cas et noyade dans 2 cas. Il n'y avait pas de différence significative au niveau des antécédents familiaux de tentative de suicide et/ ou suicide en fonction du sexe du suicidant.

D. Le passage à l'acte suicidaire

1. Reconstitution « synoptique » du passage à l'acte

□ *Le jour du geste suicidaire*

Dans 51% des cas, c'est-à-dire 82 dossiers, le jour du geste suicidaire n'était pas reporté sur le dossier. Dans 56 cas, il s'agissait d'un jour de semaine et dans 23 cas, un jour de week-end.

Aucun jour férié n'a été retrouvé parmi les dossiers renseignés.

□ *Saisonnalité du geste suicidaire*

En ce qui concerne la saisonnalité du geste, la répartition était relativement équilibrée : 22% au printemps, 24% en été, 28% en automne et 24% en hiver.

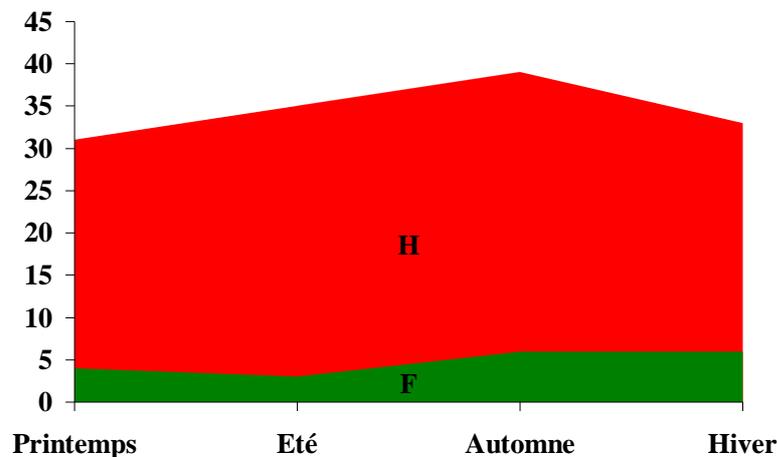


Fig. 22. - Saison du passage à l'acte en fonction du sexe (n = 161)

Nous notons qu'aucune différence significative n'a été retrouvée en ce qui concerne la saison du passage à l'acte en fonction du sexe.

□ *Le lieu du geste suicidaire*

Le lieu du geste suicidaire était un lieu familial dans 127 cas soit 79%, isolé dans 8 cas (5%) et non mentionné dans 16% des cas. De plus, le lieu était le domicile du suicidant dans 73% des cas (n =118), à l'extérieur dans 7,5% des cas (n = 8) et chez un proche dans 3 cas.

□ *Le moment de la journée*

Le moment de la journée (matin, après-midi, soir...) au cours duquel s'était produit la tentative de suicide n'était pas précisé dans 70% des cas (n =113) et l'heure du passage à l'acte n'était pas non plus retranscrite dans près de 83% des dossiers étudiés.

□ *Relations conjugales récentes*

En dehors des événements déclenchants ou précipitants rapportés par le sujet, nous avons interrogé les relations conjugales récentes. Celles-ci étaient considérées comme bonnes dans 23% des cas (n =37), tandis qu'elles étaient détériorées dans 54% des cas (n = 86), allant de la simple tension conjugale (n=21) à la rupture (n =49) en passant par la dispute conjugale (n =16). Dans 2% des cas, les relations entre conjoints n'étaient pas détaillées et le patient ne vivait pas en couple dans 21 % des cas (n =34). Pas de différence significative observée entre les hommes et les femmes : 55% des hommes rapportaient des relations conjugales de mauvaise qualité contre 45% des femmes.

□ *Décès d'un proche rapporté*

Le décès d'un proche était rapporté dans 27 cas (17% des dossiers) et le délai entre ce décès et la tentative de suicide était inférieur à 1 mois dans 8 cas, et supérieur à 1 an dans 13 cas. Pour les 6 autres dossiers, le délai était compris entre 1 mois et 1 an.

- *Evènements déclenchants ou précipitants rapportés comme constituant l'élément déclencheur du passage à l'acte*

Un ou plusieurs évènements déclenchants étaient rapportés par le patient dans 80% des cas (n =128). Sur un plan général, aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le fait de rapporter ou non un évènement déclenchant.

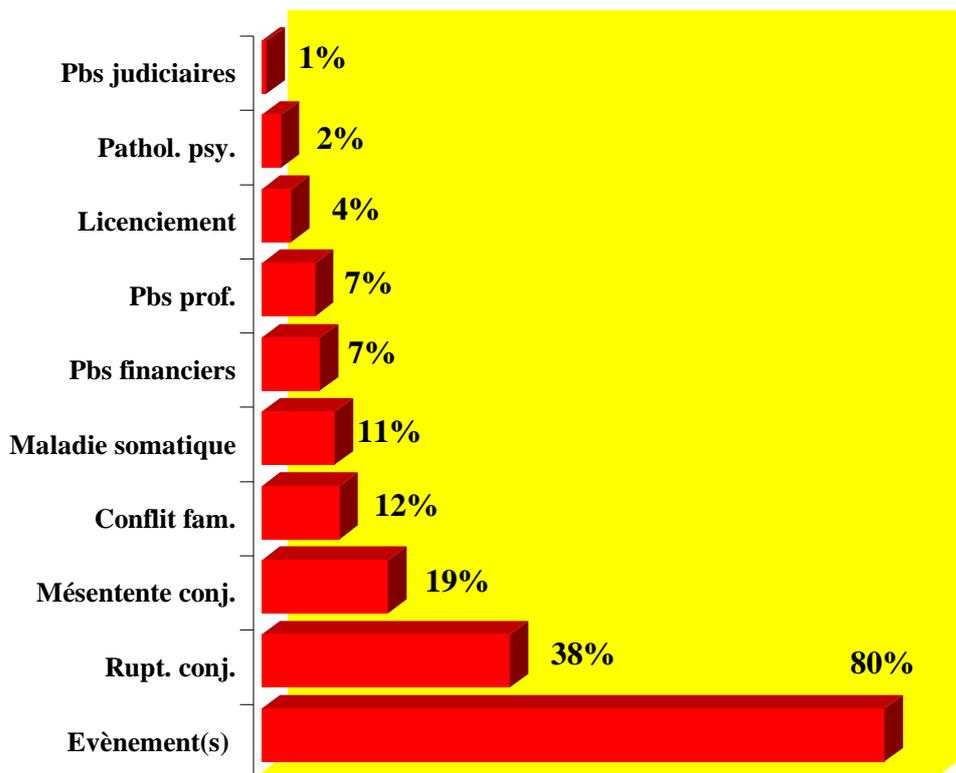


Fig. 23. - Evènements déclenchant ou précipitant le passage à l'acte (n = 161)

- Rupture conjugale ou divorce

Dans 19% des dossiers (n =26) dans lesquels un évènement était rapporté par le patient, il s'agissait d'une simple mésestente conjugale avec le plus souvent une dispute mais sans rupture. Dans près de 38% des cas (n =51), il s'agissait d'une rupture conjugale ou d'un divorce (soit le divorce était en cours, soit il était consommé et rapporté par le patient comme étant à l'origine du passage à l'acte, soit enfin le conjoint venait d'annoncer au patient une demande de divorce ou de

séparation). Lorsqu'un divorce ou une séparation était notée, nous n'avons pas coté l'item mésentente conjugale.

Les hommes avaient tendance à rapporter plus souvent une rupture conjugale comme évènement déclenchant que les femmes ($X^2 = 3,67$; $p = .05$) : 35% des hommes ($n = 49$) contre 10 % des femmes ($n = 2$). Chez les 18-35 ans, nous avons observé plus de ruptures conjugales ou sentimentales que chez les 56-65 ans ($X^2 = 5,36$; $p = .02$) et, que chez les plus de 65 ans ($X^2 = 12,98$; $p = .0003$). En revanche, il n'y avait aucune différence significative entre les 18-35 ans et les 36-55 ans. Par ailleurs, les 36-55 ans présentaient plus de ruptures sentimentales que les 56-65 ans ($X^2 = 4,55$; $p = .03$) et que les plus de 65 ans ($X^2 = 37,64$; $p = .000000\dots$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne les ruptures conjugales entre les 56-65 ans et les plus de 65 ans. Il n'y avait pas non plus de différence significative en ce qui concerne les autres évènements déclenchants en fonction de la tranche d'âge.

Les ruptures conjugales comme évènement déclenchant rapporté par le patient étaient donc plus fréquentes chez les 18-35 ans, ainsi que chez les 36-55 ans.

- Conflit familial

Dans 12% des cas ($n = 16$), un conflit familial était rapporté par le suicidant. Aucune différence significative entre les hommes et les femmes ni aucune tendance particulière.

- Problèmes financiers

Dans 12 cas, il s'agissait de problèmes financiers. Les hommes avaient plus souvent tendance à mettre en cause des problèmes financiers pour expliquer leur geste suicidaire par rapport aux femmes.

- Maladie physique

Dans 11% ($n = 15$), le suicidant « accusait » la découverte récente chez lui d'une maladie physique potentiellement grave ou létale ou handicapante pour l'avenir. Les hommes avaient également tendance à rapporter plus souvent une maladie physique comme étant l'évènement déclencheur du passage à l'acte. D'ailleurs, les hommes au moment du passage à l'acte suicidaire avaient plus souvent une pathologie médicale patente ou en cours de traitement ou potentiellement létale et/ou grave par rapport aux femmes (test de Fisher ; $p = .03$).

- Décès d'un proche

Le décès d'un proche était plus souvent rapporté chez les femmes que chez les hommes (test de Fisher ; $p = .03$) : 7% chez les hommes, 20% chez les femmes.

- Problème professionnel

Dans 11 cas, il s'agissait de problèmes professionnels avec un licenciement dans 6 cas. Il n'y avait pas de différence significative observée entre les hommes et les femmes.

- Autres

Dans un cas seulement, des problèmes judiciaires étaient rapportés. Dans 4 cas, le patient faisait un lien entre une pathologie psychiatrique, par exemple une dépression, et le passage à l'acte.

□ *Notion de préméditation du geste et dimension impulsive*

- Préméditation de l'acte

Une préméditation du geste suicidaire était notée pour 35 patients (22%) et l'élaboration précise d'un scénario pour le passage à l'acte dans 25 cas (16%). Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge pour ce qui est de la préméditation du geste suicidaire. Les femmes avaient en revanche plus souvent prémédité le geste suicidaire : 35% des femmes (n = 7) contre 20% des hommes (n = 28), sans que cette différence soit significative.

- Impulsivité

Par ailleurs, le passage à l'acte était qualifié d'impulsif dans 114 dossiers, ce qui représentait 71% des cas.

Aucune différence significative en fonction du sexe en ce qui concerne la dimension impulsive du passage à l'acte présente dans 72% des tentatives de suicide des sujets de sexe masculin (n = 101) et dans 65% des passages à l'acte des sujets de sexe féminin (n = 13) n'avait été observée.

□ *Communication préalable des intentions suicidaires à l'entourage et appel des secours*

Dans 9% des cas, le suicidant avait prévenu une personne de son entourage du geste qu'il allait accomplir. Mais, dans seulement 1 cas, le patient avait lui-même appelé les secours. Dans 28 cas (17,5%), le patient a effectué sa tentative de suicide en présence d'une ou plusieurs personnes (enfants, conjoint etc.).

□ *Probabilité d'être découvert*

La probabilité d'être découvert était jugée élevée dans près de 66% des cas ce qui représente 105 dossiers, incertaine dans 39 cas (24%) et faible dans 4 cas (2,5%). Cette information n'était pas renseignée dans 12 cas (7,5%).

Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe : 64% des hommes avaient une probabilité élevée d'être découvert contre 70% des femmes.

□ *Ecrit ou lettre laissés aux proches*

Dans 7 cas (4,4%), le suicidant avait laissé une lettre ou des écrits.

□ *Prise d'alcool et/ou médicaments concomitante du geste suicidaire*

Une prise d'alcool peu avant le geste suicidaire a été identifiée par une alcoolémie positive dans 37% des cas (n =59).

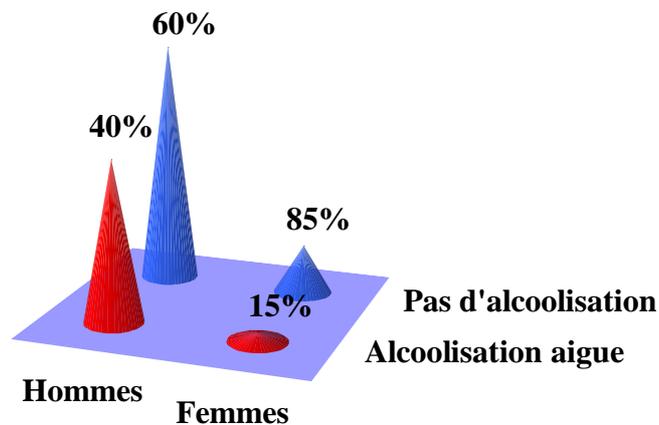


Fig. 24. - Alcoolisation aiguë avant la TS (n =161)

Une alcoolisation (éthylisme aigu) avant le passage à l'acte était significativement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ($X^2 = 4,70$; $p = .03$). D'autre part, les 36-55 ans avaient plus souvent pris de l'alcool avant le geste que les plus de 65 ans ($X^2 = 5,43$; $p = .01$). Les 36-55 ans avaient tendance à avoir pris plus souvent de l'alcool avant le geste suicidaire par rapport aux 18-35 ans, mais la différence n'était pas significative. Aucune différence significative ou tendance n'a été observée pour les autres classes d'âge.

Donc, les 36-55 ans constituaient la classe d'âge à avoir plus fréquemment absorbé de l'alcool avant la tentative de suicide.

Enfin, une prise de médicaments associée au geste par arme à feu était mentionnée dans 4 dossiers (2,5%).

- *Notion de consultation médicale dans les jours et/ou heures précédents le passage à l'acte*

Une consultation chez un psychiatre dans les jours ou les heures précédant le geste était retranscrite dans 6 dossiers soit 4%.

Dans 2 cas (1,3%), le patient avait consulté son médecin généraliste dans les heures ou les jours précédant le passage à l'acte.

2. A propos du moyen employé : l'arme à feu

- *Notion d'achat récent de l'arme à feu*

Dans 7 cas sur les 161 inclus, le patient avait acheté récemment l'arme à feu qui allait être utilisée pour le passage à l'acte, soit dans 4,4% seulement. Dans tous ces cas, le patient avait acquis l'arme à feu depuis moins d'un an et dans 4 cas, l'achat datait de moins d'une semaine. Et, aucune différence significative entre les hommes et les femmes par rapport à la notion d'achat récent d'une arme à feu n'a pu être mise en évidence.

- *Type d'arme à feu utilisé*

En ce qui concerne le type d'arme à feu employé, une arme d'épaule était utilisée dans 89 cas (55%), une arme de poing dans 25 cas (16%) et l'information n'était pas renseignée dans 47 cas (29%).

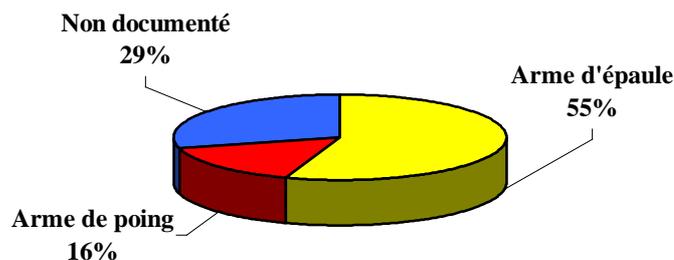


Fig. 25. - Type d'arme à feu utilisée

Le type précis de l'arme n'était pas non plus noté dans 51 cas (32%). Il s'agissait d'un fusil de chasse dans 49 cas (30%), d'une carabine dans 28 cas (17%), d'une 22 Long Rifle (22LR) dans 13 cas (8%), d'un pistolet à grenaille dans 12 cas (7,5%), d'une arme à air comprimé dans 2 cas et d'un pistolet dans 4 cas. Aucun suicidant n'avait employé de revolver dans les dossiers qui étaient renseignés pour cet item.

Enfin, le type d'arme employé n'était pas significativement différent entre les hommes et les femmes puisque 53% des hommes (n = 75) avaient utilisé une arme d'épaule contre 70% des femmes (n = 14).

□ ***Pathologie mentale et type d'arme à feu employé***

80% des sujets (n = 86) présentant une pathologie mentale avaient employé une arme d'épaule contre 50% des sujets ne présentant pas de pathologie mentale au moment du geste (n = 3).

□ ***Appartenance de l'arme à feu***

L'arme à feu appartenait au patient dans 80 cas (50%), tandis que nous n'avons pas retrouvé l'information dans 60 dossiers (37%). L'arme appartenait à un membre de la famille dans 10 cas et au conjoint dans 7 cas. En revanche, l'arme à feu utilisée appartenait plus souvent au suicidant lui-même lorsqu'il s'agissait d'un homme, tandis l'arme à feu utilisée par les femmes leur appartenait moins fréquemment ($X^2 = 27,91$; $p = .000\ 0001$) : dans 55% des cas masculins l'arme appartenait au suicidant lui-même contre 10% des cas féminins.

□ ***Notion de présence de plusieurs armes à feu au domicile ou dans l'entourage du suicidant***

Sur la question de la présence ou non d'autres armes à feu à domicile, l'information n'était pas notée dans 90% des cas. Dans 5%, il était noté l'absence d'autres armes au domicile du suicidant et 5% des patients en possédaient au moins 2.

□ ***Le patient était-il chasseur ?***

Il était précisé dans le dossier que le patient est un chasseur dans près de 10% des cas et qu'il ne l'était pas dans 6% des cas.

□ ***Notion d'homicide associé à la tentative de suicide***

Dans 3 cas (2%), le patient avait réalisé un homicide ou une tentative d'homicide avant le geste suicidaire.

L'arme à feu employée pour la tentative de suicide avait été utilisée dans les 3 cas pour la tentative d'homicide qui avait précédé le geste suicidaire.

Dans l'étude, aucune femme n'a été l'auteur d'un homicide puis d'une tentative de suicide et seuls 3 hommes ont commis un acte homicide suivi d'une tentative de suicide ; cependant, l'échantillon était trop faible pour obtenir une quelconque significativité pour ces résultats.

□ *Partie du corps visée*

En ce qui concerne le geste suicidaire, la partie du corps visée par le suicidant était la tête et/ou le cou dans 65% (n =104), le thorax dans 20% (n =33) toujours du côté gauche (du côté du cœur), l'abdomen dans 9% (n =15), les membres dans 2% (n =3), et l'information n'était pas précisée dans 6 cas (4%) et ne pouvait pas être déduite du lieu d'hospitalisation.

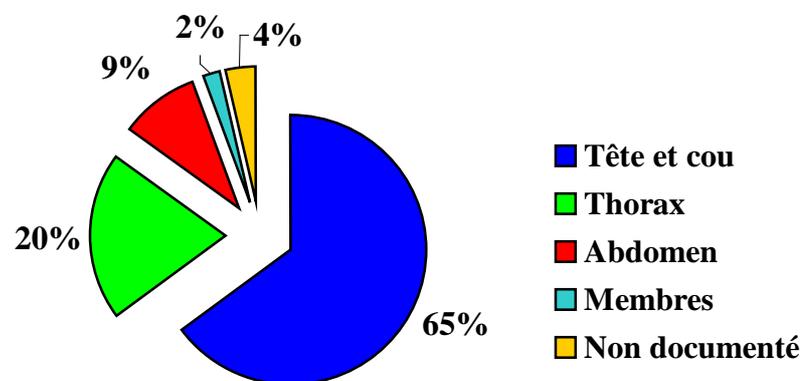


Fig. 26. - Partie du corps visée (n =161)

Par ailleurs, les plus de 65 ans avaient tendance à choisir plus souvent la tête que le thorax par rapport aux autres classes d'âge, notamment par rapport aux 36-55 ans ($X^2 = 14,07$; $p = .0001$). Les 36-55 ans avaient même plus tendance à choisir le thorax que l'abdomen par rapport aux 18-35 ans pour lesquels le thorax était visé dans la stricte proportion que l'abdomen.

Les plus de 65 ans visaient donc significativement plus souvent la tête que le thorax par rapport aux autres classes d'âge.

Il n'y avait cependant pas de différence significative entre les sexes pour ce qui était de la localisation corporelle du coup de feu : 66% des hommes (n = 93) avaient visé la tête ou le cou contre 55% des femmes (n = 11), 18% des hommes (n = 26) avaient visé le thorax contre 35% chez les femmes (n = 7), et enfin 10% des hommes avaient visé l'abdomen pour 5% chez les femmes.

□ *Nombre de coups de feu tirés*

Le nombre de coups de feu tirés était majoritairement un seul et unique coup (95%), et 2 coups de feu dans 3% des cas.

□ *Conséquences somatiques et importance du traumatisme balistique*

Des conséquences somatiques graves avec risque vital immédiat étaient rapportées dans 46% des situations et un traumatisme balistique important (délabrement important etc.) sans nécessairement qu'il y ait un risque vital immédiat était noté dans 50% des cas.

Aucune différence significative n'a été constatée en ce qui concerne les conséquences somatiques graves et l'importance du traumatisme balistique.

□ *Devenir de l'arme à feu*

Le devenir de l'arme à feu, c'est-à-dire sa neutralisation éventuelle ou sa saisie par les forces de police ou de gendarmerie, ou même son retrait par la famille du suicidant, n'était à aucun moment noté dans le dossier de soins psychologiques.

E. Evolution et prise en charge à l'hôpital général

1. « Trajectoire » hospitalière et de prise en charge

□ *Hospitalisation au C.H.U. de Poitiers*

Le patient était transféré d'un Centre Hospitalier Général (C.H.G.) dans près de 25% des cas (40 dossiers).

Le premier lieu d'hospitalisation au C.H.U. de Poitiers était, dans 16%, le service des urgences générales (lits portes), la réanimation médicale ou chirurgicale dans 17%, la neurochirurgie dans 23% des cas, le service d'O.R.L. dans 12%, le service de maxillo-facial (ou stomatologie chirurgicale) dans 15% des cas, le service de chirurgie viscérale dans 7% et d'autres services (orthopédie, chirurgie vasculaire, médecine etc.) dans 11% des cas.

Le patient a été transféré dans un autre service dans 29% des cas (n =46), et le second lieu d'hospitalisation au C.H.U. a été, dans 48% des transferts (n =22),

dans un service d'orthopédie, de chirurgie vasculaire ou de médecine ; 10 cas ont été transférés dans le service de stomatologie chirurgicale, 4 en ORL, 5 en neurochirurgie et 5 en chirurgie viscérale.

□ ***Durée d'hospitalisation au C.H.U.***

La durée globale d'hospitalisation au C.H.U. après tentative de suicide par arme à feu était inférieure à 2 semaines dans 91 cas (57%), entre 2 semaines et 1 mois dans 36 cas (22,5%), entre 1 et 3 mois dans 25 cas (16%) et supérieure à 3 mois dans 8 cas (5%). La durée d'hospitalisation était donc inférieure à 1 mois dans 80% des cas. La durée d'hospitalisation au CHU était inférieure à 1 mois chez 78% des hommes (n = 110) et inférieure à 15 jours dans 55% des cas (n = 78). Elle était inférieure à 1 mois dans 85% des cas chez les femmes (n = 17) et inférieure à 15 jours dans 65% des cas (n = 13). Aucune différence significative en fonction du sexe n'a été observée.

□ ***Délai admission au C.H.U. – 1ère consultation psychiatrique***

Le délai entre l'admission au C.H.U. après le geste suicidaire et la première consultation psychiatrique (faite par une infirmière du service de l'U.C.M.P. ou de l'U.A.M.P. ou par un psychiatre) variait entre le jour même de l'arrivée du patient au C.H.U. (52% soit 83 patients) à plus de 3 mois (9 cas soit 6%).

Cependant, 76% des suicidants sont reçus en entretien psychiatrique dans la semaine qui suit leur admission à l'hôpital général.

□ ***Fréquence moyenne du suivi psychiatrique infirmier***

La fréquence du suivi infirmier était très variable en fonction, d'une part, de la durée d'hospitalisation (le suivi est côté 1 par semaine dans les cas où une seule consultation a été effectuée), et, d'autre part, de l'état clinique somatique et psychologique du patient (par exemple en cas d'intubation ou le plus souvent de confusion mentale). Nous avons évalué à 2 par semaine le suivi infirmier psychiatrique dans 52% des cas et à 1 par semaine dans 30% des cas.

Le suivi dépassait 3 entretiens psychiatriques par semaine dans environ 16% des cas.

□ ***Fréquence moyenne du suivi médical psychiatrique***

La fréquence du suivi médical psychiatrique avec les mêmes limites que pour l'évaluation du suivi infirmier était d'une consultation par semaine dans 67% des cas et de 2 par semaine dans 24% des cas.

2. Approche clinique du suicidant

L'approche clinique du suicidant se limite aux diagnostics des pathologies psychiatriques et des troubles de la personnalité car l'évaluation sémiologique nous a paru trop subjective au regard de la diversité des intervenants en psychiatrie et d'une année à l'autre.

Les diagnostics et les troubles de personnalité retenus sont le fruit du recoupement des notes du praticien (uniquement les psychiatres) et de la cotation CIM-10 qui est associée.

□ *Diagnostic(s) psychiatrique(s) posé(s) au décours du passage à l'acte*

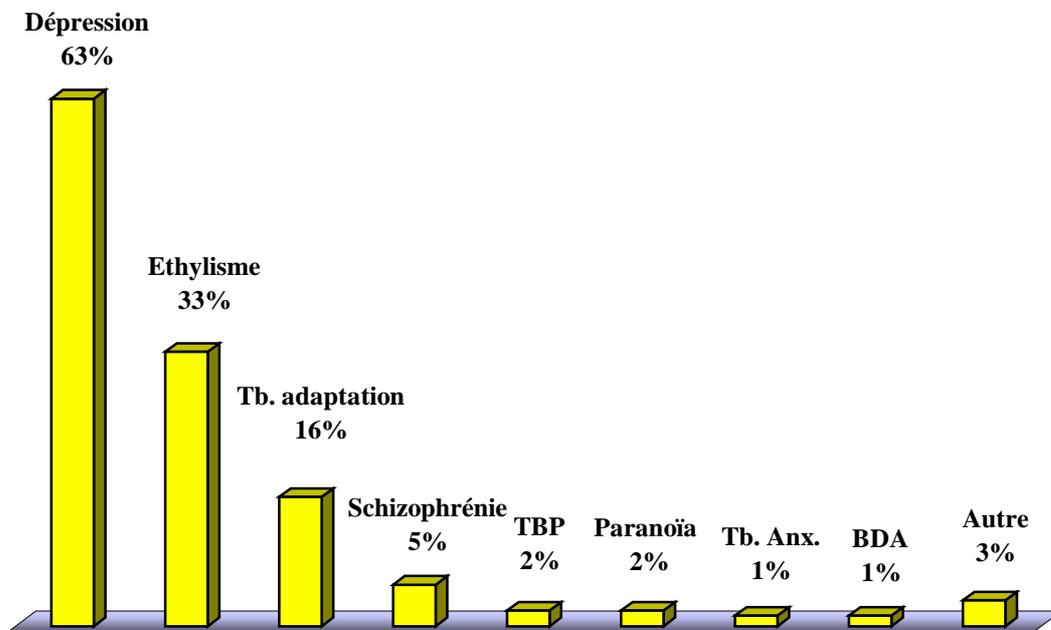


Fig. 27. - Diagnostic(s) psychiatrique(s) posé(s) au décours du passage à l'acte (n = 161)

Un diagnostic de pathologie psychiatrique a été posé dans 150 dossiers (près de 94%) : Dépression dans 102 cas, répartis en épisode dépressif majeur (99 cas) et dysthymie (3 cas), trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et/ou anxiété : 25 cas. Par ailleurs, nous retrouvons 8 cas de schizophrénie pour 3 cas de psychose paranoïaque.

- Répartition des pathologies mentales par classe d'âge

Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne les pathologies psychiatriques diagnostiquées en fonction des classes d'âge. Toutefois, les 36-55 ans avaient tendance à avoir plus souvent une pathologie psychiatrique que les autres classes d'âge.

- Répartition des pathologies mentales en fonction du sexe

Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes suicidants par arme à feu en ce qui concerne la présence ou non d'une pathologie mentale associée puisque 93% des sujets de sexe masculins présentaient une pathologie psychiatrique contre 100% des femmes.

60% des sujets de sexe masculin présentaient une dépression (n = 84), 16% un trouble de l'adaptation (n = 23) et 6% une schizophrénie (n = 8). 75% des sujets de sexe féminin présentaient une dépression (n = 15), 10% un trouble de l'adaptation (n = 2) et aucun cas de schizophrénie n'a été retrouvé chez les femmes. Il n'y avait aucune différence significative en fonction du sexe en ce qui concerne le type de pathologie mentale présentée par le suicidant.

- Pathologies mentales et situation professionnelle

Les suicidants par arme à feu retraités présentaient plus fréquemment une dépression qu'un trouble adaptatif ($X^2 = 4,15$; $p = .04$) ou qu'une autre pathologie mentale : 67% des sujets retraités présentaient une dépression (n = 20). De plus, 98% des chômeurs présentaient une pathologie psychiatrique (n = 44), ce qui représentait 32% des pathologies mentales diagnostiquées. Cependant, les chômeurs ne présentaient pas significativement plus souvent une pathologie mentale que les autres professions.

□ ***Maladie somatique grave et pathologie mentale***

Nous avons retrouvé une association significative maladie somatique grave et trouble de l'adaptation (test de Fisher ; $p = .006$) : 47% des sujets présentant une pathologie physique avaient un trouble de l'adaptation associé ce qui représentait 32% des sujets présentant un trouble de l'adaptation (n = 8) contre 9% des patients souffrant de dépression (n = 9).

□ ***Pathologie mentale et préméditation***

Pas de différence significative en ce qui concerne la préméditation du geste et le type de pathologie mentale présentée (dépression, trouble de l'adaptation, schizophrénie etc.).

□ *Pathologie mentale et impulsivité*

La dépression et le trouble adaptatif avaient plus tendance à être associés à un passage à l'acte impulsif : 73% des gestes impulsifs étaient associés à une dépression (n = 69) et 22% à un trouble de l'adaptation (n = 21).

□ *Conduites addictives*

Le diagnostic d'éthylisme chronique était porté dans 53 cas (33%). Il était plus fréquemment porté chez les 36-55 ans que chez les 18-35 ans ($X^2 = 5,40$; $p = .02$). De même, l'addiction à l'alcool était plus fréquente chez les 36-55 ans par rapport aux plus de 65 ans ($X^2 = 7,94$; $p = .004$) et chez les 56-65 ans par rapport aux plus de 65 ans ($X^2 = 5,25$; $p = .02$). Aucune différence significative n'a été observée entre les 18-35 ans et les 56-65 ans, de même qu'entre les 36-55 ans et les 56-65 ans. Cependant, l'alcoolisme chronique était surreprésenté dans la classe d'âge 36-55 ans par rapport aux autres classes. Le diagnostic d'éthylisme chronique ou de dépendance à l'alcool était significativement plus fréquemment porté chez les hommes que chez les femmes ($X^2 = 5,52$; $p = .01$).

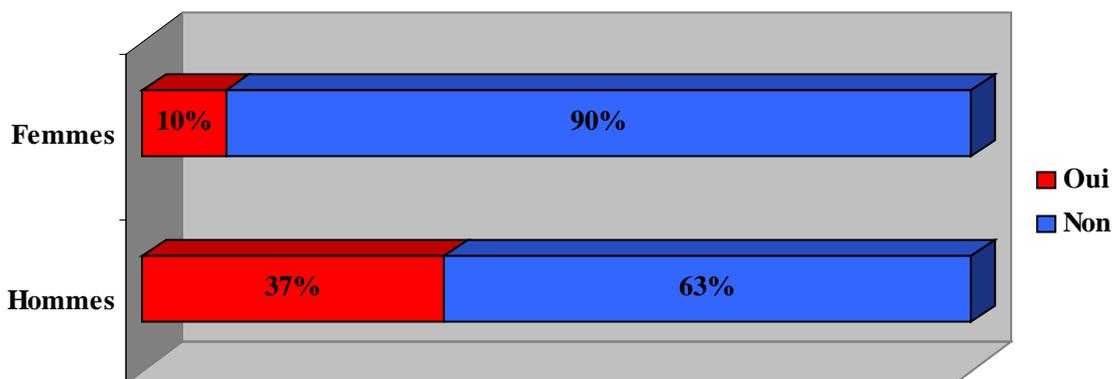


Fig. 28. - Dépendance à l'alcool en fonction du sexe
(n = 161)

Pas de différence significative entre les patients éthyliques et les non éthyliques en ce qui concerne les antécédents de tentative de suicide.

□ *Co-morbidités psychiatriques : Pathologie mentale et addictions*

100% des éthyliques chroniques (n = 53) présentaient une pathologie mentale associée. La présence d'une pathologie psychiatrique était significativement

associée à l'éthylisme chronique (test de Fisher ; $p = .01$). La dépression était plus fréquemment associée à l'addiction à l'alcool que la schizophrénie (test de Fisher ; $p = .02$) : 86% des pathologies mentales associées à l'alcoolisme étaient la dépression, tandis que 38% des dépression étaient associées à l'addiction à l'alcool ($n = 38$).

□ *Pathologie mentale et antécédents psychiatriques*

La schizophrénie était significativement associée à des antécédents psychiatriques en comparaison avec les sujets présentant un trouble adaptatif (test de Fisher ; $p = .01$). Pas de différence significative en ce qui concerne les autres pathologies mentales.

□ *Pathologie mentale et antécédents de TS*

100% des patients ayant des antécédents de TS avaient également un diagnostic de pathologie mentale posé au décours du geste suicidaire par arme à feu ($n = 53$). 35% des patients ayant une pathologie mentale au moment du geste suicidaire avaient des antécédents de tentative de suicide.

Donc, les patients ayant des antécédents de TS avaient plus fréquemment une pathologie mentale au moment du geste suicidaire par arme à feu (test de Fisher ; $p = .01$).

□ *La confusion mentale associée aux complications neurologiques et/ou effet indésirable des antalgiques*

Le diagnostic de confusion mentale (généralement non coté au niveau de la CIM-10) était porté dans 36 cas (22,5%).

□ *Angoisses et idées suicidaires repérées au cours de l'hospitalisation à l'hôpital général*

Des angoisses étaient repérées dans 130 cas soit 81% des dossiers. Cependant, l'anxiété n'était pas exprimée comme étant en rapport avec des séquelles physiques éventuelles dans 93% des cas. Seuls 9 patients (6%) sont rapportés comme exprimant des angoisses à ce sujet. Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe en ce qui concerne la présence de symptômes d'anxiété chez le suicidant. Toutefois, nous observons que l'anxiété est plus fréquente chez les femmes : 19 cas, soit 95% des femmes contre 111 cas

masculins soit 79% des hommes. Par ailleurs, le patient avait exprimé des idées suicidaires alors qu'il était hospitalisé au CHU dans 33 cas soit 21%. Des idées de suicide n'étaient pas plus souvent repérées chez les femmes que chez les hommes.

□ *Tentatives de suicide à l'hôpital général*

Aucun patient n'a effectué de nouvelle tentative de suicide alors qu'il (elle) était hospitalisé(e) au CHU à la suite de la tentative de suicide par arme à feu. Aucun suicide à l'hôpital général n'a non plus été recensé pour les suicidants par arme à feu inclus dans l'étude.

□ *Trouble de la personnalité*

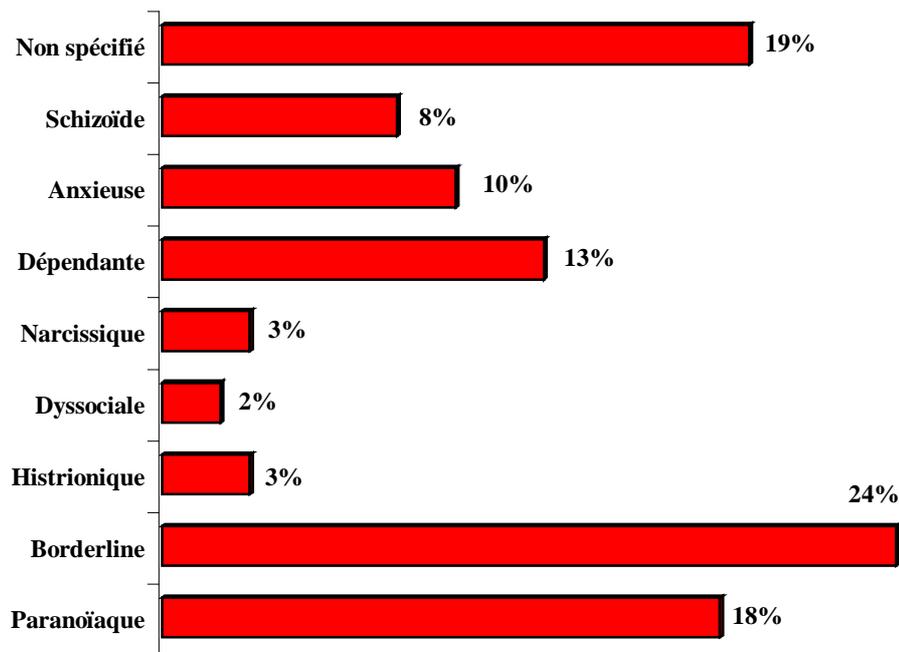


Fig. 29. - Troubles de la personnalité (n =103)

Un trouble de la personnalité était mentionné dans 103 dossiers soit 64,5% des cas :

- Personnalité borderline ou émotionnellement labile : 25 cas (24%) ;
- Trouble non spécifié : 20 cas ;
- Personnalité paranoïaque : 19 cas ;
- Personnalité dépendante : 13 cas.

Aucune différence significative en fonction du sexe de la prévalence d'un trouble de la personnalité n'a été observée : 62% des hommes (n = 88) présentaient un trouble de la personnalité contre 75% des femmes (n = 15). De plus, les 18-35 ans représentaient la classe d'âge comprenant le plus de troubles de la personnalité, suivis des 36-55 ans, tandis que les plus de 65 ans constituaient, au contraire, la classe comprenant le moins de troubles de la personnalité.

□ *Trouble de la personnalité et impulsivité*

Il existait une tendance non significative à l'association trouble de la personnalité et impulsivité puisque 76% des patients ayant un trouble de la personnalité avaient effectué leur geste suicidaire par arme à feu dans un contexte impulsif et 68% des gestes suicidaires impulsifs étaient associés à un trouble de la personnalité.

□ *Trouble de la personnalité et antécédents de tentative de suicide*

Les patients qui avaient un trouble de la personnalité avaient plus fréquemment des antécédents de TS ($X^2 = 7,64$; $p = .005$) : 79% des patients ayant des antécédents de TS avaient un trouble de personnalité (n = 42) et 41% des sujets ayant un trouble de la personnalité avaient des antécédents de tentative de suicide. En revanche, il n'existait pas de différence significative en ce qui concerne l'utilisation d'un moyen violent dans les antécédents de TS et la présence ou non d'un trouble de la personnalité.

□ *Pathologie mentale et trouble de la personnalité*

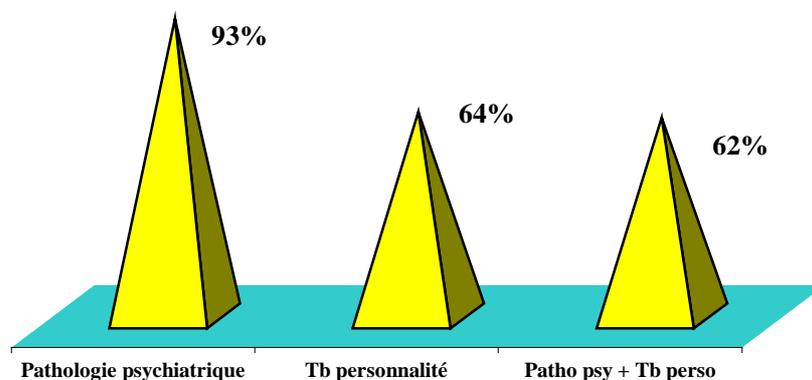


Fig. 30. - Pathologies psychiatriques et troubles de la personnalité (n = 161)

Le diagnostic d'une pathologie psychiatrique au niveau de l'axe I était significativement associé à un diagnostic de trouble de personnalité au niveau de l'axe II (test de Fisher ; $p = .02$).

□ **Structure psychique**

La notion de structure psychique n'était employée que dans 12 cas (7,5%) et était répartie comme suit :

- a) Structure psychotique : 6 cas
- b) Structure névrotique : 5 cas
- c) Astructuration limite : 1 cas.

3. Approche thérapeutique

□ **Prescription d'un traitement psychotrope (TTT psychot)**

Un traitement psychotrope a été jugé nécessaire dans 78% des cas ($n = 124$). Celui-ci a été accepté sans opposition de la part du patient dans 115 cas soit 92% des patients relevant d'un traitement médicamenteux.

Dans 9 cas, les patients étaient opposés fermement au traitement prescrit par le psychiatre.

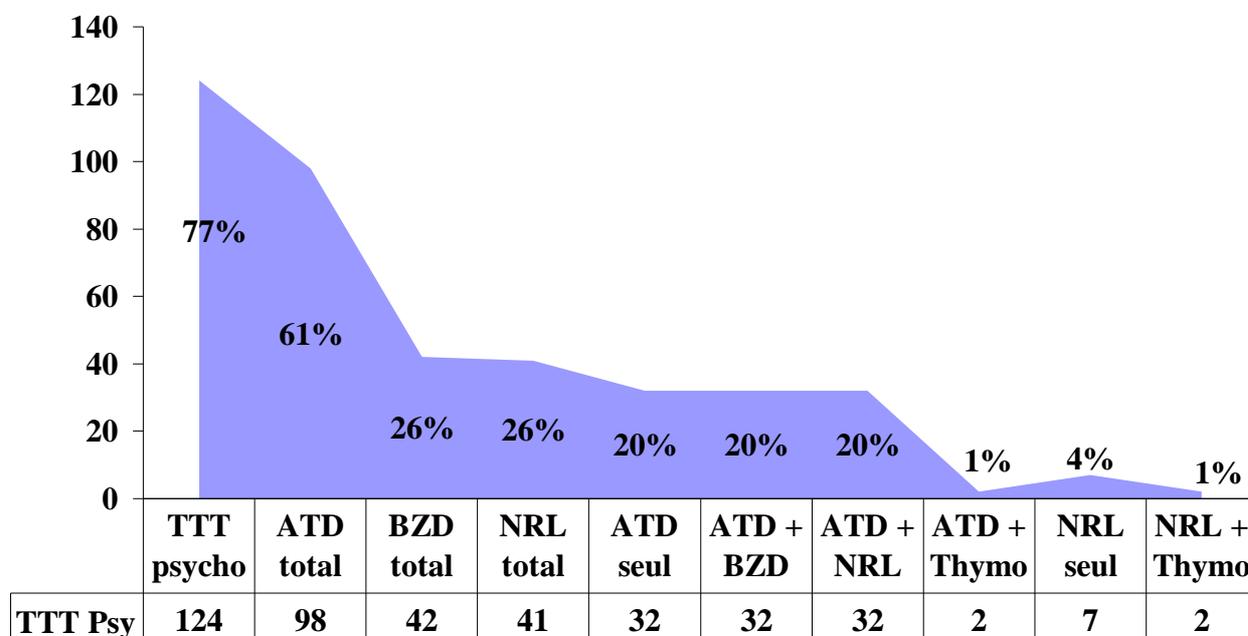


Fig. 31. - Traitements psychotropes prescrits (n = 161)

Aucune différence significative n'était observée en fonction du sexe puisque 74% des hommes avaient un traitement psychotropes à leur sortie contre 79% des femmes.

□ ***Répartition globale des traitements***

Un antidépresseur a été prescrit dans 98 cas (83% des prescriptions), en monothérapie dans 32 cas (27%), en association avec un anxiolytique de type benzodiazépine dans 32 cas (27%), en association avec un neuroleptique ou antipsychotique dans 32 cas également (27%) et en association avec un thymorégulateur dans 2 cas.

□ ***Antidépresseurs (ATD)***

Les deux classes d'antidépresseur les plus prescrites sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (I.S.R.S.) constituant plus de 73% des prescriptions d'antidépresseur et à un moindre degré, les antidépresseurs tricycliques dans 17% des prescriptions d'antidépresseurs.

□ ***Anxiolytiques (BZD)***

Un anxiolytique de type benzodiazépine a été prescrit dans 42 cas (35%).

□ ***Neuroleptiques et antipsychotiques (NRL)***

Un neuroleptique ou un antipsychotique a été prescrit dans 41 cas (35%), en monothérapie dans 7 cas (6%), en association avec un antidépresseur dans 32 cas (27%) et associé à un thymorégulateur dans 2 cas. Dans 64% des prescriptions de neuroleptiques, il s'agissait d'une co-prescription à visée anxiolytique et sédative (neuroleptique de première génération à faible posologie : par exemple, Cyamémazine ou Pipampérone).

Les autres prescriptions étaient à visée antiproductive : 4 cas de prescription de neuroleptique de première génération à dose antipsychotique, 10 patients ont été mis sous antipsychotique de nouvelle génération (Rispéridone ou Olanzapine) et 2 patients ont bénéficié d'un traitement neuroleptique à action prolongée (forme retard injectable).

□ ***Complications somatiques au cours de la prise en charge hospitalière***

Sur le plan physique, il était rapporté des complications somatiques dans 25 cas (près de 16%), dont des complications infectieuses dans 14 cas.

□ ***Rapports de l'entourage du suicidant avec les médecins somaticiens et les psychiatres***

En ce qui concerne les rapports avec l'entourage et les médecins somaticiens des services dans lesquels les patients étaient hospitalisés (le plus souvent, des chirurgiens), nous constatons que l'entretien d'un membre de l'équipe psychiatrique avec l'entourage n'a été réalisé que dans 54% (n = 85), mais également que le patient n'avait reçu de visites de l'entourage que dans 54%.

En revanche, un entretien entre la famille ou l'entourage du patient, le chirurgien ou médecin en charge du patient, et un membre infirmier ou médical de l'équipe psychiatrique n'avait été reporté que dans 2 dossiers.

- Entretien avec l'entourage en fonction du sexe

Par ailleurs, même si aucune différence significative n'a été mise en évidence, nous observons que les femmes avaient plus tendance à recevoir de la visite de leur entourage proche durant leur hospitalisation au CHU : 65% des femmes ont reçu de la visite (n = 13) contre 55% des hommes (n = 78). Une consultation psychiatrique avec l'entourage avait été plus souvent réalisée chez les femmes : 60% contre 52% (résultat non significatif).

- Pathologies mentales et entretien avec l'entourage

L'entourage du suicidant n'était pas significativement plus rencontré lorsqu'une pathologie mentale avait été diagnostiquée : 54% des patients présentant une pathologie psychiatrique avaient vu leur entourage rencontrer un ou plusieurs membres de l'équipe médicopsychologique alors que dans 46% des cas présentant une maladie mentale évolutive, l'entourage n'avait pas été rencontré.

- Trouble de la personnalité et entretien avec l'entourage

L'entourage des patients ayant un trouble de la personnalité avait tendance à être plus souvent rencontré par l'équipe médicopsychologique par rapport aux patients ne présentant pas de trouble de la personnalité (résultat non significatif) : 56% des patients présentant un trouble de la personnalité ont vu leur entourage rencontré par les équipes médicopsychologiques.

F. Devenir et orientation après hospitalisation au CHU de Poitiers

□ Décès du patient au C.H.U.

Dans 7 cas, le patient est décédé au C.H.U. de Poitiers des suites de son passage à l'acte ou des complications secondaires (infection etc.).

□ Séquelles physiques liées aux conséquences du passage à l'acte

Des séquelles physiques étaient rapportées dans 40 cas, principalement des séquelles fonctionnelles (25 cas) et esthétiques (10 cas).

□ Orientation psychiatrique après sortie du C.H.U.

En ce qui concerne l'orientation psychiatrique à la sortie du C.H.U. de Poitiers, une prise en charge était proposée et organisée dans 93% des cas.

- Pas d'orientation vers une prise en charge psychiatrique

11 patients suicidants n'ont donc eu aucune prise en charge psychiatrique à leur sortie. Dans 6 cas sur les 11 qui n'ont pas bénéficié de prise en charge psychiatrique, les patients se sont opposés à toute prise en charge ultérieure : dans 3 cas, c'est la famille qui a refusé de constituer le tiers en vue d'une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte, et dans 3 autres cas, le patient est sorti contre-avis médical du C.H.U. Dans 2 cas, il a été estimé qu'une prise en charge par le médecin traitant s'avérait suffisante. Dans 3 cas, l'orientation n'était pas précisée : nous les avons donc inclus dans les patients ne bénéficiant d'aucune prise en charge ultérieure.

- Prise en charge ambulatoire

Cette prise en charge était ambulatoire dans 34% des cas (n =52) avec, dans 27% (n =32), une consultation avec un psychiatre dans le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) correspondant à son secteur d'habitation, dans 6,5% des cas (n =10), une consultation au C.M.P. associée à des visites à domicile par une infirmière psychiatrique de son secteur, et dans 8 cas (5%) une consultation avec un psychiatre libéral.

- Hospitalisation en psychiatrie

Dans 41% des cas (n =66), une hospitalisation en psychiatrie a été organisée.
Un seul cas a été orienté vers une prise en charge en hôpital de jour.

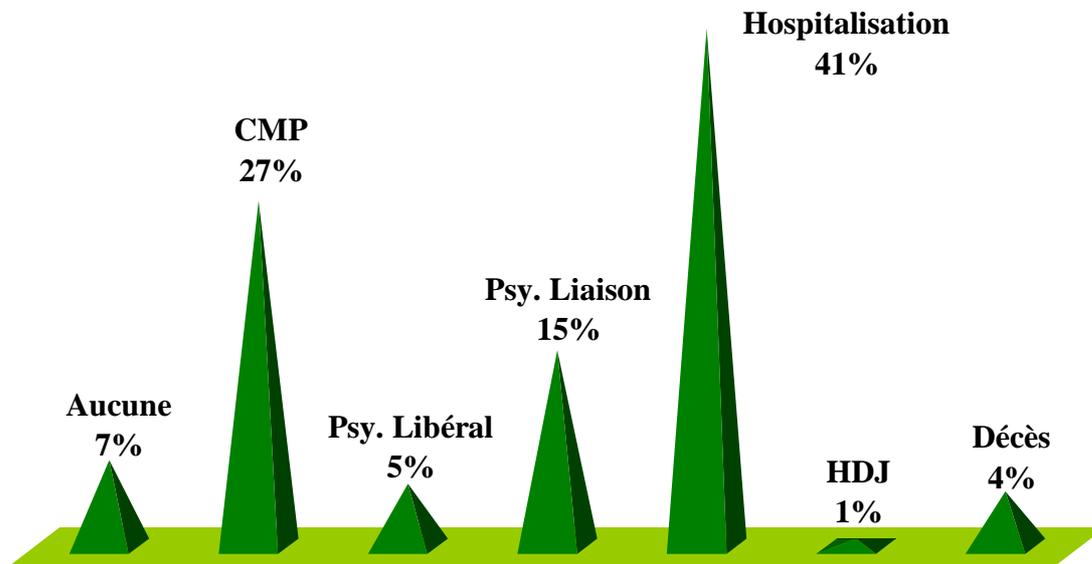


Fig. 32. - Orientation psychiatrique après sortie du C.H.U. (n=161)

Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'orientation vers un hôpital psychiatrique à la sortie du CHU en fonction de l'âge. Cependant, nous notons une tendance des 36-55 ans à être plus fréquemment hospitalisés en psychiatrie après le geste suicidaire par arme à feu. Une hospitalisation en psychiatrie a été plus fréquemment décidée pour les femmes que pour les hommes : 60% des sujets de sexe féminins (n = 12) ont bénéficié d'une hospitalisation en milieu psychiatrique après leur geste suicidaire contre seulement 38% des hommes (n = 54).

- Pathologies mentales diagnostiquées et hospitalisation en psychiatrie

Les patients qui présentaient une maladie mentale au moment du geste suicidaire avaient plus tendance à être hospitalisés en psychiatrie à leur sortie du CHU puisque 98% des patients hospitalisés en psychiatrie au décours de leur geste suicidaire présentaient une pathologie psychiatrique. Les patients schizophrènes étaient plus souvent hospitalisés en psychiatrie que les dépressifs (test de Fisher ; p = .01) et que les patients présentant un trouble adaptatif (test de Fisher ; p = .001) : 88% des schizophrènes ont bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie à leur sortie du CHU (n = 7) contre 43% des dépressifs (n = 42) et 22% des troubles adaptatifs (n = 5).

- Trouble de la personnalité et hospitalisation en psychiatrie

Les patients qui avaient un trouble de la personnalité avaient plus tendance à être hospitalisés en psychiatrie à leur sortie du CHU : 71% des patients hospitalisés en psychiatrie avaient un trouble de la personnalité et 46% des patients ayant un trouble de la personnalité étaient hospitalisés en psychiatrie à leur sortie du CHU (n = 47).

□ *Mode d'hospitalisation en psychiatrie*

Le mode de placement en psychiatrie s'est répartie entre hospitalisation libre (HL) dans 42 cas (64% des hospitalisations), hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) dans 23 cas (35% des hospitalisations) et hospitalisation d'office (HO) dans un seul cas. Une hospitalisation libre avait été réalisée dans 61% des cas pour les hommes contre 75% des cas pour les femmes.

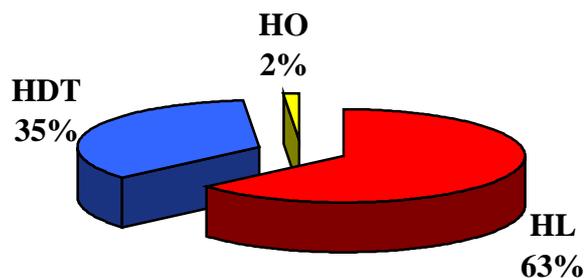


Fig. 33. - Mode d'hospitalisation en psychiatrie (n =66)

□ *Relais vers le service de psychiatrie de liaison du C.H.G. d'origine*

Dans 15% des cas (n =25), un relais avec le service de psychiatrie de liaison ou avec les psychiatres assurant le travail du psychiatre de liaison, a été organisé, principalement lorsqu'un transfert dans le C.H.G. d'origine a été réalisé.

□ *Récidives suicidaires connues*

A travers l'examen du dossier médical du patient, nous avons tenté de rapporter les tentatives de suicide ultérieures, les suicides aboutis échappant bien entendu à notre comptage.

Nous avons volontairement considéré que nous ne pouvions estimer les tentatives de suicide ultérieures des patients qui n'étaient pas domiciliés dans la Vienne puisque ceux-ci avaient pu être hospitalisés après un nouveau geste suicidaire dans le C.H.G. de leur département d'habitation.

Parmi les patients domiciliés dans la Vienne, 11 ont fait au moins un nouveau passage à l'acte, dont 6 par un moyen violent : 2 par phlébotomie, 2 par précipitation et 2 non précisés.

Dans les récurrences de tentative de suicide, nous notons 8 tentatives de suicide médicamenteuses.

- Récurrences suicidaires en fonction du sexe

13% des hommes inclus dans l'étude ont fait une nouvelle tentative de suicide : ce pourcentage ne tient pas compte des patients non domiciliés dans la Vienne.

De plus, 8% des femmes ont fait une nouvelle tentative de suicide après leur geste suicidaire par arme à feu.

Pour ce qui est des récurrences suicidaires, les hommes avaient tendance à employer plus fréquemment un moyen violent pour le geste qui avait suivi celui par arme à feu, mais les faibles effectifs ne nous donnent pas de résultats significatifs : 60% des gestes suicidaires ultérieurs chez les hommes avaient utilisé un moyen violent (n = 6) contre 0% chez les femmes.

- Idées de suicide exprimées, anxiété et récurrences suicidaires

Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne la survenue d'une nouvelle tentative de suicide en fonction de la verbalisation ou non d'idées suicidaires repérée par les soignants au décours du geste suicidaire par arme à feu : 29% des patients ayant initialement exprimés des idées de suicide ont récidivé après la tentative de suicide par arme à feu (n = 4). 64% des patients ayant récidivé n'avaient pas exprimé d'idées suicidaires lors de l'hospitalisation à la suite du geste par arme à feu (n = 7). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne la survenue d'une nouvelle tentative de suicide en fonction d'une composante anxieuse repérée par les soignants au décours du geste suicidaire par arme à feu : dans 91% des récurrences suicidaires, une note d'anxiété avait été rapportée dans le dossier de soin, mais seuls 13% des patients présentant des symptômes d'anxiété ont récidivé (n = 10).

- Orientation vers une hospitalisation en psychiatrie et récurrences suicidaires

Pas de différence significative en ce qui concerne la survenue d'une nouvelle tentative de suicide en fonction d'une hospitalisation ou non en psychiatrie au décours du geste suicidaire par arme à feu.

- Pathologies mentales diagnostiquées et récidives suicidaires

Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne la survenue d'une nouvelle tentative de suicide en fonction de la pathologie mentale présentée au moment du geste suicidaire par arme à feu.

- Conduites addictives et récidives suicidaires

Aucune différence significative n'a été mise en évidence. Les patients non éthyliques avaient tendance à moins récidiver que les patients éthyliques : 9% des non éthyliques ont récidivé contre 18% des patients éthyliques.

- Trouble de la personnalité et récidives suicidaires

Tous les patients ayant fait une nouvelle tentative de suicide avaient un trouble de la personnalité (n = 11) : les patients qui présentaient un trouble de la personnalité faisaient plus de tentatives de suicide ultérieures que les autres patients (test de Fisher ; p = .01). De plus, 50% des patients ayant un trouble de la personnalité et ayant récidivé avaient utilisé un moyen violent pour les gestes suicidaires ultérieurs : donc les patients ayant un trouble de la personnalité avaient tendance à employer plus souvent un moyen violent dans les récidives suicidaires.

V. DISCUSSION

Les études centrées sur les méthodes violentes employées au cours des tentatives de suicide sont relativement rares dans la littérature internationale. De plus, la majorité des travaux publiés incluent les sujets décédés par suicide, ou étudient des populations de patients hospitalisés en psychiatrie, ou encore traitent des aspects préventifs axés sur l'influence de la disponibilité du moyen ou sur l'influence de telle ou telle législation sur le taux de suicide, ou enfin concernent les aspects médico-légaux, centrés sur la balistique. En revanche, peu d'études sont consacrées aux survivants de ces gestes violents, ou tentent de mieux cerner la psychopathologie de ces gestes. Pourtant, selon DE MOORE [75], les suicidants par arme à feu constitueraient un groupe cliniquement différencié des autres et, en particulier des suicidants par précipitation, ce qui va à l'encontre d'une unicité psychopathologique quel que soit le moyen, ce que nous tenterons de discuter ci-après.

En France, les études réalisées sur les tentatives de suicide par arme à feu sont également peu fréquentes et, elles n'incluent généralement qu'un nombre limité de patients : 3 patients (PITTON DURAND, 1999 [178]), 8 cas (BABILLIOT, 1983 [11]), 9 patients (HORIUCHI, 1990 [115]), 13 patients (MOREL, 1974 [160]), 15 cas (GUEZ, 1991[104]), 19 cas (GAULT, 2002 [100]), 36 cas (MARTINEAU, 1993 [148]) etc.

Ces études incluent en majorité des patients hospitalisés à l'hôpital général après une tentative de suicide par arme à feu et pris en charge par les équipes de psychiatrie de liaison et/ou des urgences. Quelques uns de ces auteurs ont d'ailleurs porté leur intérêt principalement sur les conséquences physiques d'un tel geste, comme par exemple la défiguration, et les aspects psychologiques qui lui sont associés.

Dans cette partie du travail, nous tenterons donc de confronter nos résultats avec les données de la littérature, puis de dégager de ce groupe de patients suicidants les éléments qui nous apparaissent comme spécifiques afin de mieux l'appréhender. L'objectif ultime que nous poursuivons à travers cette étude est d'apporter des éléments qui nous seraient aidants pour une meilleure prévention de ces passages à l'acte bien souvent autant destructeurs sur le plan physique que sur le plan psychologique.

A. Données sociodémographiques : des différences importantes avec les autres modes de suicide

Les premiers résultats de notre étude montrent quelques spécificités par rapport aux populations de suicidants utilisant d'autres moyens de suicide. Nous sommes en effet d'emblée frappés par la répartition hommes-femmes avec la nette surreprésentation des sujets de sexe masculins. Nous étudierons également les tranches d'âge plus particulièrement concernées, ainsi que l'activité professionnelle et la situation matrimoniale.

1. Les suicidants par arme à feu : une nette prédominance de sujets de sexe masculin âgés entre 40 et 50 ans

a) Une moyenne d'âge comprise entre 36 et 55 ans

Dans sa thèse, PITTON DURAND (1999) [178] a montré l'existence de deux pics de fréquence en ce qui concerne les suicidés par arme à feu : de 18 à 30 ans et de 40 à 55 ans. Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients était de 46 ans avec des extrêmes allant de 18 à 89 ans. Ces résultats sont tout à fait similaires aux autres travaux déjà publiés puisque MARTINEAU [148] retrouvait également une moyenne d'âge de 39 ans chez les hommes et de 41 ans pour les femmes. De la même manière, la moyenne d'âge des suicidants inclus dans l'étude de BOURGEOIS et al [30] était de 45 ans. MONCHO (1989) [159] retrouvait une moyenne d'âge de 45,8 ans dans sa série de 25 suicidants par arme à feu, avec des extrêmes allant de 18 à 79 ans. Une étude plus récente (GAULT, 2002 [100]), réalisée auprès de 19 suicidants par arme à feu hospitalisés au CHU de Rennes, montrait que l'âge moyen était de 46,2 ans, allant de 24 à 71 ans. Dans cette étude, la classe d'âge la plus représentée était celle des 40-49 ans (8 cas). Dans notre étude, les 40-49 ans représentent 24% des cas soit 35 patients, les 30-39 ans, 23% des cas et les 18-29 ans, 18% des cas. Il n'y a donc pas de classe d'âge surreprésentée significativement, mais nous observons cependant un pic de fréquence pour les 35-39 ans (14% des cas). De plus, nous remarquons que 40% des hommes et 45% des femmes sont dans la tranche 36-55 ans.

b) Une surreprésentation masculine

En ce qui concerne le sexe des patients, dans toutes les études portant sur les suicidants ou sur les suicidés par arme à feu, nous retrouvons une

surreprésentation masculine. En effet, dans notre série, nous recensons 141 hommes (soit 87,6%) pour 20 femmes (soit 12,4%). De même, MARTINEAU (1993) [148] comptait-il, sur 36 suicidants par arme à feu, 81% d'hommes pour 19% de femmes ; BOURGEOIS et al [30], à partir d'une série de 13 cas, retrouvait 12 hommes pour une seule femme ; GUEZ recensait également 14 hommes pour une seule femme [104]. MONCHO (1989) retrouvait 23 hommes pour 2 femmes [159]. La thèse de GAULT (2002) [100], sur 19 patients suicidants par arme à feu, avait inclus 18 hommes pour une seule femme. PITTON DURAND (1999) [178] mentionnait également la nette prépondérance masculine des suicidants par arme à feu. Les résultats de notre étude concordent donc avec ceux de la littérature qui mettent en évidence une nette prédominance du sexe masculin parmi les suicidants par arme à feu. Nous ne sommes d'ailleurs pas surpris outre mesure par ces conclusions. En effet, nous savons que les suicides réussis concernent en majorité des hommes, ce qui peut laisser à penser que les hommes emploient des moyens potentiellement plus létaux que les femmes, que ce soit pour les tentatives de suicide que pour les suicides aboutis.

2. Milieu rural, professions manuelles et chômage fréquemment observés

a) La ruralité comme facteur de risque

Les résultats de notre étude sont congruents avec les résultats des études françaises publiées puisque nous notons de la même manière que BOURGEOIS et al, GUEZ [104] et MOREL [160], une prédominance du milieu rural chez les suicidants par arme à feu avec 59% des cas pour notre travail. Ces résultats s'opposent aux autres modes de tentatives de suicide, principalement les intoxications médicamenteuses qui sont plus fréquentes en milieu urbain, au contraire des suicides aboutis qui sont plus fréquents en milieu rural. Cependant, nous ne pouvons écarter un biais possible de sélection, constitué par le fait que la région Poitou-Charentes est une région à caractère essentiellement rural. Dans les publications internationales, principalement nord-américaines, le facteur géographique n'est pas souvent étudié, à l'exception des études de BRENT (1991, 1993, 2001) [36, 37, 40] qui ont mis en évidence une prédominance du milieu rural pour ce qui est des suicides à l'aide d'une carabine ou d'un fusil de chasse chez les hommes. En revanche, dans ces travaux, les suicides par revolver étaient plus fréquents chez les femmes et dans les grandes villes.

b) Des professions plutôt manuelles pour une quasi-absence des professions avec arme à feu à usage professionnel

Dans notre étude, nous constatons que le profil scolaire est peu souvent précisé puisqu'il n'est pas renseigné dans 43% des dossiers. Pourtant, il nous semble que cette information pourrait nous apporter des éléments non seulement en ce qui concerne le niveau de formation, mais également, et surtout, en ce qui concerne le déroulement de la scolarité et les difficultés éventuelles rencontrées (phobie scolaire etc.). Pour notre étude, nous observons la fréquence relative de la filière BEP/CAP (32%), ainsi que la faible proportion de la filière générale et des études universitaires. Cependant, l'importance des non-réponses ne nous autorise pas à établir des conclusions solides à ce sujet, mais il serait intéressant d'examiner si la tendance observée est confirmée pour les 43% des dossiers non documentés.

En ce qui concerne la situation professionnelle au moment du passage à l'acte, les études françaises ont montré une prépondérance de professions manuelles au détriment de professions intellectuelles (GUEZ [104], GAULT [100]). Nos résultats sont concordants avec ceux des études citées puisque les ouvriers représentent 15% de l'effectif, de même que les artisans et commerçants. Ces derniers étaient toutefois absents de l'échantillon étudié par GAULT [100]. Cependant, nous ne retrouvons pas une majorité d'agriculteurs (7%), contrairement à l'étude rennaise de GAULT (2002) [100]. De même, BOURGEOIS et al [30] en recensaient une majorité dans leur échantillon (6 cas). D'autre part, une étude réalisée en Irlande du Nord aurait montré une forte prévalence de suicide par arme à feu chez les agriculteurs (ARMOUR, 1996 [6]), sans pour autant que les tentatives de suicide aient été prises en compte. Enfin, les gestes suicidaires se produisant au sein de la police ou de la gendarmerie ont été fortement médiatisés durant ces dernières années, et ce d'autant que ces gestes étaient fréquemment commis au moyen de l'arme à feu de service. Cette classe professionnelle, considérée à risque non seulement en raison de la pénibilité des conditions de travail, parfois du manque de soutien de la part de la population, mais également en raison de la disponibilité immédiate de l'arme à feu, n'est pourtant pas surreprésentée dans notre échantillon avec seulement 2,5% des cas (4 patients). De même, CONDROYER et MAURICE cités par VAUTERIN [209], en 1980, avaient montré que les suicides et tentatives de suicide en milieu militaire étaient rares, témoignant, selon ces auteurs, « de l'efficacité du contrôle des armes, souci constant du commandement ». Par ailleurs, aux Etats-Unis, TURVEY (1995) [206] a attiré l'attention sur le taux deux fois plus élevé de suicide chez les policiers américains par rapport à la population générale. Cette sous-représentation du milieu des forces de l'ordre dans notre échantillon, en comparaison avec les chiffres de TURVEY, peut s'expliquer, d'une part, par le fait que notre population est une population de suicidants et non de suicidés, et, d'autre part, pour des raisons culturelles. En effet, l'arme à feu n'occupe pas la même « place

sociale » en France qu'aux Etats-Unis, et elle reste, dans notre pays, un instrument probablement moins utilisé « en pratique policière courante ». En ce qui concerne la dimension de la précarité de l'emploi, à ce jour, aucune étude analysant les relations entre gestes suicidaires et situations professionnelles précaires (RMI, CES) n'a été réalisée en dehors de l'étude de CHASTANG et al (1997) [52] qui révélait que la précarité d'emploi était un facteur de confusion dans la relation entre les antécédents psychiatriques personnels et familiaux et la récurrence suicidaire (WALTER, 2000 [213]). Enfin, dans notre enquête, les sujets retraités représentaient 24% des cas, en majorité des hommes (25% des hommes contre 20% des femmes). Il aurait été à ce sujet intéressant d'étudier le délai entre la mise en retraite et le geste suicidaire. Certains auteurs ont, en effet, identifié une période à risque de suicide, environ deux ans après la mise en retraite.

c) Le chômage, un facteur présent dans 30 à 50% des cas

Depuis les travaux de DURKHEIM, de nombreuses enquêtes effectuées dans les pays industrialisés ont mis en évidence une forte corrélation entre gestes suicidaires et chômage. Les études transversales ont en effet montré une prévalence significativement supérieure du chômage chez les suicidants par rapport à la population générale et les enquêtes écologiques ont retrouvé une corrélation positive et significative entre tentative de suicide et chômage dans certaines zones géographiques (WALTER, 2000 [213]). A ce sujet, notre enquête recense un fort taux de chômage parmi les suicidants par arme à feu avec près de 28% des sujets. L'étude de GAULT (2002) [100] mettait en évidence près de 50% d'inactifs, mais l'échantillon était peu important (19 cas). En revanche, seuls 3 chômeurs étaient retrouvés dans l'étude de GUEZ (1991) [104]. Cependant, d'après PHILIPPE [175], observer à un moment donné plus de chômeurs parmi une population présentant certains troubles n'indique pas qu'il y ait un lien entre ces deux faits. Dans le cas des conduites suicidaires, le tiers facteur peut être la pathologie mentale antérieure au chômage. Par ailleurs, l'effet du chômage serait manifeste à moyen terme (4-5 ans), et d'autant plus important que les personnes ont un statut social modeste. Dans notre étude, pour évaluer l'impact éventuel de l'inactivité professionnelle sur la conduite suicidaire, il aurait été intéressant de connaître la durée du chômage au moment du geste suicidaire. Malheureusement, cette donnée n'est pas systématiquement renseignée dans les dossiers et serait difficile à étudier compte tenu des nombreux biais méthodologiques. Toutefois, et par notre expérience clinique, il nous semble que ce fort taux de chômage dans notre série n'est pas sans rapport avec la conduite suicidaire. Pour PHILIPPE, le rôle des personnalités pathologiques, notamment les personnalités borderline dont l'instabilité et la tendance aux passages à l'acte ne facilitent pas leur insertion professionnelle, serait prépondérant, et nous constatons à ce sujet que les personnalités état-limites sont très fréquentes dans notre échantillon [175]. Cette surreprésentation

des chômeurs dans notre série concorde avec les résultats de l'enquête de PHILIPPE qui concluait que le développement du chômage était un facteur de risque de croissance des tentatives de suicide. De plus, dans une étude rétrospective menée par BEAUTRAIS et al (1998) [17], une association significative entre chômage et « tentatives de suicide sérieuses » a été mise en évidence et, ce résultat était confirmé après ajustement des variables telles que le sexe, l'âge etc. [17] ; En fait, l'impact du chômage sur la santé serait plus complexe que le simple fait d'être ou non sans emploi et dépendrait de deux paramètres (COHN, cité par WALTER [213]) : l'effet de rôle et l'effet d'environnement. L'effet de rôle mesurerait l'importance que les personnes accorderaient à leur travail selon leur statut social. Ainsi, le risque de suicide serait-il plus important chez l'homme (multiplié par 6 ou 7) que chez la femme (multiplié par 3) en cas de chômage. Par ailleurs, l'effet d'environnement dépendrait de l'importance du chômage dans la région : la « banalisation » du chômage diminuerait le risque de suicide.

3. Une situation familiale différente des autres populations de suicidants

a) Une prédominance de sujets vivant en couple

Dans une synthèse des travaux publiés sur le sujet, BATT [14] a montré que la qualité du support social était un facteur de protection contre le suicide. En effet, cet auteur a souligné l'importance de ne pas vivre isolé et/ou à l'hôtel. A ce titre, il convient de souligner que la situation matrimoniale indique seulement si le patient vit seul ou en couple et/ou en famille, mais ne précise pas la dimension de l'isolement du patient. Elle représente donc un indicateur peu précis du degré de solitude du patient. Néanmoins, le fait de vivre seul (séparé, divorcé, veuf ou célibataire) constitue en soi un facteur de risque de conduite suicidaire. En effet, d'après DURKHEIM, les individus mariés (et ceux qui ont des enfants) se tueraient moins que les célibataires. Pourtant, dans notre étude, nous retrouvons une part importante de patients vivant en couple (59%), alors que les célibataires et divorcés représentent respectivement 21% et 16% de l'effectif. Nous observerons, en revanche, que le fait de vivre en couple n'est pas un facteur qui reflète systématiquement la bonne entente conjugale. En effet, les ruptures sentimentales et disputes conjugales sont fréquemment rapportées par les patients comme étant tout au moins le facteur qui a précipité le passage à l'acte. Plusieurs études françaises ont d'ailleurs montré que les suicidants par arme à feu étaient plus souvent mariés même si les effectifs étaient assez faibles : BOURGEOIS et al [30] comptaient seulement 3 cas vivant seuls parmi les 13 inclus, GUEZ [104] recensait 5 cas sur 15 vivant également seuls. Pour COTTENCIN [66], 8 sujets sur 12 étaient mariés. Pour HORIUCHI [115], 5

sujets sur 9, et, pour MOREL [160], 9 sur 13. Pour GAULT [100], 13 sur 19 étaient mariés ou vivaient maritalement. Cependant, l'étude de MARTINEAU [148] contredit ces observations avec 60% de personnes vivant seules (22 sur 35 cas). Et, d'après MARTINEAU, la solitude représenterait un marqueur d'un phénomène sociopsychologique en pleine expansion et dont l'impact sur les conduites suicidaires serait majeur. En effet, l'angoisse, la perte de l'autre, la quête affective qui n'aboutit jamais, ou le vide de certaines existences constitueraient des éléments de relâchement des liens qui relient à la vie et pourraient être considérés non comme les causes mais comme des facteurs permettant à la crise suicidaire d'éclater. Ces facteurs, dont la solitude ou plutôt le vécu douloureux d'un sentiment de solitude est le trait commun, prendraient une acuité toute particulière à l'occasion d'un événement de vie tel qu'une rupture ou un deuil. Dans notre échantillon, il nous semble que les veufs et veuves sont une catégorie sous-représentée (4%), de même d'ailleurs que les personnes âgées en général. L'hypothèse habituellement formulée en ce qui concerne le faible nombre de tentatives de suicide chez les sujets âgés en comparaison avec les sujets jeunes est l'emploi de moyens de suicide plus létaux, ce qui expliquerait le nombre plus important de suicides aboutis dans cette tranche d'âge. Nous pouvons cependant considérer que l'arme à feu fait partie de ces moyens létaux fréquemment employés chez les sujets âgés, ce qui nous amène à penser que la différence de mortalité pourrait ne pas résider seulement dans le moyen employé, mais également dans certains éléments de la conduite suicidaire que nous ne pouvons détailler dans notre travail. En revanche, dans le cas des suicidés par arme à feu, la thèse de MARCOUX (1998) [146], qui a porté sur 337 décès par arme à feu examinés dans le service de médecine légale de St Etienne, démontrait que la solitude était un facteur de risque important puisque 40% vivaient seuls contre 34% de gens mariés. D'autre part, BRAS et al (1984) cités par GUEZ [104], dans une étude sur 306 suicides, montraient que les sujets mariés utilisaient plus fréquemment les armes à feu ou la pendaison, par opposition aux célibataires qui choisiraient préférentiellement l'intoxication ou la précipitation. Quant aux publications nord-américaines, elles tendent majoritairement à montrer que les célibataires sont en proportion égale avec les sujets mariés. Ainsi WEINBERGER [215] établit-il un lien entre le statut marital et le risque suicidaire, le célibat constituant un haut risque suicidaire. Cependant, le biais de ces études réside dans le fait que le suicide par arme à feu des 15-24 ans est en forte augmentation aux Etats-Unis, et cette classe d'âge est marquée par la grande fréquence du célibat. De plus, une étude portant sur 227 suicidants hospitalisés dans un CHS après tentative de suicide médicamenteuse avait montré que 53% des sujets vivaient seuls alors que 45% étaient mariés ou vivaient en union libre. Ces différences entre des groupes de suicidants n'utilisant pas le même mode de suicide pourraient nous aider à individualiser un groupe spécifique de suicidants, ceux qui emploient une arme à feu. Pour ce qui est du statut matrimonial des suicidés en France, les taux de décès par suicide les plus élevés concernent les veufs (58,8 pour 100 000), puis les divorcés (37,3), les célibataires (20,4) et les personnes mariées (16,8). Les

taux de suicide sont les plus élevés chez les hommes veufs, en particulier pour les hommes de plus de 65 ans pour lesquels le taux de suicide est 5 à 10 fois plus élevé que chez les femmes veuves (JOUGLA et al, 2003 [118]). A l'opposé, les femmes mariées de moins de 65 ans connaissent les taux de suicide les plus bas.

b) La dimension d'isolement, une donnée délicate à évaluer

La dimension d'isolement, ou le sentiment d'être isolé, est une donnée délicate à évaluer, car extrêmement subjective. Cependant, en dehors de la situation maritale, elle peut être estimée à partir de la présence ou non de l'entourage familial proche : les parents, la fratrie et les enfants. A ce sujet, une étude portant sur 75 suicides a montré que la mère du suicidé était décédée chez 60% des hommes célibataires contre 6% des contrôles, alors que chez les hommes mariés, les pourcentages étaient respectivement de 37% et 32% (BUNCH et al, 1971, cités par BATT [14]). Dans notre étude, le père du suicidant était décédé dans 29% des cas, mais l'information n'était pas renseignée dans 38% des dossiers. La mère était décédée dans 24% des cas, alors que l'information n'était pas documentée dans 37% des cas. La situation des parents est, somme toute, assez rarement étudiée dans les travaux portant sur les suicidants. En ce qui concerne la fratrie, le suicidant n'était enfant unique que dans 7% des cas.

D'autre part, pour DURKHEIM, les individus qui auraient des enfants se tueraient moins que les autres :

« *L'immunité que présentent les gens mariés en général est due, toute entière pour un sexe et en majeure partie pour l'autre, à l'action, non de la société conjugale, mais de la société familiale* », écrit-t-il dans le chapitre sur le suicide égoïste [81].

« *De même que la famille est un puissant préservatif du suicide, elle en préserve d'autant mieux qu'elle est plus fortement constituée* », poursuit-t-il [81].

Notre étude a montré que 55% des patients étaient père ou mère de 1 à 3 enfants, et que seuls 31% n'avaient pas d'enfants. Il est intéressant de noter que les 18-35 ans avaient plus fréquemment que les plus de 65 ans un ou plusieurs enfants, alors que les autres classes d'âge étudiées (36-55 ans et 56-65 ans) avaient plus fréquemment des enfants par rapport aux 18-35 ans. Nos résultats sont congruents à ceux des études françaises qui retrouvent également en majorité des pères ou des mères de famille dans leurs séries de suicidants par arme à feu (GAULT, 2002 [100]).

Dans la grande majorité des études, les suicidants par arme à feu sont donc principalement des hommes, le plus souvent mariés et pères de famille. En outre, les plus de 65 ans sont le plus souvent sans enfant.

B. Les suicidants par arme à feu : des antécédents psychiatriques fréquents

1. Suivi psychiatrique fréquent chez les femmes

La notion d'un suivi psychiatrique antérieur est peu étudiée dans les études sur les suicidants par arme à feu. Notre étude met pourtant en évidence une forte proportion de sujets suivis par un spécialiste avant le passage à l'acte. En effet, près de 34% des suicidants avaient un suivi psychiatrique ou psychologique avant le geste, et il s'agissait principalement des femmes (55% des femmes avaient un psychiatre traitant contre seulement 23% des hommes). Ce suivi était d'ailleurs effectué par l'hôpital psychiatrique dans 76% des cas, ce qui montre le rôle important joué par l'institution spécialisée dans la prise en charge de la crise suicidaire et la prévention des conduites suicidaires. De plus, les jeunes (18-35 ans) étaient plus souvent suivis que les plus de 65 ans, de même que les 36-55 ans. Dans l'étude de GAULT [100], quatre patients sur 19 étaient suivis par un psychiatre avant le geste suicidaire et trois par leur médecin traitant. Une part importante de l'échantillon était donc suivie en psychiatrie, et plus de la moitié étaient des femmes.

2. Hospitalisation en psychiatrie : des résultats disparates en fonction des tranches d'âge

L'hospitalisation en psychiatrie a de multiples indications : pathologie mentale, crise suicidaire (imminence d'un passage à l'acte ou après un geste suicidaire) etc. Celle-ci est proposée, voire, dans certains cas, imposée dans les situations où la prise en charge ambulatoire s'avère insuffisante. Dans notre étude, la notion d'une hospitalisation dans les mois ou années précédant le passage à l'acte nous a permis d'évaluer la proportion de patients ayant été pris en charge dans une structure spécialisée. Nous constatons que cette proportion est importante (27% des cas). GUEZ avait également retrouvé 4 cas sur 15 [104], GAULT 5 cas sur 19 [100]. Pourtant, dans la littérature française et américaine, l'existence d'antécédents psychiatriques personnels est variable, mais la rareté est souvent mentionnée, spécialement en ce qui concerne les suicidants par arme à feu (ATTALAH et QUENARD [9], CONN [62], GUEZ [104], MOREL [160], PETERSON et al [174], SHUCK [194], WEINBERGER et al [215]). Dans notre étude, il est intéressant de noter que les plus de 65 ans étaient ceux qui avaient le moins d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie par rapport aux autres classes d'âge. Nous notons également que le délai entre la dernière hospitalisation en psychiatrie et le geste suicidaire était inférieur à 1 an dans 46% des cas, ce qui soulève encore beaucoup d'interrogations quant à notre rôle dans la prévention des gestes suicidaires.

3. Antécédents de pathologie mentale : des résultats en négatif des représentations communes

La population des suicidants par arme à feu souffre de représentations communes dans le monde médical et psychiatrique. Il est en effet classique de penser que les suicidants par arme à feu n'ont que très rarement des antécédents psychiatriques ou une pathologie mentale (GUEZ, 1991 [104]). Et, dans de nombreuses études sur les suicidants par arme à feu, la question des antécédents psychiatriques n'est pas toujours précisée (BABILLIOT [11], CONN [62], PETERSON [174], HORIUCHI [115] etc.). A ce sujet, ATTALAH et QUENARD (1980) [9] ont publié une recherche réalisée auprès de 7 suicidants par arme à feu qu'ils ont suivis pendant un an. Même si le nombre de patients inclus était peu important, il est intéressant de constater qu'aucun d'entre eux n'avait d'antécédents psychiatriques excepté une dame de 64 ans connue et suivie pour un trouble bipolaire. De même, SHUCK (1980) [194], dans son étude, retrouvait 3 cas sur 18 ayant des antécédents psychiatriques, MOREL (1974) [160], 7 cas sur 13, GUEZ (1991) [104], 9 cas sur 15 et GAULT (2002) [100], 10 sur 19. BENATEAU et al (1997) [19] ont également réalisé une étude rétrospective au CHU de Caen incluant 36 patients ayant effectué une tentative de suicide par arme à feu au niveau de la face. Les résultats de cette étude montraient, d'après les auteurs, que les « suicidés de la face » représentaient une population différente des autres populations de suicidants. En effet, ils soulignaient de manière quasi spécifique la rareté des antécédents psychiatriques « manifestes ». Pourtant, dans notre étude, des antécédents psychiatriques étaient notés dans 53% des dossiers soit 85 cas sur les 161 inclus. De même, BOURGEOIS et al (1974) [30] ont publié une étude rétrospective effectuée dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Bordeaux qui avait inclus 13 suicidants par arme à feu, dont la moitié présentaient des antécédents psychiatriques. La moitié des patients inclus dans l'étude de MARTINEAU [148] avait également un antécédent psychiatrique connu. Ces résultats concordent donc en partie avec les données publiées dans la littérature et montrent, pour notre part, que ces sujets ont, dans plus de la moitié des cas, des antécédents de pathologie psychiatrique, dépendance à l'alcool exclue. Par ailleurs, de même que dans l'étude de GAULT [100], nos résultats montrent que la dépression est l'antécédent psychiatrique le plus fréquent (35% des cas). La schizophrénie est en revanche peu répandue (5%) : GAULT ne retrouvait qu'un seul cas sur 19. Dans notre étude, les 36-55 ans constituaient la classe d'âge ayant le plus souvent des antécédents psychiatriques (par rapport aux 18-35 ans et aux plus de 65 ans). Il est intéressant de noter également que les femmes avaient plus souvent des antécédents psychiatriques que les hommes de la série (80% des femmes contre 50% des hommes). Par ailleurs, nous remarquons que près de 40% des patients prenaient un traitement psychotrope avant le geste suicidaire (61 cas), en majorité les sujets de sexe féminin. De plus, dans 64% des cas, un traitement antidépresseur avait été prescrit.

4. La dépendance à l'alcool : une donnée stable et fortement représentée chez les suicidants par arme à feu

D'après ADES et LEJOYEUX (2000) [3], 20% à 60% des suicidants présentent une dépendance alcoolique et 30% à 50% des tentatives de suicide sont immédiatement liées à une consommation d'alcool. De plus, la consommation d'alcool pourrait favoriser l'émergence d'idées de suicide, même chez les personnes qui ne sont pas déprimées. D'après SUOMINEN, les crises suicidaires chez les sujets alcoolo-dépendants seraient moins liées au niveau d'intention suicidaire [202]. Cet auteur a montré chez 114 sujets hospitalisés pour une récurrence de tentative de suicide que les patients présentant une dépression majeure sans alcoolisme avaient un niveau plus élevé d'intention suicidaire et un plus faible niveau d'impulsivité que les déprimés alcooliques. Cependant, pour PEDINIELLI et VERRIER (1986) [167], l'alcoolisme chronique (et la présence d'antécédents suicidaires) n'augmenterait pas nécessairement le risque de geste suicidaire à haut risque médical. Dans notre étude, l'antécédent d'addiction à l'alcool était noté dans 42% des dossiers (68 cas) et concernait plus fréquemment les sujets de sexe masculin. Dans l'étude de GAULT, l'antécédent d'éthylisme était présent dans 13 dossiers sur 19. De plus, le diagnostic d'éthylisme chronique était porté dans 53 cas (33%) au décours du geste suicidaire. Les tranches d'âge les plus touchées étaient les 36-55 ans, puis les 56-65 ans et ce, de manière plus importante que pour les 18-35 ans et les plus de 65 ans. L'étude de GAULT [100] mettait en évidence un fort taux d'alcoolo-dépendance avec 16 cas sur 19. Antérieurement, MOREL (1974) [160] avait recensé 9 cas d'éthylisme chronique sur les 13 patients, SHUCK (1980) [194] 8 cas sur 18, BABILLIOT (1983) [11], aucun cas sur les 8 inclus, CONN (1984) [62], 2 cas sur 13, PETERSON (1985) [174], 6 cas sur 30 et GUEZ (1991) [104], 5 cas sur 15. Dans l'étude de BOURGEOIS et al (1974) [30], 9 malades étaient des alcooliques chroniques avérés, dont 3 avaient présenté des crises aiguës avec actes médicolégaux.

Les résultats, en matière de dépendance à l'alcool, sont donc variables d'une étude à l'autre. Mais, il nous est difficile de conclure au vu de ces études compte tenu des faibles effectifs qui y sont généralement inclus. Cependant, dans notre étude, nous constatons une forte proportion de sujets dépendants à l'alcool, ce qui contraste d'ailleurs avec le peu de sujets dépendants d'autres substances toxiques. Ces données concordent avec les résultats d'une étude qui avait montré que plus d'un quart des patients souffrant d'une dépendance alcoolique avaient des antécédents de tentatives de suicide (CHIGNON et al, 1998 [55]).

C. Antécédents suicidologiques : des données surprenantes

1. Une majorité de primosuicidants pour 1/3 de récidivistes

Dans notre étude, nous retrouvons 67% de primosuicidants contre 33% (53 cas) de patients ayant des antécédents personnels de tentative de suicide, parmi lesquels 21 patients avaient effectué au moins deux tentatives de suicide avant le geste actuel. Les sujets ayant des antécédents de tentative de suicide étaient plutôt des sujets jeunes (moins de 55 ans). LEGER et al (1987) [133] rapportaient d'ailleurs que les sujets âgés avaient rarement des antécédents de tentative de suicide avant leur geste suicidaire actuel. De plus, pour notre travail, les femmes avaient plus fréquemment que les hommes des antécédents de tentative de suicide. Dans l'étude de GUEZ [104], 4 patients avaient un ou plusieurs antécédents de tentative de suicide, et dans ces 4 cas, le sujet avait auparavant employé un moyen violent : deux par arme à feu, un par arme blanche et un par pendaison. Notre étude retrouve que 45% des patients ayant des antécédents de tentative de suicide avaient employé un moyen violent pour les précédents gestes autoagressifs : 33% par arme à feu, 21% par phlébotomie, 21% par pendaison, 17% par gaz et 8% par précipitation. Dans l'étude de GAULT [100], il y avait en majorité des primosuicidants (14 sur 19) et les 5 patients ayant récidivé avaient employé l'intoxication médicamenteuse, ou bien la pendaison. Il est intéressant de remarquer que 4 cas sur les 5 ayant des antécédents de tentative de suicide avaient été victimes de plusieurs tentatives de suicide auparavant. De plus, MARTINEAU [148] a mis en évidence, dans son étude, des résultats proches de nos données avec 30% des sujets ayant déjà effectué une tentative de suicide dans le passé. Donc, une majorité des suicidants par arme à feu n'avaient aucun antécédent suicidologique personnel. Toutefois, une proportion non négligeable, et suffisamment importante pour que nous en tenions compte, avait déjà effectué un geste suicidaire antérieurement. Or, il est actuellement montré que le facteur de risque le plus puissant de suicide abouti est la présence, dans les antécédents, d'une ou plusieurs tentatives de suicide.

Cette donnée montre, s'il en était encore besoin, toute l'importance de la prise en charge des suicidants pour ce qui est de la prévention secondaire, prévention qui passe, selon nous, par la connaissance par les soignants des moyens potentiellement létaux dont peut disposer ultérieurement le sujet suicidant.

2. Fréquence peu élevée des antécédents familiaux de conduites suicidaires

a) Tentatives de suicide

Dans seulement 7 dossiers il était rapporté des antécédents familiaux de tentative de suicide.

b) Suicides

Un ou plusieurs suicides était noté dans 11% des dossiers et, dans seulement 3 cas sur 17, une arme à feu avait été employée.

Alors que des antécédents familiaux représentent un facteur de risque connu de conduites suicidaires, dans notre étude, peu de tentatives de suicide et de suicides ont été recensés. Cependant, nous pouvons légitimement nous interroger sur la réalité de ces résultats qui sont basés sur une analyse de dossiers, ces derniers pouvant être en défaut en ce qui concerne les antécédents familiaux de conduites suicidaires.

D. Une clinique du passage à l'acte ancrée dans la relation à l'autre

1. Le jour du geste suicidaire et le moment de la journée : des données rarement renseignées dans les dossiers

Dans 51% des cas, c'est-à-dire 82 dossiers, le jour du geste suicidaire n'était pas reporté. De même, le moment de la journée (matin, après-midi, soir etc.) au cours duquel la tentative de suicide s'était produite n'était pas précisé dans 70% des cas et l'heure du passage à l'acte n'était pas non plus retranscrite dans près de 83% des dossiers étudiés. Il nous paraît important, dans la reconstitution du passage à l'acte, que les soignants prennent connaissance des circonstances du geste suicidaire et, si en pratique courante c'est une donnée qui est souvent interrogée, il nous paraît important qu'elle soit écrite dans le dossier de soins, non seulement pour qu'il en reste une trace à la fois pour le patient et pour les soignants, mais également pour que ces données puissent être retravaillées avec le patient plus à distance de l'acte.

2. Le domicile comme lieu privilégié du passage à l'acte

Le lieu du geste suicidaire était un lieu familial dans 79% des cas, et isolé dans 5%. Ce lieu était le domicile du suicidant dans 73% des cas, à l'extérieur dans 7,5% des cas et chez un proche dans 3 cas. La probabilité d'être découvert était jugée élevée dans près de 66% des cas, incertaine dans 24%, et faible dans 2,5% des cas. Pour la plupart des auteurs, le lieu des tentatives de suicide était le plus souvent le domicile (BOURGEOIS et al, 1974 [30]), de même que le lieu des suicides : 62% des cas pour WEINBERGER et al (2000) [215], une forte proportion pour une étude canadienne (AVIS, 1994 [10]), et le plus souvent dans la chambre à coucher dans les études anglo-saxonnes (ARMOUR, 1996 [6]). Le lieu du geste suicidaire est donc en grande majorité un lieu familial, et le plus souvent le domicile dans lequel vit habituellement le patient. Peu de suicidants étaient retrouvés dans un endroit isolé, ou même à l'extérieur de leur domicile. A ce propos, le domicile représente un lieu porteur d'une symbolique très forte, celle du couple, ainsi que celle de la cellule familiale. Or, les facteurs précipitant le passage à l'acte invoqués par les patients sont le plus souvent une crise conjugale marquée par une dispute voire une demande de séparation ou de divorce. En effet, pour ATTALAH et QUENARD (1980) [9], le geste suicidaire est un révélateur d'un malaise intrafamilial marqué par des tensions et des difficultés relationnelles. Et, dans leur étude, l'acte suicidaire avait, selon eux, un destinataire, le passage à l'acte ayant eu lieu le plus souvent au domicile ou dans le jardin. Le fait que le domicile soit un lieu fréquemment choisi par les suicidants par arme à feu, alors que l'état de crise conjugale atteint son apogée, nous amène à formuler l'hypothèse que le geste suicidaire est, dans un certain nombre de situations, adressé à l'autre ou a une dimension relationnelle importante. Il serait intéressant, à ce titre, d'interroger les patients concernant le lieu précis du passage à l'acte, la pièce de la maison pouvant avoir son importance, surtout si, comme pour l'étude précédente, la chambre à coucher du couple est impliquée.

3. La rupture conjugale comme évènement précipitant le passage à l'acte

Affirmé avec défi, ou parfois dissimulé avec complaisance, voire vivement défendu comme ne pouvant être révélé à un interlocuteur, l'évènement représente manifestement un point essentiel de la rencontre avec le suicidant. Dans notre étude, un ou plusieurs évènements déclenchants étaient rapportés par le patient dans 80% des cas. Dans près de 38% des cas, il s'agissait d'une rupture conjugale ou d'un divorce : soit le divorce était en cours, soit il était consommé et rapporté par le patient comme étant à l'origine du passage à l'acte, soit, enfin, le conjoint venait d'annoncer au patient une demande de divorce ou de séparation. De plus, les hommes avaient tendance à rapporter plus souvent

une rupture conjugale comme évènement déclenchant que les femmes : 35% contre 10 %. Les ruptures conjugales étaient plus fréquentes chez les 18-35 ans, ainsi que chez les 36-55 ans. Par ailleurs, les relations conjugales récentes étaient considérées comme bonnes dans 23% des cas, tandis qu'elles étaient conflictuelles dans 54%. Dans 12% des cas, un conflit familial était rapporté par le suicidant. Dans 11%, le suicidant « accusait » la découverte récente chez lui d'une maladie physique potentiellement grave ou létale ou handicapante pour l'avenir. Les hommes avaient également tendance à rapporter plus souvent une maladie physique comme étant l'évènement déclencheur du passage à l'acte. D'ailleurs, les hommes au moment du passage à l'acte suicidaire avaient plus souvent une pathologie médicale patente ou en cours de traitement ou potentiellement létale et/ou grave par rapport aux femmes. Le décès d'un proche était plus souvent rapporté chez les femmes que chez les hommes : 20% contre 7%. Dans l'étude de BENATEAU et al (1997) [19], aucun antécédent psychiatrique n'était noté, mais les facteurs évènementiels étaient surreprésentés. Au Royaume-Uni, les facteurs précipitants étaient le plus souvent des disputes conjugales récentes (ARMOUR, 1996 [6]). De même, dans l'étude de SHUCK et al (1980) [194], des conflits interpersonnels étaient rapportés par les patients comme des facteurs précipitant le passage à l'acte. DE MOORE [74] a également publié une étude rétrospective qui avait inclus 33 patients suicidants par arme à feu hospitalisés au centre hospitalo-universitaire West Mead de Sydney en Australie. Dans cette étude, parmi les facteurs précipitants, 21 patients relataient des conflits interpersonnels et, en particulier, une rupture sentimentale. D'après les auteurs, il s'agissait d'un stress intense conduisant à un geste auto-agressif de nature impulsive⁷⁴. GAULT mettait en évidence que les conflits interpersonnels étaient nombreux, notamment les causes conjugales (8 cas sur 19) [100].

La sphère affective apparaît donc comme primordiale dans la survenue des passages à l'acte par arme à feu, à l'occasion d'un déséquilibre au niveau de la vie familiale ou conjugale. Et, d'après HOUILLON cité par GUEZ [104], la pulsion suicidaire serait un évitement d'un affect insupportable pour le sujet qui ne voit comme solution que le passage à l'acte suicidaire. Sous l'angle psychosomatique, reprenant les termes de Mc DOUGALL, il utilise la notion de « forclusion de l'affect », c'est-à-dire que le sujet souffrirait dans son corps pour ne pas avoir à se confronter à une pensée, un sentiment ou une émotion insoutenable. Pour HENNIAUX et al (1989) [112], les tentatives de suicide en relation avec les problèmes de couple correspondraient à des couples qui fonctionnent dans l'illusion duelle décrite par ANZIEU et, où tout se passe comme s'il n'y avait pas seulement une psyché unique pour deux corps mais aussi une image du corps pour deux : une fusion symbiotique telle qu'à travers une dégradation corporelle de l'un, c'est l'image corporelle de l'autre qui serait atteinte. Par ailleurs, PEDINIELLI et CAMPOLI (1988) [169] distinguent certains évènements de vie qui auraient un pouvoir particulier. Ce pouvoir de l'évènement sur le sujet s'exercerait de deux manières différentes. Ils pourraient

d'une part produire en eux-mêmes une modification immédiate de l'organisation psychique du sujet et entraîner un passage à l'acte en relation étroite avec l'évènement : ce serait le cas pour les deuils pathologiques. D'autre part, certains évènements précis pourraient également être considérés comme introduisant une forme particulière d'économie psychique qui entraîne, lorsque l'évènement se répète, un recours à l'agir : les déceptions et traumatismes précoces des futurs « état-limites » constitueraient, selon ces auteurs, un des aspects de ce pouvoir de l'évènement. Nous percevons, à travers ces données ainsi que notre expérience clinique, combien ces évènements peuvent jouer le rôle de déclencheur du passage à l'acte, comme s'ils provoquaient, de l'extérieur, une atteinte du sujet. Toujours d'après ces auteurs, l'évènement ne tirerait sa force que du sens qu'il prend pour le sujet en fonction de son histoire. En fait, selon VEDRINNE et al [210], « *l'histoire actuelle* [les évènements de vie récents et rapportés par le patient], *quelle qu'elle soit, n'est pas la racine du dernier geste, elle en est la fleur* ». Même quand une relation conflictuelle conjugale est rapportée, un autre évènement est souvent retrouvé, parfois ancien comme la perte d'un enfant ou d'un parent etc. Certains auteurs ont d'ailleurs montré que c'était parfois dans les générations antérieures que nous retrouvions une mort violente ou un secret de famille. Ces évènements plus profonds dépasseraient largement les conflits actuels mis en avant, parfois comme l'écran de souffrances plus secrètes (inceste, naissance illégitime). Cependant, pour des raisons méthodologiques, nous n'avons pu aller au-delà des évènements retranscrits dans les dossiers, mais il serait intéressant de pouvoir explorer cette hypothèse.

Par ailleurs, chez les sujets âgés, la peur de la mort et de la souffrance, les conditions de vie particulières, la pression sociale auraient un effet aggravant sur l'angoisse, ce qui entraînerait, selon LEGER et al (1987) [133], une amplification des réponses émotionnelles et des conflits pulsionnels, ainsi qu'une hypersensibilité à l'environnement. L'évènement vaudrait moins par son intensité que par la résonance affective qu'il pourrait susciter chez l'individu. L'anxiété pourrait alors prendre une grande intensité avec sentiments de mort imminente et entraîner un geste suicidaire sous forme de raptus.

4. Les tentatives de suicide par arme à feu : un geste rarement prémédité

Une préméditation du geste suicidaire était notée pour 22% des patients, et l'élaboration précise d'un scénario pour le passage à l'acte dans 16%. Dans notre étude, les femmes avaient en revanche plus souvent prémédité le geste suicidaire : 35% contre 20%. Par ailleurs, le passage à l'acte était qualifié d'impulsif dans 71% des dossiers étudiés. Le passage à l'acte n'était donc pas fréquemment préparé, prémédité, alors qu'une dimension impulsive était souvent repérée. Ces données sont corroborées par le fait que la probabilité

d'être découvert était souvent élevée, et que le lieu du passage à l'acte était en majorité le domicile. CHAPDELAIN (1991) [51] et PETERSON et al (1985) [174], dans leurs études respectives portant sur un groupe de suicidants par arme à feu, rapportaient également une forte composante impulsive associée au passage à l'acte. PETERSON et al, sur 30 survivants, ne retrouvaient d'ailleurs aucun écrit ou lettre, et plus de la moitié des patients présentaient des idées ou pensées suicidaires depuis moins de 24 h, rejoignant l'étude de BRENT et al (1987) [34] qui avait porté sur un groupe d'adolescents suicidés par arme à feu. Par ailleurs, en dehors de la disponibilité du moyen et de l'acceptabilité socioculturelle de celui-ci comme déterminants du choix de la méthode, DE LEO et al (2002) [73] ont suggéré l'existence d'une possible relation entre les traits impulsifs et le choix du moyen. Le passage à l'acte suicidaire par arme à feu aurait donc une dimension impulsive particulièrement importante par rapport à d'autres moyens tels que les médicaments. Cependant, cette hypothèse ne nous semble pas confirmée au regard de notre expérience clinique qui montre manifestement que la dimension impulsive est un élément qui n'est pas présent pour certains modes de suicide et absent pour d'autres. En effet, la composante impulsive peut aussi bien être mise en évidence dans les intoxications médicamenteuses ou les précipitations, par exemple, que dans les conduites suicidaires par arme à feu. D'autre part, nous avons constaté dans notre étude que certaines pathologies mentales avaient tendance à être associées à un geste suicidaire à dimension impulsive prévalente. En effet, la dépression et le trouble adaptatif avaient plus tendance à être associés à un passage à l'acte impulsif : 73% des gestes impulsifs étaient associés à une dépression et 22% à un trouble de l'adaptation. Cependant, pour ce qui est de la dépression, nous ne retenons pas de spécificité particulière en ce qui concerne la composante impulsive du geste. Nous aurions été moins mesuré dans notre conclusion s'il s'était agi des troubles anxieux. Par ailleurs, la dimension impulsive est une caractéristique souvent associée aux troubles de la personnalité, notamment les personnalités borderline. En revanche, l'association trouble adaptatif et impulsivité est moins surprenante, si on considère que les mécanismes de défense (coping) ne sont plus opérants et que le sujet est alors débordé par ses angoisses.

5. Une adresse à l'autre qui se passerait de l'écriture d'une lettre ?

Dans 4,4% des cas, le suicidant avait laissé une lettre ou des écrits. BENATEAU et al (1997) [19], dans leur étude, notaient que peu de mots ou de lettres avaient été laissés à l'entourage, tandis qu'une lettre d'adieu avait été laissée dans 26% des cas dans les travaux de KOHLMEIER et al (2001) [124] qui avaient mené une étude rétrospective sur 1704 cas de suicide par arme à feu entre 1984 et 1998 dans le Comté de Bexar dans l'Etat du Texas. Les lettres d'adieu étaient donc rares en ce qui concerne les groupes de suicidants, ce qui témoigne, selon

nous, de l'absence de préparation du geste suicidaire, ou bien que le message adressé à l'entourage, s'il existe, s'inscrit d'une autre manière que sur une feuille de papier, peut-être à travers l'inscription faite sur le corps par l'explosion liée au coup de feu. Nous pouvons également nous interroger sur le message qui est laissé à l'autre lorsque le cœur a été visé. Pour ce qui est des suicides aboutis, les données sont possiblement différentes, la proportion de lettres laissées étant beaucoup plus importante. Dans les suicides aboutis, nous pouvons supposer qu'une plus grande proportion de sujets avait préparé leur geste, et c'est peut-être la raison pour laquelle le geste a abouti au décès. Néanmoins, nous ne pouvons que formuler des hypothèses qui ne doivent pas rester prisonnières de nos représentations si nombreuses en ce qui concerne les conduites suicidaires.

6. L'alcool, facilitateur du passage à l'acte

Une prise d'alcool peu avant le geste suicidaire a été identifiée par une alcoolémie positive dans 37% des cas. Cette alcoolisation avant le passage à l'acte était significativement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Et, les 36-55 ans constituaient la classe d'âge à avoir plus fréquemment absorbé de l'alcool avant la tentative de suicide. A ce propos, MARTINEAU (1993) [148], dans une étude rétrospective réalisée au CHU de Nantes portant sur 36 cas de tentatives de suicide par arme à feu, retrouvait une alcoolisation aigue contemporaine du passage à l'acte dans 20 cas sur 36. Il soulignait d'ailleurs l'effet désinhibiteur de l'alcool mais également son effet dépressogène (ivresse dépressive). Dans l'étude de KOHLMEIER et al (2001) [124], une prise d'alcool était notée dans 32% des cas. Pour DE MOORE (1994) [74], l'abus d'alcool chez les suicidants par arme à feu serait très inconstant, avec seulement 10 cas sur 33 pour leur étude. BRENT et al (1987) [34] ont rappelé la fréquente association alcool-suicide par arme à feu. Leur étude portait sur une population de 10-19 ans en Pennsylvanie entre 1978 et 1983 et retrouvait effectivement une alcoolémie positive dans 46% des suicidés. Ainsi les suicidés par arme à feu avaient-ils 4,9 fois plus de chance d'avoir ingéré de l'alcool que les suicidés ayant utilisé un autre moyen. Au Canada, AVIS (1994) [10] a montré que la consommation d'alcool précédant le passage à l'acte par arme à feu était plus fréquente que dans la population suicidante globale. Enfin, toujours d'après AVIS, la présence d'alcool semblerait être âge-dépendant puisque chez les moins de 19 ans, l'alcoolémie était plus rarement positive.

E. Le fusil de chasse, une arme à feu à vocation transgénérationnelle

1. L'achat récent de l'arme à feu : une exception

L'achat récent d'une arme à feu dénote d'une préparation de l'acte, voire d'une planification plus ou moins précise. C'est une notion classique de l'entretien d'un patient en crise suicidaire dans le cadre d'une évaluation du risque de passage à l'acte. Toutefois, l'achat d'une arme précisément dans le but de se suicider a été, pour notre étude, un évènement rare. En effet, dans seulement 7 cas sur les 161 inclus, le patient avait acheté récemment l'arme à feu qui allait être utilisée pour le passage à l'acte, soit 4,4%. Dans tous ces cas, le patient avait acquis l'arme depuis moins d'un an et dans 4 cas, l'achat datait de moins d'une semaine. A ce sujet, BROWNING (1974) [43] avait mené une étude rétrospective qui avait porté sur 82 suicides consécutifs entre novembre 1972 et février 1973 dans l'état de l'Ohio aux Etats-Unis et, seulement 8,6% des armes utilisées pour le suicide avaient été achetées spécifiquement en vue du suicide, tandis que 43% l'avaient acquise pour le self-défense ou pour la protection de la famille, et 14,3% pour la chasse. De plus, dans 23% des cas seulement, l'arme à feu n'appartenait pas à la victime mais avait été empruntée au propriétaire de l'arme. Dans le cadre de notre étude, l'arme à feu appartenait au patient dans 50% des cas, tandis que nous n'avons pas retrouvé l'information dans 37% des dossiers. De plus, l'arme à feu utilisée appartenait plus souvent au suicidant lui-même lorsqu'il s'agissait d'un homme : dans 55% des cas masculins l'arme appartenait au suicidant lui-même contre 10% des cas féminins.

Le moyen employé appartenait donc électivement au suicidant lorsque celui-ci était un homme, alors que le propriétaire de l'arme était rarement la patiente suicidante, mais plutôt le conjoint. Une dimension culturelle pourrait expliquer, en grande partie, le fait que les hommes possèdent plus souvent une arme à feu que les femmes, notamment en France où le fusil et la chasse concernent préférentiellement une population de sexe masculin. Cependant, dans une lecture psychologique de ces résultats, nous pouvons également attribuer une dimension symbolique forte à ce fait. En effet, la question qui peut être soulevée n'est pas sans lien avec le fait que les hommes emploient un moyen qui leur appartient, au contraire des femmes. La problématique conjugale, qui est prévalente en terme de facteurs précipitants, est probablement, pour certains suicidants, au cœur de ces choix de moyen. L'arme à feu est historiquement un moyen de défense contre l'agresseur, et cet instrument primitif dans sa fonction (puisqu'il sert symboliquement à la survie par la chasse et par sa fonction de défense) se retourne contre cette fonction primitive en « tuant » l'un des membres du couple.

2. Le fusil de chasse : l'arme de choix

En ce qui concerne le type d'arme à feu employé, une arme d'épaule était utilisée dans 55% des cas, une arme de poing dans 16% et l'information n'était pas renseignée dans 29%. Le type précis de l'arme n'était pas non plus noté dans 32% des cas. Il s'agissait d'un fusil de chasse dans 30%, d'une carabine dans 17%, d'une 22 Long Rifle (22LR) dans 8%, d'un pistolet à grenaille dans 7,5%, d'une arme à air comprimé dans 2 cas et d'un pistolet dans 4 cas. Aucun suicidant n'avait employé de revolver en ce qui concerne les dossiers renseignés. Pour ATTALAH et QUENARD (1980) [9], de même que pour BENATEAU et al (1997) [19], le fusil de chasse était l'arme de choix, un seul coup était le plus souvent tiré.

Par ailleurs, 80% des sujets présentant une pathologie mentale avaient employé une arme d'épaule contre 50% des sujets ne présentant pas de pathologie mentale au moment du geste. Aux Etats-Unis, l'étude de KOHLMEIER et al (2001) [124] avait porté sur le type précis de l'arme et du calibre de l'arme: le plus fréquent était le calibre 38 spécial, puis le 22 rimfire devant le 357 Magnum. Parmi les calibres 22, le revolver était le plus fréquent (50% des cas) alors que pour les carabines, il s'agissait d'un calibre 12 dans environ 60% des cas. Cette étude nord-américaine résume les résultats de la grande majorité des travaux publiés outre-Atlantique. En effet, à l'exception de l'étude de SHUCK et al (1980) [194] qui retrouvait en majorité le fusil de chasse, les armes de poing, dont la prévalence est très importante aux Etats-Unis, représentent l'arme de choix pour le suicide (et l'homicide). Au Canada, l'arme de choix est le fusil de chasse, puis la carabine tandis que l'arme de poing n'était employée que dans 7,8% des cas seulement (AVIS, 1994 [10]).

Sur la question de la présence ou non d'autres armes à feu à domicile, l'information n'était pas notée dans 90% des cas. Il était précisé dans le dossier que le patient était chasseur dans près de 10% des cas et qu'il ne l'était pas dans 6% des cas. Le devenir de l'arme à feu, c'est-à-dire sa neutralisation éventuelle ou sa saisie par les forces de police ou de gendarmerie, ou même son retrait par la famille du suicidant, n'était, à aucun moment, noté dans le dossier de soins de psychiatrie de liaison.

3. Le visage et le cou, principales cibles choisies par les patients suicidants par arme à feu

En ce qui concerne le geste suicidaire, notre étude a mis en évidence que la partie du corps visée par le suicidant était la tête et/ou le cou dans 65% des cas, le thorax dans 20%, toujours du côté gauche (du côté du cœur), l'abdomen dans 9%, les membres dans 2%. Les plus de 65 ans visaient significativement plus souvent la tête que le thorax par rapport aux autres classes d'âge. Il n'y avait

cependant pas de différence significative entre les sexes pour ce qui était de la localisation corporelle du coup de feu : 66% des hommes avaient visé la tête ou le cou contre 55% des femmes, 18% des hommes avaient visé le thorax contre 35% chez les femmes, et enfin 10% des hommes avaient visé l'abdomen pour 5% chez les femmes.

A ce sujet, HERVE et GAILLARD (1985) [114] ont publié une étude rétrospective sur 5 ans entre 1978 et 1983 portant sur les tentatives de suicide par arme à feu prises en charge par le SAMU du Val de Marne. 37% des conduites suicidaires recensées étaient effectuées au moyen d'une arme à feu (336 cas) avec des lésions le plus souvent thoraciques (135 cas), encéphaliques (125 cas), maxillo-faciales (24 cas) et abdominales (101 cas). Dans l'étude présentée par AVIS au Canada (1994) [10], le site d'entrée de la balle était différent en fonction du type de l'arme employée. En effet, avec un fusil de chasse, le front ou le menton étaient le plus souvent visés alors qu'avec une carabine, c'était la bouche puis la tempe droite qui étaient visées. BENATEAU et al (1997) [19] retrouvaient, comme cible principale, la région sous-mentale ou intra-buccale. Dans notre étude, le nombre de coups de feu tirés était majoritairement un seul et unique coup (95%) et ce résultat est tout à fait congruent avec les données de la littérature [19]. D'après BOURGEOIS et al (1974) [30], la technique employée est constante pour les hommes : « la crosse du fusil est bloquée par terre ou contre un meuble, et la queue de la détente est actionnée avec le pouce ». Cette population était constituée de 12 hommes qui avaient tous utilisé leur arme de chasse (fusil) et 1 femme qui s'était tirée une balle de revolver dans la tête. GUEZ (1992) [104], dans son étude réalisée au CHU de Bordeaux ayant inclus 15 cas de tentatives de suicide par arme à feu, avait retrouvé que l'arme à feu utilisée pour ces 15 cas était le fusil de chasse et dans 12 cas l'arme appartenait à la victime. Seul 1 cas avait acheté exprès l'arme à feu, et 9 étaient des chasseurs habituels. Dans l'étude de KOHLMEIER et al (2001) [124], environ 78% avaient utilisé une arme de poing (87% des femmes, 76% des hommes). Le site d'entrée de la balle était la tête dans 84% des cas, devant le thorax, puis l'abdomen. Avec les armes de poing, le site d'entrée était préférentiellement la tempe droite alors que la bouche était choisie avec les fusils ou carabines. Dans l'étude de WEINBERGER et al (2000) [215], dans 60% des cas, le site d'entrée se situait au niveau de la tempe, 22% la bouche et 10% la région pariétale.

En France, comme aux Etats-Unis, les zones visées sont, par ordre de fréquence décroissante, la tête (70% des hommes visent la tête contre 48% des femmes suicidantes par arme à feu), puis le thorax et enfin l'abdomen [178]. En revanche, au niveau de la tête, les régions faciales visées, en partie pour des raisons techniques, diffèrent en fonction du type d'arme employé : la bouche est fréquemment le site choisi pour les armes d'épaule, tandis que la tempe (droite pour les droitiers) est le site choisi avec les armes de poing.

F. Une forte prévalence de la dépression et des conduites d'alcoolisation

1. Dépression et conduite suicidaire par arme à feu : une co-occurrence fréquente

Un diagnostic de pathologie psychiatrique a été posé dans près de 94% des cas dont 68% de dépressions, 17% de troubles adaptatifs avec humeur dépressive, 5% de schizophrénie et 2% de psychoses paranoïaques. De plus, les 36-55 ans avaient tendance à avoir plus souvent une pathologie psychiatrique que les autres classes d'âge. Et, 60% des sujets de sexe masculin présentaient une dépression, 16% un trouble de l'adaptation, et 6%, une schizophrénie, alors que 75% des sujets de sexe féminin présentaient une dépression, et 10%, un trouble de l'adaptation. Dans l'étude de BOURGEOIS et al (1974) [30], 10 cas sur 13 avaient un diagnostic de pathologie psychiatrique : la dépression était le diagnostic le plus souvent posé (7 cas), suivi de l'état délirant (3 cas). Pour KOHLMEIER et al (2001) [124], une dépression était retrouvée dans 36% comme motif de suicide puis un chagrin d'amour (24%) et un problème de santé (14%). Dans l'étude de DE MOORE (1994) [74], 11 patients avaient une « histoire psychiatrique » dont 7 avaient des antécédents de tentative de suicide. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive était le plus fréquemment établi (19 cas) dans cette population. Seulement un patient était schizophrène et 4 étaient diagnostiqués épisode dépressif majeur. Dans leur série, WEINBERGER et al [215] ont retrouvé dans 16% des cas, une addiction à une drogue, 12% un épisode dépressif majeur, 10% une association addiction à une drogue et épisode dépressif majeur, 2% un trouble bipolaire et 2% une paranoïa associée à un épisode dépressif caractérisé. Ils notaient que les plus jeunes consommaient plus de drogues ou d'alcool.

Les troubles de l'humeur, essentiellement dépression, étaient donc de loin les troubles les plus fréquemment rencontrés dans toutes les études portant sur les suicidants par arme à feu : MOREL [160], 7 dépressions sur 13, CONN [62], 6 dépressifs sur 13 cas, PETERSON [174], 22 sur 30, HORIUCHI 5 sur 9 [115], GUEZ 14 sur 15 [104] et GAULT 17 sur 19 [100]. Cependant, pour MARTINEAU [148], un certain nombre de dépressions authentiques ont été rencontrées mais pas autant que la gravité du geste pouvait le laisser augurer. D'après lui, les « raptus dépressifs » favorisés par des ivresses aigues pathologiques ont été plus fréquents.

Par ailleurs, ces troubles de l'humeur incluaient les troubles bipolaires qui étaient en très grande minorité par rapport aux états dépressifs unipolaires : 1 sur 30 dans l'étude de PETERSON [174], 2 sur 15 dans celle de GUEZ [104], 1 sur 19 dans l'étude de GAULT [100]. D'autre part, les pathologies psychotiques (schizophrénie, délire paranoïaque etc.) étaient peu fréquentes : 2 cas de

schizophrénie sur 18 cas pour l'étude de SHUCK et al [194], 1 cas de schizophrénie sur 30 inclus dans l'étude de PETERSON [174] et 1 cas sur 19 pour l'étude de GAULT [100]. Un cas de paranoïa délirante avait été retrouvée dans l'étude de HORIUCHI [115], ainsi que dans l'étude de GUEZ. Dans l'étude de MARTINEAU [148], un seul cas de psychose sur 36 patients a été diagnostiqué : il s'agissait d'un délire paranoïaque de jalousie. Pour DE MOORE et ROBERTSON [75], les patients psychotiques, en l'absence d'accès immédiat à des armes à feu chargées, auraient une pensée trop chaotique et, cette désorganisation se prêterait davantage à des méthodes plus accessibles telles que la précipitation.

Nous retenons donc que, pour notre population de suicidants et pour les suicidants par arme à feu en général, la dépression est surreprésentée, au contraire des pathologies psychotiques qui apparaissent comme quasi-inexistantes, tout au moins dans notre étude qui rejoint d'ailleurs les données de la littérature sur le sujet.

2. Les co-morbidités psychiatriques : dépression et alcool

Dans notre enquête, le diagnostic d'éthylisme chronique avait été porté dans 33% des cas. De plus, l'alcoolisme chronique était surreprésenté dans la classe d'âge 36-55 ans par rapport aux autres classes. Le diagnostic d'éthylisme chronique ou de dépendance à l'alcool était significativement plus fréquemment porté chez les hommes que chez les femmes. L'ensemble des patients éthyliques chroniques présentaient une pathologie mentale associée. La présence d'une pathologie psychiatrique était significativement associée à l'éthylisme chronique. La dépression était plus fréquemment associée à l'addiction à l'alcool que la schizophrénie: 86% des pathologies mentales associées à l'alcoolisme étaient la dépression, tandis que 38% des dépressions étaient associées à l'addiction à l'alcool. Or, d'après BOURGEOIS et al (1997) [32], l'alcoolisme chronique multiplierait par 30 à 80 fois le risque de suicide et serait fréquemment un trouble co-morbide de la dépression ou d'un trouble anxieux, ce qui augmenterait encore le risque suicidaire. En effet, la principale complication de l'association alcoolisme et dépression serait le risque suicidaire et les tentatives de suicide chez les alcooliques seraient le plus souvent impulsives, peu préméditées ou préparées (ADES et LEJOYEUX, 2000 [3]), notamment par rapport aux sujets déprimés. Par ailleurs, tous les patients ayant des antécédents de tentative de suicide avaient également un diagnostic de pathologie mentale posé au décours du geste suicidaire par arme à feu. Donc, les patients ayant des antécédents de tentative de suicide avaient plus fréquemment une pathologie mentale au moment du geste suicidaire par arme à feu.

3. Les troubles de la personnalité : une prédominance des personnalités borderline et paranoïaque

Un trouble de la personnalité était mentionné dans 64,5% des cas, répartis en personnalités borderline ou émotionnellement labiles (24%), personnalités paranoïaques (18%), personnalités dépendantes (13%), et troubles non spécifiés (19%). Par ailleurs, dans notre étude, aucune différence significative en fonction du sexe de la prévalence d'un trouble de la personnalité n'a été observée : 62% des hommes présentaient un trouble de la personnalité contre 75% des femmes. De plus, les 18-35 ans représentaient la classe d'âge comprenant le plus de troubles de la personnalité, suivis des 36-55 ans, tandis que les plus de 65 ans constituaient, au contraire, la classe comprenant le moins de troubles de la personnalité. Le diagnostic d'une pathologie psychiatrique au niveau de l'axe I était significativement associé à un diagnostic de trouble de personnalité au niveau de l'axe II.

Pour MARTINEAU [148], le diagnostic de trouble de la personnalité serait plus opérant que celui de trouble de l'axe I. Il retrouvait d'ailleurs, comme dans notre étude, un grand nombre de personnalités limites (borderline) et, dans une moindre mesure, des personnalités antisociales. GAULT [100] mentionnait 12 troubles de la personnalité sur 19 dont 3 paranoïaques et 4 borderline ou personnalités impulsives. BABILLIOT [11] avait mis en évidence une forte proportion de troubles de la personnalité avec 6 cas sur 8. En revanche, l'étude de PETERSON ne notait que 1 trouble sur 30 [174].

Dans notre étude, nous retrouvons donc une forte proportion d'état-limites (24%). Comme l'ont souligné de nombreux auteurs dont Daniel MARCELLI (1981) [142], la capacité de passage à l'acte manque rarement dans l'observation au long cours d'un patient limite. C'est d'ailleurs dans ces cas que, pour cet auteur, l'expression « prise en charge » prend tout son sens, ces patients limites imposant au thérapeute une prise en charge au sens physique. Cette facilité de passage à l'acte pourrait être mise en rapport avec l'importance de l'agressivité présente chez ces patients. Cette agressivité serait donc directement exprimée dans « *la mise en acte elle-même ou évacuée sans symbolisation possible par cet agir* ». Ces organisations limites de la personnalité seraient même « *les plus douées de potentiel suicidaire* ». En effet, ce potentiel suicidaire serait plus prégnant que dans les structures psychotiques ou névrotiques. La dialectique suicidaire semblerait se jouer sur un plan conscient entre une mauvaise vie et une bonne mère, et, sur le plan inconscient, entre une bonne mort et une mauvaise mère. En raison de la confrontation permanente avec cette mauvaise mère fantasmatique, le cas limite paraîtrait d'autant plus tenté par la mort que la dynamique de rejet existe aussi au niveau de la réalité dans le scénario familial etc. Par ailleurs, dans notre recherche, la dépression était fréquemment associée à un trouble de la personnalité, sans pour autant que nous ayons identifié un

trouble de la personnalité spécifiquement associé. Cependant, d'après BERGERET [22], la dépression constitue l'élément central de l'organisation structurelle de ces patients. Cet auteur a d'ailleurs isolé ce qu'il nomme « la dépression limite ». Et, ces états dépressifs se manifesterait avec une dimension de violence, s'exprimant sous la forme d'une colère intense, voire de « rage froide », à l'égard de l'objet, ou encore un sentiment de désespoir et d'impuissance devant l'objet inaccessible. Par ailleurs, notre étude a retrouvé une forte prévalence des conduites d'alcoolisation et, de nombreux auteurs ont souligné la grande fréquence de la dépendance à l'alcool et aux drogues chez les personnalités limites. Cette dépendance à ces produits apparaîtrait souvent dans un contexte impulsif qui pourrait laisser entrevoir l'agressivité que le sujet retournerait contre lui-même [142].

De plus, la personnalité de l'état limite s'organise autour d'une déficience narcissique, d'une faiblesse du moi. La perte objectale, par exemple sous forme d'une rupture sentimentale, événement très fréquemment retrouvé dans notre échantillon, serait insupportable pour ces sujets. Or, il nous semble que nous pouvons établir un lien entre la violence de certaines relations objectales souvent marquées par des sentiments contraires très forts, Amour-Haine, les pertes objectales vécues de manière intolérable et, la violence de certains passages à l'acte, violence marquée par exemple par le choix du moyen, en particulier, l'arme à feu. Certains auteurs ont d'ailleurs fait le rapprochement entre la dynamique jalouse et les organisations limites. En effet, pour MALINGREY (2005), la violence conjugale, dimension qui n'a pu être rigoureusement évaluée par notre étude et, qui pourrait être à l'origine de passages à l'acte violents dont l'issue pourrait être fatale, tirerait sa source du conflit jaloux pour lequel les organisations limites semblent particulièrement exposées [141].

D'autre part, dans notre échantillon, nous constatons un fort pourcentage de personnalités paranoïaques (18%), tandis que le nombre de sujets véritablement délirants sur le mode persécutif y apparaît faible (2%). D'après POUGET (1990) [180], chez le sujet paranoïaque, les tentatives de suicide sont rares, tandis que les suicides, s'ils s'avèrent peu fréquents, sont généralement soigneusement préparés, organisés et programmés, ce qui expliquerait, selon cet auteur, que les gestes suicidaires chez ces sujets sont rarement des échecs. Nous pouvons rapprocher de ces conclusions le choix du moyen qui est probablement plus potentiellement létal que pour d'autres personnalités pathologiques. Dans notre étude, la personnalité paranoïaque est donc surreprésentée. D'après encore POUGET, le geste suicidaire traduirait l'échec du paranoïaque « *dans son essai constant d'obtenir la maîtrise totale de son temps et de son espace (...) et, si la réaction violente est alors la règle, le suicide en est l'exception* » [180]. Les motifs de ces réactions violentes dirigées contre autrui ou contre lui-même seraient la vengeance ou la protestation. FRANC et al (1990) [87] procédaient au parallèle entre les délires passionnels et certains passages à l'acte marqués par un contexte passionnel, c'est-à-dire par l'incapacité à faire le deuil de la relation passée, par la souffrance psychologique qui exacerbe la rancœur et le

désir de vengeance. Ces auteurs font d'ailleurs l'association entre ce caractère passionnel de la relation et certains traits de personnalité, obsessionnels, faits d'une rigidité morale et, histrioniques en particulier dans le caractère infantile de la relation du sujet à l'objet d'amour dont il est extrêmement dépendant.

Enfin, dans notre étude, les personnalités dépendantes ne sont pas sous-représentées (13%). Pour ces personnalités, la question de l'amour et de l'objet manquant serait au centre de leur problématique. BERTAGNE et CAMPOLI (1990) [23] soulignent en effet le rôle de la relation d'emprise et de la captation de l'autre, objet garant du désir du sujet pour ces personnalités dont la structure serait névrotique (hystérique). Les tentatives de suicide y surviendraient dans un contexte dépressif, mais, contrairement à ce qui se produit dans les organisations limites, ce n'est pas seulement la présence de l'objet qui serait recherchée, mais la conformité de cet objet à un fantasme fondamental qui concerne la notion de couple. La question serait donc plus celle du désir de l'Autre, de l'amour, que celle de la présence, de l'anaclitisme et de l'étayage. Dans cette situation, la tentative de suicide pourrait constituer la seule expression directe de violence contre le mari, ce qui est un des éléments pouvant éclairer sur le risque de récurrences suicidaires. Par ailleurs, les patients qui avaient un trouble de la personnalité avaient plus fréquemment des antécédents de tentative de suicide : 79% des patients ayant des antécédents de tentative de suicide avaient un trouble de personnalité. En revanche, il n'existait pas de différence significative en ce qui concerne l'utilisation d'un moyen violent dans les antécédents de tentative de suicide et la présence ou non d'un trouble de la personnalité.

G. Des spécificités de l'approche thérapeutique des suicidants par arme à feu en psychiatrie de liaison

1. Suivi psychiatrique : une prise en charge contenante et étayante

Le délai entre l'admission au CHU après le geste suicidaire et la première consultation psychiatrique (faite par une infirmière du service de l'UCMP ou de l'UAMP ou par un psychiatre) variait entre le jour même de l'arrivée du patient au CHU (52%) à plus de 3 mois (6%). Le diagnostic de confusion mentale était porté dans 22,5% des cas et, dans ces situations-là, la prise en charge psychiatrique et psychologique n'a pu débuter avant la disparition des troubles de conscience. Cependant, 76% des suicidants ont été reçus en entretien psychiatrique dans la semaine qui suivait leur admission à l'hôpital général.

Dans la seule étude qui examinait cet item, le délai entre l'admission au CHU et la première consultation psychiatrique variait entre 1 jour et 3 semaines et le

nombre d'entretiens entre 1 et 3 (GUEZ, 1991 [104]). Pour notre part, nous avons évalué à 2 par semaine le suivi infirmier psychiatrique dans 52% des cas et à 1 par semaine dans 30% des cas. Le suivi dépassait 3 entretiens psychiatriques par semaine dans environ 16% des cas. La fréquence du suivi médical psychiatrique était d'une consultation par semaine dans 67% des cas et de 2 par semaine dans 24% des cas.

2. Le traitement antidépresseur comme réponse à la dépression et aux angoisses

Dans notre étude, un traitement psychotrope a été jugé nécessaire dans 78% des cas. Celui-ci a été accepté sans opposition de la part du patient dans 92% des patients relevant d'un traitement médicamenteux. Un antidépresseur a été prescrit dans 83% des prescriptions, en monothérapie dans 27%, en association avec un anxiolytique de type benzodiazépine dans 27%, en association avec un neuroleptique ou antipsychotique dans 27% des cas également, et en association avec un thymorégulateur dans seulement 2 cas. Un anxiolytique de type benzodiazépine a été prescrit dans 35% des cas. Un neuroleptique ou un antipsychotique a été prescrit chez 35% des patients, en monothérapie dans 6%, en association avec un antidépresseur dans 27%, et associé à un thymorégulateur dans 2 cas.

3. Une sous-représentation des complications somatiques

Sur le plan physique, il était rapporté des complications somatiques dans 25 cas (près de 16%), dont des complications infectieuses dans 56% des cas de complications somatiques.

4. Une rencontre médecin somaticien-psychiatre-famille-patient peu fréquente

En ce qui concerne les rapports avec l'entourage et les médecins somaticiens des services dans lesquels les patients étaient hospitalisés (le plus souvent, des chirurgiens), nous constatons que l'entretien d'un membre de l'équipe psychiatrique avec l'entourage n'a été réalisé que dans 54%. En revanche, un entretien entre la famille ou l'entourage du patient, le chirurgien ou médecin en charge du patient, et un membre infirmier ou médical de l'équipe psychiatrique n'avait été reporté que dans 2 dossiers. Or, pour ATTALAH et QUENARD [9], la place du psychiatre dans la prise en charge de ces patients est celle de permettre « la triangulation de la relation chirurgien-malade » qui peut réduire les tensions et tend à placer le geste suicidaire dans l'histoire parlée du sujet. En effet, encore d'après ces auteurs, ces patients contraindraient le chirurgien à

répondre à un agir destructeur, la tentative de suicide, par un autre agir certes réparateur mais qui serait vécu de façon partielle et parcellaire.

5. Une prise en charge psychiatrique souvent justifiée à la sortie du C.H.U.

En ce qui concerne l'orientation psychiatrique à la sortie du CHU de Poitiers, une prise en charge était proposée et organisée dans 93% des cas.

a) Un suivi ambulatoire dans 34% des cas

La prise en charge était ambulatoire dans 34% des cas avec, dans 27% des cas, une consultation avec un psychiatre dans le Centre Médico-Psychologique (CMP) correspondant à son secteur d'habitation, dans 6,5% des cas, une consultation au CMP associée à des visites à domicile par une infirmière psychiatrique de son secteur et, dans 5% des cas, une consultation avec un psychiatre libéral.

b) Une hospitalisation en psychiatrie dans 41% des cas

Dans 41% des cas, une hospitalisation en psychiatrie a été organisée et proposée. A ce sujet, nous notons une tendance des 36-55 ans à être plus fréquemment hospitalisés en psychiatrie après le geste suicidaire par arme à feu.

De plus, l'hospitalisation en psychiatrie a été plus fréquemment décidée pour les femmes que pour les hommes : 60% contre seulement 38%.

Par ailleurs, nous avons constaté que les patients qui avaient un trouble de la personnalité avaient plus tendance à être hospitalisés en psychiatrie à leur sortie du CHU : 71% des patients. Dans l'étude de MARTINEAU [148], l'hospitalisation en psychiatrie était loin d'être la règle puisque seulement 1/3 des patients en bénéficiaient après leur prise en charge au CHU. Dans l'étude de FRIERSON et LIPPMANN (1990) [96], qui avait porté sur 260 suicidants par arme à feu, 47% étaient transférés en psychiatrie, 30% sortaient avec un suivi psychiatrique ambulatoire, 15% étaient pris en charge dans un centre de désintoxication. Le mode de placement en psychiatrie s'est réparti entre hospitalisation libre (HL) dans 64% des hospitalisations, hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) dans 35% des cas, et hospitalisation d'office (HO) pour un seul patient. Une hospitalisation libre avait été réalisée dans 61% des cas pour les hommes contre 75% des cas pour les femmes. Par ailleurs, dans 15% des cas, un relais avec le service de psychiatrie de liaison ou avec les psychiatres assurant le travail du psychiatre de liaison, avait été organisé, principalement lorsqu'un transfert dans le Centre Hospitalier Général (CHG) d'origine avait été réalisé.

6. Le recours à un moyen violent dans près de 50% des récurrences suicidaires

Aucun patient n'a effectué de nouvelle tentative de suicide alors qu'il (elle) était hospitalisé(e) à l'hôpital général à la suite de la tentative de suicide par arme à feu. Aucun suicide à l'hôpital général n'a, non plus, été recensé pour les suicidants par arme à feu inclus dans l'étude. Par ailleurs, après la sortie de l'hôpital général, parmi les patients domiciliés dans la Vienne, 11 ont fait au moins un nouveau passage à l'acte, dont 6 par un moyen violent : 2 par phlébotomie, 2 par précipitation et 2 non précisés. Dans les récurrences de tentative de suicide, nous notons 8 tentatives de suicide médicamenteuses. Et, 13% des hommes contre 8% des femmes ont fait une nouvelle tentative de suicide : ce pourcentage ne tient pas compte des patients non domiciliés dans la Vienne. Pour ce qui est des récurrences suicidaires, les hommes avaient tendance à employer plus fréquemment un moyen violent pour le geste qui avait suivi celui par arme à feu, mais les faibles effectifs ne nous donnent pas de résultats significatifs : 60% des gestes suicidaires ultérieurs chez les hommes avaient utilisé un moyen violent contre aucune des femmes.

Par ailleurs, les patients non éthyliques avaient tendance à moins récidiver que les patients éthyliques : 9% des non éthyliques ont récidivé contre 18% des patients éthyliques. L'abus d'alcool, en tant que produisant un effet « pharmacologique », et comme pouvant faciliter le passage à l'acte, en est une explication, mais la question de l'addiction dans les tentatives de suicide à répétition a également été soulevée devant la prédominance de l'économie narcissique, la notion d'acte-symptôme opérant à la fois une décharge et une mise à l'écart de l'imaginaire, ainsi que la place de l'objet qui va de sa découverte « initiatique » au statut d'objet réel et, enfin, la notion de perversion qui s'appuie ici moins sur le clivage du moi que sur l'aspect autoérotique de la conduite et le déni de l'altérité (VEDRINNE et al [211]).

De plus, tous les patients ayant fait une nouvelle tentative de suicide avaient un trouble de la personnalité : les patients qui présentaient un trouble de la personnalité faisaient plus de tentatives de suicide ultérieures que les autres patients. 50% des patients ayant un trouble de la personnalité et ayant récidivé avaient utilisé un moyen violent pour les gestes suicidaires ultérieurs : donc les patients ayant un trouble de la personnalité avaient tendance à employer plus souvent un moyen violent dans les récurrences suicidaires.

La fréquence des passages à l'acte est importante chez les sujets présentant un trouble de la personnalité de type borderline qui sont en grande proportion dans notre série. Nous connaissons également la tendance à la répétition de ces actes auto et hétéro-agressifs. Dans le cas des passages à l'acte répétés, RACAMIER utilisait le terme de « suicidose » pour rendre compte du multirécidivisme [181]. Pour cet auteur, il s'agissait d'une organisation de caractère plus ou moins stable et dont le symptôme type était constitué par la tentative et la menace de suicide à répétition. Dans la suicidose, le geste suicidaire prendrait la valeur d'une arme :

il participerait en effet d'un combat et s'inscrirait étroitement dans le rapport à autrui comme à soi même. Un évènement apparemment banal ayant la valeur d'une frustration affective ou de blessure narcissique pourrait alors déclencher la tentative de suicide.

Tous moyens de suicide confondus, les récurrences après tentative de suicide sont de 1% de décès par récurrence suicidaire à 1 an et de 10% à 10 ans. En 1955-56, SCHNEIDER, cité par GUEZ [104], a publié en Suisse une étude rétrospective sur 30 ans de suivi de sujets ayant faits une tentative de suicide et insistait sur le fait que les tentatives de suicide par arme à feu n'étaient que très rarement suivies de nouvelles tentatives par le même moyen et qu'elles mettaient à jour une dépression grave. Et, d'après BOURGEOIS, cité par BATT [14], lorsque le syndrome dyssérotinergique peut être objectivé (taux abaissé de 5HIAA dans le LCR), la mortalité par suicide violent dans l'année qui suit la tentative de suicide monterait à 20-25%.

Pour BENATEAU et al (1997) [19], les récurrences suicidaires sont rares : dans leur étude, 2 patients sur 28 suivis par un psychiatre se sont suicidés, un, 8 ans après la première, et le second, 10 mois après. Pour ATTALAH et QUENARD [9], c'est la régression imposée au malade qui se trouve alité, et qui bénéficie de multiples interventions chirurgicales et de soins de nursing, qui « immunise » contre de nouveaux passages à l'acte suicidaires.

Pourtant, les récurrences suicidaires chez les suicidants par arme à feu sont classiquement considérées comme rares mais les quelques études publiées ont souvent peu de recul et il est difficile de conclure sur ce point de manière définitive ou tout au moins satisfaisante. Le tableau ci-après résume les différentes études publiées et les résultats en matière de récurrence suicidaire avec aboutissement au décès après une tentative de suicide. Les décès par suicide après une première tentative de suicide par arme à feu ne sont donc pas fréquents mais ne sont pas non plus inexistantes. C'est pourquoi il nous paraît important de travailler autour de la prise en charge de ces patients afin d'améliorer leur survie à moyen et à long terme.

Etudes publiées	Nombre de cas	Récurrences avec décès
MOREL ¹⁶⁰ (1974)	13	2 (15%) suivi ?
SHUCK ¹⁹⁴ (1980)	18	3 (11%) suivi 15 mois
PETERSON ¹⁷⁴ (1985)	30	0 suivi 2 ans
GOGA (1988)cité par GUEZ ¹⁰⁴	54	3 (5,5%) suivi 17 ans
MONCHO ¹⁵⁹ (1989)	27	1 (3%) suivi 15 mois
BENATEAU ¹⁹ (1997)	60	3 récurrences dans les 2 ans
GAULT ¹⁰⁰ (2002)	19	2 récurrences, suivi ?

Notre étude, pour des raisons méthodologiques, n'a pas pu enregistrer le nombre de décès par suicide suivant un premier passage à l'acte, mais il aurait été intéressant de pouvoir étudier plus précisément et rigoureusement la composante de récurrence suicidaire à la suite du geste commis au moyen de l'arme à feu.

H. Suicidants et suicidés par arme à feu : des caractéristiques communes

Depuis DURKHEIM (1897), nous savons que le suicide est un phénomène complexe, comme l'exprime d'ailleurs la longue et difficile définition du père de la sociologie, et, comme nous l'avons vu, pluridéterminé. HALBWACHS (1930) a été un des premiers à s'intéresser aux tentatives de suicide et a montré combien elles se différencient des suicides aboutis. En effet, cet auteur retrouvait que les hommes se suicidaient plus que les femmes, tandis que l'inverse était la règle en ce qui concerne les tentatives de suicide. De même, les suicides aboutis étaient plus fréquents en milieu rural par opposition aux tentatives de suicide. Les moyens employés n'étaient pas non plus les mêmes etc. Tout tendait à montrer que tentatives de suicide et suicides s'opposaient et ne constituaient donc pas la même conduite.

L'hypothèse que nous pouvons formuler est donc celle d'une différence de population entre suicidants et suicidés, comme s'il n'y avait pas de continuum entre ces conduites dans le cadre d'une approche dimensionnelle.

Pourtant, notre étude met en évidence une population de suicidants par arme à feu très éloignée des statistiques concernant les suicidants en général. Ainsi notre population de suicidants présente-elle des similitudes avec la population de suicidés par arme à feu :

- ❑ Ce sont principalement des hommes ;
- ❑ Les tranches d'âge correspondent avec celles des suicidés : 35-49 ans ;
- ❑ Les professions sont les mêmes ;
- ❑ La prévalence de la dépression est forte, de même que chez les suicidés par arme à feu ;
- ❑ L'arme à feu employée est le fusil, de même que chez les suicidés de la région.

Une étude faite aux Etats-Unis sur une population de suicidés par arme à feu retrouvait fréquemment des événements de vie stressants pouvant avoir précipité le passage à l'acte comme par exemple un conflit conjugal, une rupture conjugale ou sentimentale, des difficultés financières, une maladie physique ou encore un problème judiciaire. Les facteurs précipitants étaient plus souvent une pathologie mentale chez les plus âgés et très âgés, tandis que chez

les plus jeunes, il s'agissait plus souvent d'une rupture sentimentale (WEINBERGER et al, 2000 [215]). De même, RICH et al [183] ont montré qu'il existait des facteurs précipitant le geste suicidaire qui seraient différents d'une classe d'âge à l'autre. En effet, dans celle des moins de 30 ans, les auteurs retrouvaient plus fréquemment des séparations et des ruptures sentimentales, tandis que chez les sujets de plus de 30 ans, il s'agissait plutôt d'une pathologie physique. En revanche, en Suède, DRUID (1997) [79] avait montré que la majorité des victimes de suicide par arme à feu avaient laissé une lettre d'adieu, contrairement aux résultats de notre étude.

Tous ces éléments nous amènent, peu ou prou, à formuler l'hypothèse d'une même population, suicidants et suicidés par arme à feu. Cependant, nous n'oublions pas une différence majeure : les suicidants continuent à vivre après leur geste.

Pour certains auteurs, le fait qu'il y ait des survivants à des gestes dont la létalité est élevée s'explique par les progrès faits en matière d'aide au victime, de secourisme et de techniques chirurgicales et de réanimation.

Cependant, dans notre étude, nous avons retrouvé un nombre important de patients qui n'avaient aucune séquelle de leur geste suicidaire et qui sortaient du CHU au bout de quelques jours seulement.

L'hypothèse que nous pouvons alors avancer est l'existence de sous-populations de suicidants : ceux qui n'ont aucun dommage physique et ceux qui ont une atteinte physique importante, ces derniers pourraient alors se rapprocher de la population de suicidés.

I. Synthèse de la discussion

Les résultats de notre étude sont, dans l'ensemble, congruents aux données de la littérature. Les quelques différences observées peuvent être attribuées d'une part, aux biais inhérents à la méthodologie employée dans notre recherche et que nous détaillerons ci-après et, d'autre part, à la faible puissance des études publiées, en raison, le plus souvent, des faibles effectifs inclus. Toutefois, les suicidants par arme à feu apparaissent comme un groupe cliniquement différencié des autres populations de suicidants. Leurs caractéristiques, en particulier sociodémographiques, s'opposent parfois point par point, notamment avec les suicidants par intoxication médicamenteuse. Par ailleurs, si certains éléments apparaissent communs aux suicidés par arme à feu, il n'en reste pas moins que des distinctions existent entre ces deux groupes.

Parmi les données remarquables, nous notons donc :

- La nette prédominance des sujets de sexe masculin ;
- La tranche d'âge la plus représentée : 35-50 ans ;
- La situation professionnelle précaire avec une grande fréquence du chômage et des professions manuelles ;
- Une situation maritale caractérisée par une forte proportion de sujets vivants en couple et avec des enfants ;
- Des antécédents psychiatriques dans 50% des cas dont une forte proportion de sujets dépendants à l'alcool, surtout les hommes, et des dépressions fréquemment hospitalisées en psychiatrie et suivies, principalement les femmes ;
- Le lieu familial du geste, le plus souvent, le domicile du suicidant ;
- Un évènement déclenchant rapporté dans 80% des cas, dont la moitié était des ruptures conjugales ;
- Peu de gestes suicidaires prémédités, préparés, associé à la grande rareté de l'achat récent de l'arme à feu ;
- Le fusil de chasse, l'arme de choix ;
- La tête est la partie du corps qui est la plus fréquemment visée, suivie du « cœur » (thorax), puis de l'abdomen ;
- Des associations co-morbides : dépression, souvent associée à un trouble de la personnalité et/ou une dépendance à l'alcool ;
- Une prise en charge somatique particulière, parfois quasi-inexistante, parfois, au contraire, tout à fait centrale, en fonction des lésions physiques ;
- Une prise en charge psychiatrique peu fréquente à la sortie du CHU dont une hospitalisation en milieu spécialisé dans la moitié des cas ;
- Un risque de récurrence suicidaire loin d'être négligeable, notamment à l'aide d'un moyen violent.

IV. CRITIQUES DE LA RECHERCHE

L'interprétation des résultats de notre enquête doit être nuancée en raison des limites et des biais inhérents à ce type d'étude. En effet, bien que la grande majorité des travaux de recherche en suicidologie propose un abord rétrospectif, et ce pour les raisons que nous avons précédemment développées, il n'en reste pas moins que ces enquêtes sont soumises à des biais dont nous ne pouvons ne pas tenir compte dans notre réflexion et nos conclusions comme une nuance importante apportée à nos résultats.

En ce qui concerne notre recherche, nous constatons d'emblée que le biais principal est constitué par le fait que nous n'avons pas rencontré les patients et que les données dont nous avons disposé pour notre questionnaire provenaient des dossiers de soins. Les réponses à nos questions dépendaient donc de ce qui avait été noté dans le dossier par les soignants. Le dossier, intermédiaire entre le patient et l'enquêteur, introduit une part supplémentaire de subjectivité, même si notre questionnaire s'est attaché à écarter au mieux cette part de subjectivité et d'interprétativité systématiquement qui nuit à la pertinence et à la puissance statistique des résultats. Cependant, certaines données restent objectives, telles les données sociodémographiques etc. Par ailleurs, nous nous sommes efforcés à procéder à des recoupements en ce qui concerne par exemple les diagnostics psychiatriques entre les écrits et les cotations CIM-10. D'autre part, nous ne pouvons pas ne pas souligner la dimension subjective de certains items de notre questionnaire qui ont été parfois délicats à renseigner et soumis à notre interprétation des écrits. A titre d'exemple, les items « angoisse » ou encore « importance du traumatisme balistique » nous ont montré, à ce niveau de l'enquête, toutes les limites de notre recherche. D'ailleurs, dans le traitement statistique et l'interprétation des résultats, nous n'avons pas tenu compte de ces items, dont les réponses risquaient d'être erronées par notre lecture des dossiers.

Pour des raisons éthiques, nous n'avons pas contacté les patients que nous avons inclus et l'inconvénient lié au fait de ne pas les avoir rencontrés n'a donc pas pu être dépassé.

Par ailleurs, nous constatons qu'un biais de sélection a pu intervenir dans notre recherche. En effet, dans un certain nombre de situations, nous pouvons supposer que ce sont les cas les plus graves qui sont acheminés puis hospitalisés au CHU de Poitiers, tout au moins les patients qui ne sont pas originaires du département de la Vienne. Nous avons observé qu'un nombre conséquent de patients étaient adressés au CHU en vue d'une intervention chirurgicale spécifique avant d'être transférés dans l'hôpital général proche de leur lieu d'habitation. Nous n'avons pas inclus toute la population des suicidants par

arme à feu de la région Poitou-Charentes. A ce titre, il aurait été intéressant de connaître la zone d'attractibilité du CHU de Poitiers.

L'étude des modes de suicide, en particulier lorsqu'ils font partie des moyens les plus potentiellement létaux, soulève classiquement l'interrogation de l'intentionnalité suicidaire du sujet au moment du passage à l'acte. Cependant, cette dimension, déjà au combien complexe dans la pratique clinique, est une donnée difficile à évaluer en rétrospectif et, en particulier, à partir des dossiers. Elle reste soumise à l'interprétation des écrits dont nous avons précédemment souligné la subjectivité.

Enfin, ce type d'étude souffre du manque d'abord clinique des patients suicidants par arme à feu. Celle-ci permettrait en effet une meilleure compréhension psychopathologique qui ne peut s'affiner que dans une approche individuelle.

Toutes ces limites apportées à notre enquête soulèvent la nécessité de la mise en place d'une recherche-action avec une méthodologie de type prospectif. Plus qu'un état des lieux au sujet de cette population, le suivi prospectif permettrait non seulement une approche clinique et psychopathologique plus fine et moins subjective, mais également la mise en place d'un travail conjoint avec les services médico-chirurgicaux du CHU dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Cette collaboration pourrait faciliter et développer les échanges avec les équipes soignantes dont nous avons souligné la pertinence, précisément en ce qui concerne les suicidants par arme à feu. Cette étude prospective nous engagerait dans la poursuite d'une réflexion commune à propos des stratégies de prévention à développer, qu'elles soient par exemple dans la mise en place d'un suivi médicopsychologique spécifique après la sortie du CHU, dans l'amélioration de la compréhension psychopathologique de ces passages à l'acte, ou encore dans une préoccupation plus grande des soignants en ce qui concerne l'accessibilité à des moyens létaux tels que les armes à feu.

Enfin, une enquête prospective nous permettrait de débiter un travail de réflexion auprès des équipes soignantes, centré sur les représentations associées à ce mode de passage à l'acte. Nous avons précédemment insisté sur le malaise qui pouvait exister dans la relation soignant-soigné, tout autant pour les soignants en psychiatrie que pour les soignants des équipes médico-chirurgicales, même si les premiers sont plus disposés et préparés à ce type de réflexion. Il nous semble d'ailleurs que les atteintes physiques, en particulier la défiguration, sont porteuses de ce malaise qui peut nuire à une prise en charge sereine et non rejetante.

V. DES PREMIERES CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

La situation épidémiologique des suicidants est, en France, peu connue et ce en raison du manque de données actuellement disponibles. Pourtant, l'inscription dans une stratégie globale de prévention du suicide passe par l'exploration des spécificités des conduites suicidaires. Ces particularités propres à chaque tentative de suicide peuvent être déterminées en fonction du moyen de suicide employé.

Ainsi, de notre étude traitant des conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu, nous retenons un certain nombre de données cliniques, sociodémographiques ou encore thérapeutiques tout à fait singulières et qui se différencient parfois d'autres suicidants employant d'autres moyens que l'arme à feu. En effet, si nous ne pouvons conclure de façon définitive, ceux-ci peuvent nous aider à mieux connaître cette population.

Loin d'être des sujets « étrangers » à la psychiatrie, les suicidants par arme à feu, principalement des hommes jeunes, avaient fréquemment, à notre grande surprise, un psychiatre traitant, des antécédents psychiatriques voire un ou plusieurs antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Nous avons été également frappés par la forte prévalence de la dépression, des conduites d'alcoolisation et des troubles de la personnalité, essentiellement limites et paranoïaques. D'autre part, certaines données du passage à l'acte nous paraissent significatives : le domicile, lieu privilégié du geste suicidaire, la crise conjugale comme facteur précipitant etc. En négatif de ce qui est communément admis en ce qui concerne les suicidants par arme à feu, nous avons mis en évidence une fréquence non négligeable des conduites suicidaires antérieures, de même que des récurrences suicidaires.

Cette enquête nous a donc permis de mieux connaître la population de suicidants par arme à feu et d'en définir les spécificités. Elle nous a conduit à nous interroger autour des stratégies de prévention du suicide à travers les particularités de leur prise en charge en psychiatrie de liaison. Cette recherche nous a également permis de mener une réflexion en ce qui concerne l'accessibilité au moyen létal que constitue l'arme à feu. Cette question apparaît d'ailleurs extrêmement complexe en raison de la place singulière qu'occupent les fusils de chasse en France, une arme dont nous avons précisé qu'elle se transmettait traditionnellement de génération en génération et, qui ne fait l'objet d'aucune réglementation particulière.

Par ailleurs, compte tenu de ces résultats et de certaines limites que nous avons précédemment évoquées, en particulier, le défaut de renseignement de certains items, l'ensemble de ces données concourt à proposer l'élaboration d'un protocole de recueil de données qui pourrait être adjoint au recueil usuel (cf. ANNEXE 8 : Protocole de recueil usuel en cas de tentative de suicide). Nous formulons donc une proposition de recueil de données pour les suicidants par arme à feu et qui serait à adjoindre au recueil usuel (cf. page suivante).

Celui-ci permettrait de compléter certaines données qui ne sont pas systématiquement renseignées :

- Des données non spécifiques aux suicidants par arme à feu : date précise du passage à l'acte, lieu, heure, présence ou non de personnes au moment du passage à l'acte etc.
- Et, des données plus en rapport avec le moyen employé, en l'occurrence l'arme à feu : précision du type d'arme employée, évaluation de la disponibilité d'autres armes à feu à domicile et intérêt pour le devenir de l'arme utilisée etc.

Enfin, il nous paraît important de poursuivre la recherche, non plus sous la forme d'une enquête rétrospective, mais sous la forme d'un protocole en prospectif par une recherche-action. Le recueil de données que nous proposons spécifiquement pour les suicidants par arme à feu pourrait alors faire l'objet d'une évaluation afin d'en préciser l'intérêt pour l'approche clinique et psychopathologique et, d'évaluer son importance pour l'approche thérapeutique ainsi que dans un but de prévention des conduites suicidaires.

Proposition d'un protocole de recueil de données pour les suicidants par arme à feu (à adjoindre au protocole de recueil usuel)

1. DATE DU PASSAGE A L'ACTE : / /

2. ANTECEDENTS SUICIDOLOGIQUES

- A. Antécédents personnels de TS : OUI NON
- Si oui, utilisation d'un moyen violent : OUI NON
 - Si oui, lequel ? Arme à feu
 - Pendaison
 - Précipitation
 - Gaz
 - Phlébotomie
 - Noyade
 - Date dernière TS : / /
 - Nombre de TS antérieures :
- B. Antécédents familiaux : TS SUICIDE AUCUN
- Si oui, utilisation d'un moyen violent : OUI NON
 - Si oui, lequel ?

3. A PROPOS DU PASSAGE A L'ACTE

- A. Lieu : Domicile Autre (à préciser) :
- B. Si domicile, pièce où s'est déroulée la TS ?
- C. Présence d'autres personnes au moment du geste ? OUI NON
- D. Heure de la journée :
- E. Partie du corps visée : Tête Thorax Abdomen
Autre (à préciser) :
- F. Engagement du pronostic : Vital Fonctionnel Esthétique
- G. Conduites d'alcoolisation associées : OUI NON
- H. Diagnostic psychiatrique :
- I. Trouble de la personnalité ? OUI NON

4. A PROPOS DU MOYEN EMPLOYE

- A. Type d'arme employée : Arme de poing Arme d'épaule
- B. Appartenance de l'arme : Patient Autre (à préciser) :
- C. Achat récent de l'arme (<2mois) : OUI NON
- D. Retrait du moyen employé ? OUI NON
- E. Si oui, où est stockée l'arme à feu ?
- F. Présence d'autres armes à feu à domicile ? OUI NON

PARTIE III

HISTOIRES CLINIQUES AU SUJET DE DEUX CAS PERSONNELS

A partir de deux cas de patients suicidants par arme à feu que nous avons rencontrés dans le cadre de notre stage dans le service de psychiatrie de liaison, nous discuterons, par cette approche clinique singulière, ce qui peut déterminer le choix du moyen dans les conduites suicidaires par arme à feu. Nous examinerons également les données sociodémographiques par rapport aux résultats de notre étude, ainsi que les éléments cliniques et psychopathologiques.

I. UN PASSAGE A L'ACTE PREMEDIATE : MONSIEUR C.

Monsieur C. est âgé de 35 ans et a été hospitalisé dans le service d'ORL du CHU de Poitiers le 4 janvier suite à une tentative de suicide par arme à feu (type d'arme : non précisé). C'est dans le cadre de notre stage en psychiatrie de liaison que nous avons été amené à le rencontrer. Les conditions de cette rencontre n'ont pas été simples, comme c'est parfois le cas en psychiatrie de liaison. Le patient a le visage couvert de pansements et seuls ses yeux (mais pas vraiment son regard) sont visibles, des yeux d'ailleurs injectés de sang. L'élocution est, comme nous le préciserons, difficile, de même que la concentration. Dépassées ces premières difficultés marquées par « l'inconfort » de l'entretien, nous tentons de retracer l'histoire clinique du sujet, une anamnèse tout à fait singulière.

A. Une histoire clinique singulière

Nous apprenons, au fil du premier entretien, que Monsieur C. est père de 5 enfants en bas âge. Il vit séparé de son ex-compagne depuis environ 6 mois, séparation qui aurait été décidée par celle-ci alors qu'elle déposait une plainte contre lui pour « attouchements sexuels ». Au moment du passage à l'acte, il vivait donc seul dans son appartement, avait tendance à se renfermer chez lui et ne voyait plus personne en dehors de ses parents. Ces derniers habitaient d'ailleurs à proximité de Monsieur C.

Monsieur C. est l'aîné d'une fratrie de quatre : deux soeurs et un frère de 5 ans son cadet. Sur le plan professionnel, il est patron d'une boulangerie et son « ex-femme » y travaillait avec lui. Depuis plusieurs semaines, il était en arrêt maladie et éprouvait des difficultés à reprendre le travail.

Peu d'éléments nous sont alors confiés de la part de Monsieur C. qui a plutôt tendance à être évasif, restant parfois impassible devant nos sollicitations et interrogations.

De ses antécédents psychiatriques, nous retenons cependant que Monsieur C. était suivi par un psychiatre dans un CMP dans le cadre d'une obligation de soins. Aucune conduite suicidaire n'était rapportée ni dans les antécédents personnels, ni dans les antécédents familiaux. Par ailleurs, nous ne retrouvions pas d'antécédent médicochirurgical particulier.

B. Un premier contact plutôt distant

Le premier entretien avait lieu dans le service d'ORL le jour même de l'admission du patient. Celui-ci était effectué par un infirmier de l'équipe de l'unité de consultation médicopsychologique. Le patient était d'emblée décrit comme peu « loquace », fatigué. Le discours était monotone, monocorde et le contact distant. Il évoquait cependant de manière spontanée mais succincte ses difficultés familiales et, en particulier, le fait de ne pouvoir rendre visite à ses 5 enfants. Il relatait également des problèmes financiers d'une manière relativement floue. Dans l'observation infirmière, il était noté que Monsieur C. ne critiquait pas son passage à l'acte et, que les idées noires, ainsi que des idéations suicidaires étaient toujours présentes. Le patient présentait également des difficultés d'attention qui accentuaient les difficultés à mener un entretien qui soit un échange.

De la même manière, l'entretien avec le médecin psychiatre était assez difficile en raison des troubles de l'élocution et de la distance instituée par le patient. La fluence verbale était diminuée, il fallait insister pour qu'il réponde aux questions et les réponses étaient généralement peu informatives, surtout lorsque nous abordions les raisons du geste.

D'autre part, nous ne pouvions à peine voir son visage, couvert de pansements qui ne laissaient entrevoir que les yeux. L'orifice d'entrée de la balle était la région latéro-cervicale droite, ce qui avait occasionné des dégâts physiques au niveau du visage et de la bouche.

C. Des circonstances du passage à l'acte difficiles à préciser

Le passage à l'acte s'était déroulé au domicile des parents du patient au moyen de l'arme à feu qui appartenait à son père. Le geste suicidaire semblait avoir été

préparé à l'avance, prémédité depuis plusieurs jours voire plusieurs semaines. Le patient avait, en effet, prévu de se rendre chez ses parents alors que ceux-ci s'étaient absentés du domicile, et c'est dans ces conditions que s'est déroulée la tentative de suicide. La préméditation n'était cependant pas accompagnée de l'élaboration précise d'un scénario, même si les circonstances de préparation du geste s'en rapprochaient. La dimension d'impulsivité nous apparaissait comme mineure au regard de cette préméditation.

Par ailleurs, comme explication donnée par le patient à son passage à l'acte, nous notions un sentiment de frustration lié au fait qu'il n'avait plus le droit de voir ses enfants en raison de l'enquête en cours, le patient exprimant son incompréhension par rapport à cette situation. Les motifs de la séparation, avec notamment l'accusation d'attouchements, n'étaient pas exprimés clairement par Monsieur C., tout au moins lors de notre entretien qui a suivi l'entretien infirmier. En effet, la rencontre initiale avec l'infirmier psychiatrique, à l'occasion de laquelle les données judiciaires avaient été abordées, semblait avoir été plus ouverte, moins distante et le patient semblait moins défensif.

A titre d'exemple, il avait été impossible d'aborder, au cours de cette première rencontre, l'affaire judiciaire en cours en raison de l'extrême réticence du patient. Par ailleurs, le médecin traitant que nous avons contacté par téléphone nous confiait qu'il ne connaissait que très peu le patient, le décrivant comme très renfermé sur lui-même. Il semblait être vaguement au courant de son injonction de soins mais ne connaissait pas les motifs exacts de cette obligation.

D. Une approche avant tout relationnelle autour de la dépression

Sur le plan sémiologique, des éléments de la série dépressive étaient aisément mis en évidence : tristesse de l'humeur, anhédonie les jours précédant le passage à l'acte, repli sur soi, troubles du sommeil et perte d'appétit évoluant depuis plus de 15 jours, idées noires et suicidaires. Nous retrouvions également des signes d'angoisse, à la fois physiques et psychiques : tremblements des extrémités, sueurs, tension importante lors des entretiens. Il exprimait également ses difficultés à supporter sa solitude affective et il semblait aux prises avec des angoisses massives qu'il avait des difficultés à verbaliser. Nous lui avons donc proposé une prise en charge double basée sur l'approche relationnelle et médicamenteuse. Un traitement antidépresseur par inhibiteur de la recapture de sérotonine et anxiolytique par benzodiazépine ont ainsi été mis en place.

A notre grande surprise, la restauration physique a été somme toute assez rapide autorisant une sortie après 5 jours d'hospitalisation. Après avoir accepté l'idée d'une prise en charge psychiatrique pendant son hospitalisation au CHU, qu'elle

fût relationnelle ou médicamenteuse, Monsieur C. s'est opposé à la poursuite des soins psychiques en hôpital psychiatrique, mettant en avant qu'il n'était plus suicidaire, et qu'il était, de plus, déjà suivi par un psychiatre. Nous avons d'ailleurs contacté celui-ci afin d'organiser le relais de la consultation comme le patient le souhaitait. Entre temps, le patient avait reçu la visite de son frère accompagnée de son amie.

Nous l'avons à nouveau rencontré le jour de sa sortie : l'état psychique s'était amélioré ainsi que le contact et la verbalisation. Il manifestait le souhait de venir habiter quelques temps chez son frère qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs mois.

E. Discussion

Dans ce premier cas, nous percevons déjà à travers l'observation clinique les difficultés de prise en charge qui se présentent à l'équipe de psychiatrie de liaison.

Ces difficultés sont tout d'abord liées au peu d'information que nous avons pu recueillir du patient en quatre entretiens, deux entretiens infirmiers et deux entretiens médicaux. Le peu de précision de ces données d'anamnèse peut être expliqué non seulement par les conséquences physiques du geste suicidaire à l'origine de troubles de l'élocution, mais également par l'état psychique du patient et sa personnalité. Dans ce cas, celle-ci se caractérise par une pauvreté du discours, ou tout au moins un contact plutôt distant, voire une méfiance et une réticence à s'exprimer.

Par ailleurs, nous sommes frappés par la faible capacité de mentalisation et d'association au cours de nos entretiens qui nous ont paru relativement vides, tout au moins sur le plan du contenu verbal, ce qui résonnait avec la gravité du geste effectué.

Par rapport au passage à l'acte et à sa reconstitution dans l'après-coup, nous constatons là encore une grande pauvreté dans ce qui peut en être dit et nous avons d'ailleurs éprouvé beaucoup de difficultés à centrer l'entretien sur cet aspect de la conduite suicidaire. En somme, nous retrouvons un état dépressif caractérisé avec une expression émotionnelle pauvre et des angoisses importantes non verbalisées mais qui s'expriment dans le contact et la communication non verbale.

D'autre part, les difficultés pour notre équipe résidaient dans le manque d'alliance thérapeutique avec le patient, même si aucune opposition aux soins n'a été franchement exprimée en dehors du refus d'être hospitalisé en psychiatrie à sa sortie du CHU. Par ailleurs, nous n'avions pas une meilleure

alliance avec la famille, puisque nous n'avons rencontré qu'un frère aux relations plutôt distantes avec le patient, et cette rencontre n'a eu lieu qu'à la sortie du patient, le frère étant venu le chercher pour le raccompagner. L'entretien avec le frère a montré qu'il était peu étayant pour le patient, présentant un discours empreint d'une banalisation des troubles, voire d'une négation de ceux-ci.

Parmi les éléments qui nous avaient inquiétés, nous retenons la préparation du geste suicidaire sans impulsivité. Il était venu chez ses parents alors qu'il savait qu'ils étaient absents de leur domicile. Ceci nous amène à formuler l'hypothèse qu'au-delà des difficultés mises en avant par le patient, l'adresse du geste suicidaire pouvait être le couple parental. Toutefois, la réticence du patient a entravé la constitution d'une représentation des mécanismes psychopathologiques engagés dans le passage à l'acte. Par ailleurs, le patient ne manifestait aucune affectivité, aucune émotion, un discours marqué par une dénégaration de l'intentionnalité suicidaire du passage à l'acte.

En outre, nous n'avons que peu d'éléments concernant le choix du moyen proprement dit en dehors du fait qu'il appartenait au père du patient et qu'il n'était pas immédiatement disponible, ce qui a exigé d'ailleurs un certain niveau de préparation du geste suicidaire. Ceci semble d'ailleurs clarifier l'adresse du geste suicidaire qui intervient alors que le patient est destitué de ses propres fonctions paternelles. Là encore, il n'est cependant pas possible de conclure compte tenu de la fragilité de l'alliance thérapeutique, esquissée seulement après cinq jours d'hospitalisation. De la même manière, les conséquences physiques du passage à l'acte et, notamment esthétiques, n'ont pu faire l'objet ni d'une élaboration conjointe avec le patient ni d'échanges concomitants avec l'équipe médicochirurgicale.

Cette histoire clinique illustre bien la complexité, mais aussi parfois l'étrangeté de la rencontre avec ces patients en mal d'élaboration et de verbalisation, et pour lesquels le délabrement somatique renforce la distance instituée avec l'autre. Les effets institutionnels de telles rencontres sont notables et justifient de la part de l'équipe de liaison une vigilance et une attention particulières.

II. UNE RELATION SINGULIERE AU PERE: LE CAS DE MONSIEUR D.

Monsieur D. a également été rencontré à l'hôpital général. Monsieur D., âgé de 24 ans, a été hospitalisé dans le service de réanimation chirurgicale du CHU le 12 mars suite à une tentative de suicide par arme à feu. Nous avons été amené à le rencontrer dans le cadre de notre stage en psychiatrie de liaison. D'emblée, nous avons été surpris par le fait que Monsieur D. était hospitalisé dans un service de réanimation alors qu'il ne présentait aucune lésion physique apparente. Nous avons même été « accueilli » par le patient avec un sourire qui en disait long sur la faible prise de conscience de la gravité du geste. L'histoire clinique récente a pu être retracée sans difficulté et sans trop d'angoisse exprimée. En revanche, comme nous le préciserons ci-après, une symptomatologie anxio-dépressive ancienne est apparue au fil de l'entretien, notamment à l'évocation de la perte de son père.

A. Une histoire clinique en apparence simple

Le premier entretien était effectué le jour de l'admission du patient par un infirmier de l'UCMP qui le décrivait de bon contact même s'il tentait d'emblée de le convaincre qu'il s'agissait d'un accident. Il semblait cependant envahi par un sentiment de honte par rapport à son geste.

Avant la tentative de suicide, Monsieur D. avait envoyé un SMS appelant à l'aide depuis son téléphone portable à sa petite amie qui venait juste de mettre un terme à leur relation amoureuse. Cette relation évoluait depuis 18 mois. Et, devant le refus de celle-ci de répondre, monsieur D. avait décidé de « se blesser » d'un coup de carabine 12 mm en sous-claviculaire droit, « pour lui faire peur ». Juste avant de tirer le coup de feu, il aurait pris soin de retirer quelques plombs de la cartouche « pour limiter les dégâts » mais il ne s'attendait pas à une atteinte pulmonaire. Il disait ensuite avoir immédiatement regretté son geste devant l'intensité de la douleur et devant la « lourdeur de la prise en charge » médicale. Le geste suicidaire s'était déroulé à domicile vers 10 h du matin alors que sa mère était présente.

Elevé par ses parents, Monsieur D. est l'avant-dernier d'une fratrie de cinq composée de trois frères et d'une soeur. Célibataire, il n'avait pas d'enfant.

Sur le plan professionnel, il exerçait la profession de couvreur comme l'était son père. Ce dernier était décédé il y a environ 1 an alors qu'il était atteint d'un cancer pulmonaire. Monsieur D. vivait actuellement chez sa mère.

Dans ses antécédents personnels psychiatriques, nous ne notions aucune pathologie mentale et une absence de consommation de produits toxiques. En dehors d'une appendicectomie ancienne, aucun antécédent médicochirurgical n'était à mentionner.

B. La rupture sentimentale, faux-semblant du passage à l'acte

Sur le plan psychiatrique, au cours des deux premiers entretiens, monsieur D. s'est détendu progressivement, exprimant le souhait que nous ne révélions aux gendarmes aucun élément de ce qui était dit au cours des entretiens. Cependant, au cours du second entretien, monsieur D. a manifesté une labilité émotionnelle, principalement à l'évocation de ses relations avec son père. En effet, nous apprenons qu'elles étaient restées extrêmement conflictuelles jusqu'à son décès il y a 1 an. Monsieur D. se met d'ailleurs à pleurer à l'évocation du décès de son père. Nous retrouvons des éléments de type réviviscence anxieuse et dépressive du décès du père, exprimant même un sentiment de culpabilité important en raison des disputes fréquentes qui avaient lieu entre les deux hommes. Il verbalisait un profond regret de ne pas s'être réconcilié avec son père avant son décès. Il faisait d'ailleurs le lien entre la profession de son père, couvreur comme lui et son admiration pour lui qu'il n'avait jamais pu exprimer de son vivant. Le cancer pulmonaire du père avait été découvert quelques jours avant son décès à l'hôpital et il décrit la brutalité et la soudaineté de ces événements, nous disant que son père était « mort dans ses bras » la première nuit de son admission à l'hôpital. De sa présentation, nous retenons qu'il présentait une surcharge pondérale, le visage était d'aspect juvénile, rond et imberbe. Il souriait beaucoup, un sourire qui apparaît comme défensif. Le contact était infantile.

Par ailleurs, il banalisait son geste, était très défensif, ne reconnaissant aucune intention suicidaire, celui-ci serait, selon lui, adressé à son ex-amie.

Il exprimait par ailleurs un sentiment envahissant de honte, et ne comptait pas « en parler à l'extérieur ». Il voudrait « effacer cet épisode ». Il ne manifestait d'ailleurs aucune velléité suicidaire. Un traitement psychotrope en particulier antidépresseur lui a été proposé mais il l'a toujours vigoureusement refusé tout en acceptant la prise en charge relationnelle.

Sur le plan physique, le bilan lésionnel retrouvait une fracture de côte droite associée à une contusion pulmonaire lobaire supérieure droite par effet de blaste.

C. Le choix du moyen adressé au père

Nous apprenions également que d'autres armes à feu étaient entreposées à domicile (deux fusils de chasse et une carabine 9 mm) et, qu'il était un chasseur habituel. Ces armes appartenaient à son père. Et, depuis son décès, il les avait exposées au mur dans sa chambre et il passait parfois des journées entières à les contempler, étant envahi de ruminations au sujet du décès de son père. Le passage à l'acte n'était pourtant pas prémédité mais est intervenu à la suite d'une rupture sentimentale qui est venue comme l'évènement déclencheur, dont il semble s'être emparé.

Il est sorti deux jours plus tard après un dernier entretien psychiatrique retrouvant une critique du passage à l'acte alors même que l'intentionnalité suicidaire était auparavant déniée. Monsieur D. accepte ainsi d'être revu en ambulatoire au CMP correspondant à son secteur d'habitation.

D. Discussion

L'histoire clinique de Monsieur D. est très différente du premier exposé. Il s'agit en effet d'un jeune homme de bon contact, à la présentation plutôt immature, paraissant extrêmement gêné de rencontrer un psychiatre. Dans un premier temps, le patient revendiquait un accident avec l'arme à feu, ne reconnaissant donc aucune intention suicidaire au geste, puis invoquait une rupture sentimentale, mais sans toutefois exprimer d'idées de suicide avant le geste. C'était même pour « embêter » son ex-copine, « pour lui faire peur » qu'il s'était soi-disant tiré dessus. Par la suite, après un temps d'entretien relativement long, le motif de la rupture sentimentale s'est effacé. Cette relation avec cette jeune femme semblait d'ailleurs être de nature infantile, une relation à la communication extrêmement fragile, immature : la rupture avait été annoncée par message téléphonique (SMS). C'était donc une relation peu sexualisée.

Dans la deuxième partie de l'entretien, le patient était moins défensif, alors que son discours s'est peu à peu centré sur la relation à son père, une relation empreinte d'admiration pour celui-ci, mais aussi d'ambivalence. Il se met d'ailleurs à pleurer à l'évocation de ce décès, exprimant une culpabilité à travers le fait qu'il n'ait jamais pu se réconcilier avec celui-ci et sa perte précipitée et inattendue ayant pour conséquences une majoration des angoisses et de la culpabilité. Cette culpabilité ne pouvant faire l'objet d'une élaboration, elle semble avoir fait le lit du passage à l'acte suicidaire.

Par ailleurs, nous sommes frappés par le fait qu'il ne cherche pas à s'autonomiser, malgré sa situation professionnelle stable et son indépendance financière probable. En effet, il vivait chez sa mère, mère qui nous a paru d'ailleurs très absente du discours du patient et très absente dans la réalité puisque nous n'avons pas pu la rencontrer, étant restée à son domicile tout au long de l'hospitalisation.

Dans ce cas, l'emploi de l'arme à feu prend, selon nous, une signification toute particulière. En effet, celle-ci appartenait au père : c'était son arme de chasse, seule activité régulière que partageaient le père et le fils. D'après le patient, ils chassaient ensemble fréquemment, plusieurs fois par semaine. Et, depuis son décès, le patient avait accroché toutes les armes à feu du père au mur de sa chambre. Il passait, semble-t-il, des heures entières à les contempler, parfois des journées entières, en pensant à son père et à sa relation avec lui, ruminant véritablement sa culpabilité autour de cette relation à jamais conflictuelle.

Nous souhaitons enfin souligner la dimension de surprise du patient lui-même par rapport au passage à l'acte : un geste suicidaire qui le surprend à travers l'acte lui-même et ses conséquences physiques et psychiques et, également, dans l'intensité de son investissement au père qu'il révèle et, à hauteur de cet investissement. A ce titre, la conduite suicidaire a, selon nous, participé de la prise de conscience de l'importance pour le sujet de cette relation ou, mieux, elle inscrit le sujet dans une problématique de deuil qui n'avait, jusque là, pas pu être élaborée psychiquement, restant comme bloquée dans son processus de maturation.

Cette situation clinique illustre la complexité des déterminants du choix du moyen de suicide. Nous percevons combien le choix de l'arme à feu n'est pas uniquement déterminé par la disponibilité de celui-ci, bien que celle-ci était immédiate dans ce cas. Ces armes constituaient ce qui pouvait encore relier le père et le fils, alors que leurs relations étaient conflictuelles et ambivalentes avant le décès du père. Elles représentent symboliquement le père lui-même, d'où l'investissement affectif majeur pour ces armes. Et, comme nous l'avons souligné, la rupture sentimentale n'a fait qu'actualiser cette problématique de deuil.

III. REMARQUES FINALES

Dans ces deux cas cliniques, il est intéressant de constater que le choix du moyen de suicide n'était pas uniquement déterminé par sa disponibilité ou son accessibilité, loin s'en faut. Et, même si nous ne disposons que de peu d'éléments en ce qui concerne le passage à l'acte lui-même, nous percevons toute la dimension affective ou, plus globalement, toute la dimension psychopathologique du choix du moyen, bien qu'elle ne soit pas tout à fait claire en raison de la courte durée de ces prises en charge.

Trois données nous paraissent donc particulièrement déterminantes en ce qui concerne le choix du moyen de suicide :

- La disponibilité souvent immédiate du moyen ;
- La dimension socioculturelle ;
- Et, les éléments psychopathologiques que nous avons détaillés pour les deux cas.

Par ailleurs, nous constatons que ces prises en charges ont été extrêmement courtes, la durée d'hospitalisation au CHU étant relativement indépendante de l'état psychique du patient. Seulement deux entretiens psychiatriques ont été effectués, essentiellement des entretiens d'évaluation afin de définir l'approche thérapeutique la plus adaptée, ainsi que l'orientation et la prise en charge psychiatrique après la sortie du CHU. L'éloignement des familles a, en outre, été une difficulté à prendre en compte dans l'accompagnement des patients et la rencontre de l'entourage proche.

Enfin, nous sommes frappés par le manque d'information et d'éléments cliniques dont nous disposons dans le dossier de soins. En effet, peu d'éléments concernant le passage à l'acte sont détaillés : le jour, le moment de la journée, le lieu etc. De même, nous n'avons que peu de données pour ce qui est du moyen, l'arme à feu. Ces remarques rejoignent celles auparavant formulées dans notre étude et justifient les propositions que nous avons énoncées précédemment. Cette carence d'élaboration du passage à l'acte nous semble pouvoir être en lien avec l'effet même de la rencontre avec le suicidant.

Dans notre expérience avec les suicidants par arme à feu en psychiatrie de liaison, nous avons identifié les rôles que l'équipe doit effectuer et qui selon nous participent à la mission de prévention des soignants :

- Protéger le patient contre lui-même : la fermeture des fenêtres est une mesure que nous prenons habituellement, le service d'ORL étant situé au septième étage de l'hôpital ;
- Diagnostiquer et proposer des alternatives thérapeutiques pour les maladies mentales associées : le plus souvent, les angoisses et la dépression ;
- Travailler avec les équipes de soins somatiques autour des représentations par rapport à cette populations de suicidants, et des angoisses que ce type de geste peut générer (contre-attitudes des soignants) ;
- Prendre contact avec les familles pour organiser des rencontres éventuellement en présence du patient, mais également travailler autour du vécu de l'entourage des patients suicidants ;
- Rencontrer les chirurgiens et médecins somaticiens ;
- Prendre en compte la durée potentielle de l'hospitalisation au CHU : nous avons effectivement remarqué que les patients pouvaient aussi bien être hospitalisés pendant des mois que juste la journée ou quelques jours.

Enfin, et pour conclure au sujet de ces histoires cliniques, il nous a paru que, parmi les « dix commandements du psychiatre de liaison » proposés par S. CONSOLI [64], certaines propositions prenaient une résonance toute particulière pour ce qui est de l'approche clinique et thérapeutique des suicidants dans le cadre de la psychiatrie de liaison :

- Ne pas attendre passivement l'expression d'une demande, la tentative de suicide constituant en elle-même une demande ;
- Eviter de confronter le patient à toute forme d'interprétation brutale, en particulier, proscrire toute « *pseudo-compréhension intellectuelle du geste accompli* » ;
- Avoir le souci de transmettre aux équipes soignantes de médecine et de chirurgie ;

- Prendre en compte la souffrance de l'entourage familial et relationnel ;
- Ne pas se contenter d'une position d'observateur neutre ;
- Et, privilégier spontanéité et authenticité, ainsi que le recours à des formulations prudentes et nuancées.

Ainsi se définit selon nous toute la richesse du travail de psychiatrie de liaison, notamment dans le cadre de l'approche clinique et thérapeutique des suicidants. Et, comme l'a souligné Jean-Louis SENON à propos de la psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire [190], si elle est une psychiatrie « chez l'autre », c'est-à-dire située à l'interface entre les équipes de soins somatiques et les équipes de psychiatrie générale, il n'en reste pas moins qu'elle impose, de la part du psychiatre, une ouverture de son champ de spécialité vers d'autres disciplines au contact desquelles elle ne peut que s'enrichir et, surtout, elle participe à la « continuité psychique » des soins, évitant une solution de continuité entre l'approche physique et l'approche psychique de la prise en charge. Enfin, elle justifie que les soignants en psychiatrie intervenant en liaison travaillent autour de leurs représentations concernant non seulement les conduites suicidaires, mais également autour du lien possible et nécessaire entre la médecine somatique et la psychiatrie.

CONCLUSION

Les études épidémiologiques françaises et internationales montrent une grande fréquence de l'emploi des armes à feu dans les conduites suicidaires. Mode de suicide réservé historiquement à la noblesse, son emploi dans les conduites suicidaires a connu une expansion notable à mesure que les armes à feu se sont démocratisées. La surreprésentation masculine dans l'emploi du moyen arme à feu comme mode de suicide ne s'est pas pour autant effacée au fil du temps en dépit d'une tendance récente à la hausse au sein de la population féminine. Ce moyen violent, également de plus en plus utilisé chez les sujets jeunes, fait partie des modes de suicide les plus employés par les sujets âgés. Les conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu représentent ainsi un problème de santé publique tant à l'échelle nationale qu'internationale. En région Poitou-Charentes, la suicidalité par arme à feu est d'ailleurs particulièrement élevée.

L'approche des conduites suicidaires par le moyen constitue un angle d'étude qui revêt un grand intérêt, car elle ouvre la possibilité de l'élaboration d'une clinique tout à fait spécifique. Pourtant, l'approche clinique des suicidants par arme à feu soulève encore de nombreuses interrogations, en particulier au sujet de ce qui peut déterminer le choix du moyen. Celui-ci apparaît comme surdéterminé. A la disponibilité du moyen mise en avant par les auteurs anglo-américains, s'ajoutent non seulement une dimension culturelle, d'ailleurs illustrée en France par la nette prédominance de l'emploi du fusil de chasse dont nous avons souligné la vocation transgénérationnelle, mais également, et d'une manière peut-être encore plus décisive, des mécanismes psychopathologiques esquissés à travers notre recherche.

En outre, il apparaît que la population des suicidants par arme à feu constitue un groupe de suicidants cliniquement différencié des sujets employant d'autres modes de suicide. A ce titre, notre recherche nous a apporté quelques éclairages en ce qui concerne la clinique du passage à l'acte, clinique souvent ancrée dans la relation à l'autre, et associant fréquemment une dimension d'impulsivité ainsi que des conduites d'alcoolisation. De plus, l'acte suicidaire naît souvent dans un contexte de crise conjugale aiguë dont l'intensité se reflète singulièrement dans la violence et la soudaineté du passage à l'acte. A cette dimension relationnelle s'ajoute fréquemment une symptomatologie du registre de la dépression à laquelle s'associent des difficultés d'élaboration. Cette surreprésentation de la sphère affective qui s'exprime par l'intermédiaire de la dépression contraste avec la relative rareté des pathologies schizophréniques, même si la structuration psychotique n'est pas pour autant absente, notamment chez les sujets dont nous avons souligné la faible capacité à mentaliser. En effet, nous avons constaté que le passage à l'acte suicidaire au moyen d'une arme à feu s'inscrivait bien souvent dans des organisations spécifiques de la personnalité.

L'approche thérapeutique des suicidants par arme à feu en psychiatrie de liaison a également montré toute la singularité de la rencontre avec ces patients. A ce sujet, l'approche relationnelle basée sur l'écoute reste au centre de

l'accompagnement médicopsychologique, sans pour autant que soit négligée l'importance de la prescription médicamenteuse. Nous avons, à ce titre, insisté sur le rôle fondamental du psychiatre de liaison et des équipes médicopsychologiques dans l'initiative d'un travail conjoint avec les équipes de soins somatiques. Ces conduites suicidaires nous amènent nécessairement à travailler autour de nos représentations parfois associées à l'effroi que peuvent susciter ces gestes d'autodestruction. Ce malaise dans la relation soignant-soigné n'est d'ailleurs pas sans rapport avec le délabrement physique causé par le coup de feu. Il serait ainsi nécessaire d'approfondir nos représentations par rapport aux zones corporelles visées par le coup de feu. A ce titre, la destruction d'une partie du corps aussi privilégiée et symbolique que le visage ou le cœur renforce la singularité de ce mode de passage à l'acte. Le visage est en effet la partie du corps dans laquelle s'inscrit la distinction individuelle. Il constitue l'interface entre le monde interne du sujet et la représentation que le sujet a de lui-même, et le monde extérieur. Nous avons, à cet effet, souligné la place sociale et relationnelle du visage à travers le regard, support du lien intersubjectif. L'arme à feu et les représentations qu'elle véhicule, de même que le choix du lieu de pénétration du coup de feu, le plus souvent la tête ou la bouche puis le cœur, nous conduisent donc à la nécessité de poursuivre notre réflexion à ce sujet, notamment dans le cadre d'une élaboration autour du travail de psychiatrie de liaison et des échanges à développer avec les équipes de soins somatiques.

Notre étude a également mis en évidence la nécessité pour les équipes soignantes d'assurer un suivi psychologique à distance du geste, dans le but non seulement d'étudier le devenir et l'orientation de ces sujets et de travailler autour d'une stratégie de prévention possible, mais également pour poursuivre notre réflexion en ce qui concerne nos hypothèses psychopathologiques au sujet des déterminants du choix du mode de suicide. Il conviendrait donc de mener, en complément de notre étude, une recherche clinique visant à mettre à jour les mécanismes psychopathologiques propres à ces gestes suicidaires. Nous proposons, à ce titre, d'adjoindre au recueil usuel de données concernant les patients suicidants rencontrés en psychiatrie de liaison, un protocole de recueil qui serait spécifiquement à renseigner pour les patients suicidants par arme à feu.

D'autre part, la question de l'intentionnalité suicidaire, dimension souvent très labile et peu saisissable, reste à notre sens une composante fondamentale à explorer en dépit de sa complexité. L'intentionnalité n'est d'ailleurs pas nécessairement corrélée, loin s'en faut, à la létalité du moyen employé. De même, l'hypothèse d'une correspondance entre la gravité de l'atteinte physique et la dimension d'intentionnalité est loin d'être systématiquement pertinente et ce, en dépit des caractéristiques communes que peuvent présenter suicidants et suicidés par arme à feu.

Enfin, notre recherche a montré combien il était nécessaire de s'engager dans la poursuite d'une réflexion au sujet des stratégies de prévention des conduites suicidaires. Associée à la réduction de l'accès aux moyens létaux des sujets suicidaires et suicidants, politique qui reste à développer en France, une meilleure prise en compte des mécanismes psychopathologiques qui sous-tendent le choix du mode de suicide pourrait participer à l'amélioration de la prévention des conduites suicidaires.

ANNEXES

ANNEXE 1 : *Le suicide de Luis MENDES FRANCE à Bordeaux en 1695*

Cet homme juif converti au catholicisme, et d'origine portugaise, a dû fuir son pays natal après avoir été accusé d'hérésie par l'Inquisition de Lisbonne, jugé puis condamné et emprisonné.

Alors marchand dans le textile et le tabac, il lui était reproché de pratiquer secrètement la religion juidaïque. Arrivé en France, il s'est installé à Bordeaux comme marchand, puis a fuit sur Agen pour éviter les persécutions antisémites.

En 1695, il est revenu à Bordeaux place St Projet, lieu de son suicide. A l'âge de 55 ans, ce père de 2 enfants entretenait une relation bigame.

Le lundi 15 août 1695, au matin, alors que ses deux femmes rentraient du marché, il s'est tiré une balle dans la tête en présence des enfants qui dormaient dans leur chambre et après avoir soigneusement fermé à clé la porte d'entrée et refusé d'ouvrir à ses femmes.

Les médecins légistes d'alors avaient déclaré ne pas avoir retrouvé la tête de MENDES FRANCE... Celui-ci n'avait fait l'objet d'aucune condamnation, ayant été déclaré fou par les experts de l'époque.

Les auteurs de cette reconstruction du drame ont proposé une analyse sémiologique et psychiatrique des troubles présentés par ce sujet. Les témoignages des voisins et de ses femmes recueillis au moment de l'enquête, véritables « proto-autopsies » psychologiques, rapportaient qu'il maltraitait ses deux femmes, qu'il se mettait parfois dans des états de fureur de manière injustifiée, qu'il criait souvent « *Que le diable vienne et me prenne* », qu'il disait souvent qu'il voulait tuer sa femme, ou que son corps était en feu...

Par ailleurs, il avait auparavant tenté de se suicider par précipitation du haut du pont de Dax, ou avait menacé de sauter par la fenêtre. A l'époque, les médecins avaient évoqué le diagnostic de démence, ou de maladie hypocondriaque que MENDES FRANCE avait traité par des saignées, des bains ou par l'absorption d'eau minérale, traitements de routine de cette période.

BENEZECH et CHAPENOIRE [20] proposaient de différencier deux périodes de la vie de MENDES FRANCE. D'une part, la période portugaise, marquée par la dépression et de l'hypocondrie, ainsi qu'un épisode psychotique alors qu'il était écroué.

D'autre part, la période française a été marquée par une dépression majeure mélancoliforme associée à des symptômes psychotiques, diagnostic psychiatrique étayé sur le fort désir de mourir, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, des comportements marqués par de l'agressivité, ainsi que des idées délirantes de persécution de possession et d'empoisonnement.

Ces auteurs évoquaient en conclusion le diagnostic de trouble bipolaire de type I, et, à travers une étude des écrits de l'époque, ont reconstruit le scénario du suicide par arme à feu d'un homme dont le nom serait de grande renommée en ce qui concerne ses descendants...

ANNEXE 2 : *Extraits de procès verbaux – COBB [60]*

a) Procès-verbal en date du 17 prairial an VIII, écrits qui ne manquaient pas de précisions:

« ... Marin Prosper Arzon, marchand peaussier, natif de Paris, 47 ans, rue de la *Jussienne*... disparu depuis le 11 à 10 heures du matin... que ledit cadavre a été trouvé suicidé dans le bois de Boulogne... sur lui, une chemise marquée P.A., un habit redingote de molleton gris, un gilet de nankin jaune, une culotte de drap gris garnie de peau, une paire de bas coton chiné, une paire de souliers à cordons et une cravate de mousseline bleu et blanc... le cadavre reconnu par trois particuliers... »

b) Procès-verbal écrit par le greffier du Juge de Paix de la division des Halles le 29 mars 1798 :

« ... André Sauvé est décédé le jour d'hier vers les 6 heures du matin dans une chambre au 6^{ème}... qu'il s'est brûlé la cervelle... qu'il s'étoit enfermé au verrou, que la propriétaire et les voisins sont montés et l'ont vus mort, un fils de 24 ans étoit présent... »

ANNEXE 3 : *De la création à la démocratisation des armes à feu*

Les armes à feu ont trouvé leur origine dans les premiers conflits guerriers qui sont apparus au Néolithique moyen, époque où l'on est passé du monde des chasseurs à un mode de vie agraire. La guerre est alors devenue rapidement un phénomène universel avec l'avènement de la vie agro-pastorale [166].

Tout d'abord armes de choc (massues) puis de jet (javelots) avant de devenir de feu, l'évolution des armes légères a été directement liée à la découverte de la poudre par les chinois puis à la fabrication et à l'évolution des canons.

Les chinois découvraient donc vers le XI^{ème} siècle qu'un mélange de soufre, de salpêtre et de charbon de bois s'enflammait facilement et produisait de vives lueurs. Ils l'utilisaient alors pour réaliser des pièces d'artifice. Appelée pulvérin à l'origine, elle a pris ensuite le nom de poudre noire.

Ce sont les Arabes qui l'auraient introduite en Occident lors de leurs conquêtes, et à leur retour des croisades, les chrétiens coalisés ont généralisé son utilisation. Plus tard, la poudre a été utilisée pour ses propriétés explosives et incendiaires, ce qui a provoqué la fin de la chevalerie.

Nous savons que dès 1252, le moine franciscain et philosophe anglais, du nom de BACON, connaissait la formule de la poudre, puisqu'il l'avait adressée dans un courrier à l'évêque de Paris : « *Sept parts de salpêtres, cinq part de charbon de bois et cinq parts de soufre* ».

Sur le plan historique, les canons avaient précédé l'apparition des armes à feu portables. En effet, les premières « *bouches de feu* », les bombardes, ont été utilisées la première fois à Vérone en 1278 au siège de Trente (Italie). Ces canons ont été progressivement miniaturisés pour devenir des armes légères, les armes à feu portables qui n'étaient en définitive que des canons miniatures [166].

Ce n'est qu'à la fin du XIV^{ème} siècle que sont apparues en Occident les premiers « *bâtons de feu* » encore appelés *hand gonne* ou *hand gunne*. Ceux-ci ont représenté la transition entre le canon et l'arme dite portative.

Dès lors, l'avancée technologique des armes et systèmes d'armes a évolué continuellement au fil des siècles et surtout au gré des conflits.

Arquebuses (début du XVI^{ème}), de plus en plus légères, mousquet, platine à mèche (milieu du XV^{ème}), platine à rouet (début XVI^{ème}), platine à silex ou chenapan, et enfin, sous sa forme la plus aboutie, platine à percussion (1807).

L'arme de poing subissait les mêmes évolutions techniques que le fusil : initiation de la charge propulsive par rouet à mèche, puis à l'aide de silex, amorce fulminante, chargement par la bouche puis par la culasse à partir du XIX^{ème} siècle avec mise au point des cartouches et des canons rayés.

Ce n'est qu'au début du XVIII^{ème} siècle qu'étaient produites en série les premières armes standardisées avec pièces interchangeables qui ont été utilisées durant les guerres de la Révolution et de l'Empire.

Le système d'amorçage à percussion, qui ne nécessitait plus l'usage d'une flamme ou d'une étincelle était inventé en 1807 par l'écossais FORSYTH [166].

Mais, c'est en 1836 que COLT breveta le premier modèle de revolver, arme de poing comportant un seul canon et un cylindre de six chambres tournant sur un axe. Celui-ci avait l'immense « avantage » de ne pas s'enrayer... En fait, ce système, qui ne faisait que

multiplier les chambres d'explosion, avait été inventé en 1597 mais était étonnamment resté inexploité jusqu'à ce que COLT puis LENORMAND, un parisien, le « réinventent » (REMPLO, 1978 [182]). C'est un autre français, LEFAUCHEUX (1836-50) qui inventait la cartouche à inflammation interne...

SMITH et WESSON, aux Etats-Unis, commençaient alors à fabriquer les premiers revolvers avec barillet percé de part en part et bloquaient alors le marché à leur bénéfice.

Cependant, COLT, en 1873 a contré cette main mise sur le marché en lançant « *un des plus beaux revolvers du monde* », à percussion centrale, le fameux Peacemaker immortalisé par l'histoire de la Conquête de l'Ouest et les « Westerns »... (REMPLO, 1978 [182])

En 1870, la France utilisait pour la première fois un nouveau type d'arme, la mitrailleuse qui fonctionnait en mode automatique. Elle permettait de tirer plusieurs centaines de projectiles par minute. En 1886, le chimiste français VIEILLE inventait la poudre sans fumée, à base de nitrocellulose, plus stable, plus puissante et moins corrosive que la poudre noire qu'elle a remplacé progressivement.

Après 1900, le pistolet semi-automatique remplaçait le revolver comme arme de guerre, car jugé plus puissant et plus rapidement rechargeable.

ANNEXE 4 : Conséquences de la disponibilité des armes à feu sur le taux de suicide / Résultats des études écologiques transversales

a) Etudes transversales nord-américaines

WINTEMUTE et al (1988) [218] ont rapporté une étude faite sur 235 cas de suicides par arme à feu entre 1983 et 1985 dans la ville de Sacramento en Californie.

Cet échantillon représentait 57% des suicides recensés dans cette ville.

Dans 69% des cas, l'arme utilisée était une arme de poing, ce qui constituait 65% des suicides par armes à feu chez les hommes et 88% chez les femmes.

L'arme de poing était donc l'arme de choix quelque soit l'âge et le sexe.

186 suicides avaient eu lieu au domicile du propriétaire de l'arme.

Les auteurs établissaient, au vue de ces résultats, une corrélation positive entre la prévalence des armes à feu dans le Comté en fonction du type de l'arme, et l'utilisation du même type d'arme. Les armes utilisées étaient effectivement stockées à domicile.

L'arme de poing était à la fois la plus utilisée pour les suicides et la plus achetée, ce qui renforçait la corrélation entre la disponibilité du moyen et l'augmentation du risque de suicide.

De même, le fait de conserver une arme à feu à domicile augmenterait le risque de suicide.

LESTER (1987,1988) [135, 136] a rendu compte des difficultés rencontrées aux Etats-Unis pour évaluer précisément la prévalence de la possession d'armes à feu.

En effet, les 50 Etats des Etats-Unis sont tout à fait indépendants en ce qui concerne la législation en particulier celle ayant trait au contrôle des armes à feu.

Différentes méthodes d'approximation ont été auparavant proposées pour évaluer cette prévalence :

- **COOK** (1982) cité par **LESTER** [135] proposait de considérer que le **taux de crimes** avec arme à feu donnait une estimation de cette prévalence. Il été également suggéré que le **taux de décès accidentels** par arme à feu donnait des estimations fiables.
- **LESTER** a également proposé de travailler à partir des **législations** des différents Etats.
- Enfin, ce même auteur proposait que le **nombre d'abonnés aux revues spécialisées** dans les armes à feu soit le reflet de la prévalence des armes à feu à domicile...

Ces différentes propositions d'estimation et de mesure approximative et indirecte de la prévalence des armes à feu montrent bien la difficulté de cette évaluation, ainsi que le risque important d'une mauvaise estimation.

Pourtant, la grande majorité des travaux publiés sur le sujet ne mentionnent que vaguement, voire parfois ne mentionnent pas leur manière de mesurer la disponibilité des armes à feu dans la population générale, ce qui affaiblit grandement selon nous la puissance des résultats de ces études.

L'étude de **LESTER** consistait donc à comparer ces différentes estimations de la disponibilité des armes à feu et les résultats montraient qu'il existait une corrélation forte entre ces différentes estimations d'accès aux armes à feu, en particulier entre le pourcentage de suicide

par arme à feu, le taux d'accidents mortels par arme à feu, la rigueur de la législation fédérale par rapport aux armes à feu et le taux de souscription à un abonnement à une revue spécialisée ;
ce qui n'était pas le cas avec le taux d'homicide par arme à feu.

L'association de ces estimations de l'accès aux armes à feu indiquait que **le taux de suicide par arme à feu était d'autant plus important que la disponibilité était grande**, alors que le taux de suicide par les autres méthodes était moindre dans les régions où cette disponibilité était importante.

Des études similaires ont été réalisées par **LESTER** lui-même en 1987, montrant déjà que la mesure de la disponibilité des armes révélait que l'utilisation de l'arme à feu pour un suicide était corrélée au fait d'en posséder une.

Cette nouvelle enquête présentée par **LESTER** s'étayait donc sur une mesure indirecte de la disponibilité des armes à feu dans 20 pays et le but était de déterminer si l'accès aux armes à feu prédisait ou non l'emploi de l'arme pour le suicide.

Elle reposait sur le pourcentage d'armes à feu employées pour les meurtres dans 20 pays en 1980, comme mesure (indirecte) de la prévalence et de l'accessibilité au moyen dans ces pays et explorait l'association entre cette mesure et le taux de suicide par arme à feu et par d'autres moyens.

Les résultats montraient que le pourcentage d'homicide par arme à feu était corrélé positivement avec le taux de suicide par arme à feu et négativement avec le taux de suicide par d'autres moyens.

De plus, il concluait que, non seulement le taux d'homicide par arme à feu était un révélateur d'accès aux armes à feu, mais il en était de même en ce qui concerne le taux de suicide par arme à feu, car les pourcentages étaient corrélés.

De même, l'étude montrait que le taux de suicide par arme à feu était d'autant plus important que les armes à feu étaient accessibles.

MARKUSH et **BARTOLUCCI** (1984) [147] ont publié une étude transversale écologique portant sur la période située entre 1973 et 1977 aux Etats-Unis. Celle-ci comparait la prévalence des armes à feu et le taux de suicide par arme à feu dans 9 régions.

Ces deux auteurs ont retrouvé une forte corrélation entre la prévalence des pistolets et le taux de suicide chez les sujets de sexe masculin et de race blanche. Les biais de ce type d'étude étaient importants: biais écologique et d'information.

FRIEDMAN (1967) [95] avait déjà montré, dans son étude sur les suicides des policiers à New York entre 1934 et 1940, que dans 9 suicides sur 10, le revolver de service avait été employé et que le taux de suicide des policiers s'élevait à 84,5 pour 100 000 personnes par an contre 15,2 pour 100 000 dans la population générale, ce qui plaide déjà en faveur de la disponibilité du moyen comme facteur déterminant le choix du moyen et comme facteur de risque de suicide.

CLARKE et **JONES** (1989) [59] rapportaient que le taux de suicide aux Etats-Unis était passé de 10,5/100 000 en 1959 à 12,4/100 000 en 1984. Cette hausse était, selon eux, attribuable à une augmentation du pourcentage de suicide par arme à feu de 44,8% en 1959 à 58,5% en 1984. █

Parallèlement, les Etats-Unis ont vu croître le nombre d'armes à feu dans le pays. En effet, alors que les fusils de chasse et carabines ont vu leurs taux rester stables, la prévalence des armes de poing au cours de cette période avait fortement augmenté.

D'après leurs résultats, le taux de suicide par arme à feu avait plus que doublé entre 1959 et 1984 tandis qu'il y avait eu une faible diminution du taux de suicide par autres moyens que l'arme à feu.

Ils avaient observé, au travers de leur étude, que le type d'arme à feu avait également changé : plus d'armes de poing, moins de fusils...

Ces résultats plaident donc en faveur d'une forte corrélation (analyse statistique par régression) entre la hausse de la possession d'armes de poing et l'augmentation du taux de suicide par arme à feu.

Par contre, les conclusions étaient moins évidentes par rapport au taux global de suicide. Il est possible que la disponibilité accrue des armes à feu ait favorisé le choix de ce moyen pour le suicide, sans aggraver pour autant le taux global de suicide.

HEMENWAY et **MILLER** (2002) [111], reprenant les travaux montrant une association entre le taux de suicide et la prévalence des armes à feu, ont étudié si les variations des taux de suicide en fonction des régions, pouvaient être expliqués par des différences de prévalence des maladies mentales, en particulier le taux d'épisode dépressif majeur et le taux de pensées suicidaires.

L'étude a porté sur 9 régions des Etats-Unis dans les années 90 et a montré une corrélation entre le taux d'armes à feu et celui de suicide, mais ne retrouvait pas de corrélation avec le taux d'épisode dépressif majeur, ou avec le taux de pensées suicidaires, ce qui renforçait, d'après les auteurs, la puissance de l'association prévalence des armes à feu et taux de suicide, non seulement par arme à feu, mais également taux global de suicide.

KAPLAN et **GELING** (1998) [119] ont également entrepris une étude se proposant de vérifier le lien pouvant exister entre le taux d'armes à feu et les taux de suicide et d'homicide.

L'étude a été conduite à partir de 3 sources différentes et les résultats ont été croisés.

Ceux-ci s'orientaient significativement en faveur d'un lien important entre ces deux variables, et de manière plus importante pour ce qui est du suicide que des homicides.

Et, contrairement à l'étude de **KILLIAS** (1993) [122] qui ne tenait pas compte de disparités importantes de prévalence des armes à feu entre les Etats, cette nouvelle étude qui venait enrichir l'importante littérature sur le sujet, s'attachait à comparer les différents Etats entre eux, mettant en évidence un gradient nord-sud. Ils concluaient en s'associant aux données publiées par **CARRINGTON** et **MOYER** (1994) [48] et par **LEENAARS** et **LESTER** (1993) [139], reconnaissant l'effet de réduction du taux de suicide provoqué par des restrictions d'accès aux armes à feu. Les résultats de ces différentes études sont développés ci-après.

MARZUK et al (1992) [149] soutenant l'hypothèse d'un lien entre l'accessibilité au moyen et le taux de suicide ont mené une étude dans les 5 Comtés de New York City entre 1984 et 1987.

Trois groupes de méthodes de suicide, correspondant à des niveaux d'accessibilité différents, ont été ainsi définis :

- Le premier, « Accessibilité absolument identique », constitué par la pendaison, l'immolation, l'intoxication par des produits en vente libre (non prescrits), et la phlébotomie.
- Le deuxième, « Accessibilité relativement égale », constitué par les armes à feu (considérant que l'accessibilité n'était pas la même dans toute la population en fonction des Comtés, mais que la prévalence globale des armes à feu restait la même quelque soit le Comté...) et la noyade.
- Et, enfin, le troisième groupe de moyens, « Accessibilité sensiblement différente », avec la précipitation d'un lieu élevé, l'intoxication au CO, l'intoxication par des médicaments obtenus par prescription médicale et la précipitation sous un tramway ou un train.

Le nombre de suicides recensés pendant cette période a été de 2820, le taux annuel global étant de 9,81 pour 100 000.

Cependant, des différences ont été observées entre les Comtés : par exemple, à Manhattan, le taux était de 15,27 pour 100 000 alors qu'à Staten Island, il était de 5,58 pour 100 000.

Les résultats ont montré une différence significative entre les Comtés concernant le taux de suicide dans le groupe de moyens dont l'accès était sensiblement différent.

En effet, le taux de suicide par un moyen était d'autant plus important que le moyen était disponible. C'était donc le cas par exemple pour le taux de suicide par précipitation qui était significativement plus important dans le Comté de Manhattan que dans le Comté de Staten Island.

Aux Etats-Unis, **BIRCKMAYER** et **HEMENWAY** (2001) [24] ont effectué, entre 1979 et 1994, une étude examinant les relations entre la disponibilité d'une arme à feu et le risque de suicide en fonction de l'âge. Les résultats montraient que le taux de prévalence de la présence d'arme à feu à domicile était corrélé au taux global de suicide chez les 15-24 ans et chez les 65-84 ans alors que ce n'était pas le cas chez les 25-64 ans.

Ces auteurs suggéraient également que la baisse de 10% de la prévalence des armes à feu à domicile auraient réduit de 3% le taux global de suicide, ce qui plaidait en faveur de la létalité du moyen de suicide comme facteur de risque d'aboutir au décès et donc au suicide.

OSLIN et al (2004) [165] ont mené une étude transversale auprès de sujets âgés (65 ans et plus), dont l'objectif était de déterminer si la présence d'une arme à feu était corrélée avec la présence de symptômes dépressifs ou d'idées suicidaires.

Parmi les 1023 patients sélectionnés (au hasard), 27,9% possédaient une arme à feu à leur domicile et 19,7% avaient une arme de poing.

Cependant, les patients qui avaient des idées suicidaires ou des symptômes dépressifs importants ou un quelconque désordre psychologique n'étaient pas plus enclins à posséder une arme à feu à leur domicile que ceux qui étaient indemnes de toute pathologie mentale.

Le plus puissant prédicteur de possession d'une arme à feu était l'homme marié.

Ces résultats montraient donc qu'une proportion significative des plus de 65 ans possédaient une arme à feu à leur domicile.

Par contre, l'arme à feu n'était pas plus souvent retrouvée au domicile des sujets ayant des troubles psychologiques.

Cette forte prévalence des armes à feu aux domiciles des âgés suggérait fortement l'importance des études concernant l'accès aux armes à feu, ainsi que celles concernant

l'éducation par rapport aux manières sécuritaires de les conserver à domicile, comme moyen de prévention du suicide chez les âgés.

b) Etudes transversales internationales

Au Canada, **KILLIAS** (1993) [122] a étudié les corrélations internationales entre le nombre rapporté d'arme à feu par ménage et les taux d'homicide et de suicide au moyen d'une arme à feu en utilisant les données d'un sondage téléphonique réalisé dans le cadre de l'enquête internationale sur la criminalité de 1989 dans 11 pays européens, l'Australie, le Canada et les Etats-Unis. L'étude portait en effet sur 28 000 personnes interrogées, choisies au hasard dans ces 14 pays.

La proportion de ménages possédant une arme à feu variait de 2% aux Pays Bas à 48% aux Etats-Unis, avec une prévalence de 29% au Canada...

Des corrélations positives ont été établies entre le nombre d'armes à feu par ménage et les taux nationaux d'homicide et de suicide commis au moyen d'une arme à feu.

Cependant, il n'y avait aucune corrélation entre le nombre d'arme à feu et le taux d'homicide et de suicide commis par d'autres moyens, ce qui indiquait, d'après l'auteur, que les autres moyens n'étaient pas utilisés pour compenser l'absence d'arme à feu dans les pays où leur nombre était moins élevé.

Les corrélations décelées dans cette étude suggéraient donc que la présence d'une arme à feu à domicile augmentait la probabilité d'homicide ou de suicide.

FARMER et **ROHDE** (1980) [83] ont également proposé une étude statistique à partir de données internationales concernant 10 pays dont 8 pays européens, l'Australie et les Etats-Unis.

Ils ont utilisé des taux de mortalité par suicide standardisés (l'Angleterre et le Pays de Galles servant de standard...) au cours de la période 1969-1973.

Il ressortait de cette étude que 2 méthodes de suicide avaient une grande variabilité d'un pays à l'autre : les armes à feu et la pendaison.

Effectivement, les armes à feu étaient beaucoup plus fréquemment employées aux Etats-Unis et en Australie en comparaison avec les Pays Bas, l'Irlande et l'Espagne, qui possédaient le taux le plus faible pour les suicides par arme à feu.

De même, la France, la Belgique, l'Allemagne de l'Ouest avaient des taux très élevés de suicide par pendaison, à la différence de l'Angleterre.

Mais, contrairement au cas des armes à feu, la différence de taux de suicide par pendaison ne pouvait être imputable à la différence d'accès au moyen.

L'étude présentée par **LESTER** en 1990 [138] s'étayait sur une mesure indirecte de la disponibilité des armes à feu dans 20 pays dans le but de déterminer si l'accès aux armes à feu prédisait ou non l'emploi de l'arme pour le suicide.

Elle reposait sur le pourcentage d'armes à feu employées pour les meurtres dans 20 pays en 1980, comme mesure (indirecte) de la prévalence et de l'accessibilité aux armes à feu dans

ces pays et explorait l'association entre cette mesure et le taux de suicide par arme à feu et par d'autres moyens.

Les résultats montraient que le pourcentage d'homicide par arme à feu était corrélé positivement avec le taux de suicide par arme à feu et négativement avec le taux de suicide par d'autres moyens.

De plus, le taux de suicide par arme à feu était d'autant plus important que les armes à feu sont accessibles.

En Australie où le taux de suicide par arme à feu est très élevé alors que le taux global est plutôt modéré, **CANTOR** et **LEWIN** (1990) [46] ont montré qu'il s'était produit dans ce pays une augmentation de la proportion des suicides par arme à feu, avec un âge charnière de 30 ans, en dessous duquel il était observé une augmentation du taux de suicide par arme à feu (+69%) associée à une augmentation parallèle des autres moyens (+44%) dans cette tranche d'âge. Au contraire, chez les plus de 30 ans, il était noté une baisse de 11% du taux de suicide par arme à feu et une baisse de 22% des autres méthodes de suicide.

BRIDGES et al (2004) [42] ont repris les travaux de **LESTER** concernant la disponibilité des armes à feu et le taux de suicide, homicide et accidents causés ou non par les armes à feu.

Cette étude s'est étendue sur la période comprise entre 1974 et 1999.

La prévalence des armes à feu et de leur accès a été étudiée à partir de 3 mesures :

- La moyenne du pourcentage de suicide et d'homicide par arme à feu.
- Le taux d'accidents causés par les armes à feu.
- Et la moyenne des suicides et assassinats par arme à feu.

L'accès aux armes à feu était associé au taux d'homicide par arme à feu et au taux d'homicide utilisant les autres moyens.

Le taux de mort accidentelle par arme à feu et la moyenne du pourcentage de suicide et d'homicide utilisant les armes à feu étaient associés positivement au taux de suicide par arme à feu, et négativement au taux de suicide utilisant les autres moyens.

Ces résultats montraient l'influence de la loi C-68 mise en place en 1995 au Canada qui obligeait tout propriétaire d'arme à feu quelle qu'elles soient (fusil de chasse, carabines...) à les déclarer, et à obtenir un permis de port d'armes.

Cette réglementation a donc eu comme conséquence une diminution de la disponibilité des armes à feu, faisant suite à la loi C-51 instaurée en 1977 et dont les effets sur la disponibilité ont été étudiés par **LESTER** dans son étude portant sur la période 1970-1995.

En Angleterre et au Pays de Galles, **HAWTON** et al (1998) [110] ont rapporté une étude centrée sur les moyens de suicide utilisés chez les agriculteurs.

Celle-ci montrait que le taux de suicide par arme à feu (40% des suicides masculins entre 1981 et 1993) était à un niveau beaucoup plus élevé dans cette population que dans la population générale.

La raison invoquée par l'auteur était la plus grande accessibilité des agriculteurs à des moyens potentiellement létaux: 29,6% des suicides étaient des pendaisons, 16,4% des intoxications au CO, 8% d'autres intoxications dont la moitié par des produits agricoles.

Cette hypothèse de la disponibilité de moyens létaux comme explication à ce taux très élevé de suicide chez les agriculteurs anglais était étayée par la baisse observée du taux de suicide

par arme à feu après la mise en place d'une législation plus stricte en 1989. La période qui avait suivi cette nouvelle réglementation avait vu le taux de suicide par arme à feu diminuer, mais également le taux de suicide par pendaison augmenter...

ANNEXE 5 : Effets de certaines législations réglementant l'accès aux armes à feu sur le taux de suicide

LESTER et **MURRELL** (1982) [134] ont comparé, Etat par Etat, la politique vis à vis des armes à feu entre 1960 et 1970 et ont mis en évidence qu'une politique restrictive n'avait pas d'influence sur le taux d'homicide aux Etats-Unis. En revanche, les Etats qui avaient une législation stricte vis-à-vis des armes à feu avaient un taux de suicide inférieur et une progression moindre de ce taux.

Parmi les lois sur la détention des armes à feu dans un pays, **BOOR** (1990) [28] en distingue 2 types statistiquement identifiables:

- **Les lois qui placent la restriction sur les vendeurs d'armes** : les armuriers doivent par exemple enregistrer leurs ventes et les communiquer au gouvernement
- **Et les lois qui placent la restriction sur les acheteurs**, avec l'obligation, par exemple, de posséder un permis de port d'arme pour les acquéreurs.

BOOR a donc proposé une étude dans 50 Etats pour l'année 1985 sur l'association taux de suicide et types de législation mise en place selon les 2 grandes classes prédéfinies ci-dessus. Les résultats étaient tout à fait significatifs en faveur d'une corrélation positive entre la rigueur de la loi et le taux de suicide puisque les Etats à faible restriction avaient des taux de suicide plus importants et inversement, et ce, même après ajustement des variables socioéconomiques telles que le divorce ou le degré d'urbanisation.

L'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'elle rejoint les résultats obtenus par **LESTER** et **MURRELL** (1982) [134] : les taux de suicide étaient moindres dans les Etats où la restriction était plus forte et les taux étaient inférieurs dans les Etats où la restriction portait à la fois sur les armuriers et sur les acheteurs

Les taux de suicide étaient intermédiaires dans les Etats qui ne pratiquaient la restriction qu'à une seule des 2 catégories définies par **BOOR**.

BRENT (2001) [40] a distingué 3 types d'étude portant sur l'influence d'une législation en matière de détention et d'acquisition d'arme à feu :

- Les études transversales comparant l'accessibilité des armes à feu par rapport au pays et le taux de suicide.
- Les études transversales de corrélation qui examinent le rapport entre la rigueur de la réglementation et le taux de suicide.
- Et quelques études expérimentales qui ont examiné l'impact d'une réglementation sur le taux de suicide.

SLOAN et al (1990) [195] ont examiné la relation pouvant exister entre la régulation des armes à feu et le taux de suicide. Pour cela, ils ont comparé l'incidence du taux de suicide dans deux régions des Etats-Unis (King County et The Vancouver metropolitan area) entre 1985 et 1987.

Bien que ces deux régions étaient similaires sur un plan socioéconomique et de l'urbanisation, elles différaient sur le plan de la législation des armes à feu, la zone de Vancouver étant beaucoup plus restrictive quant à l'accès aux armes à feu.

En effet, à King County, les armes de poing pouvaient être achetées légalement et utilisées pour se défendre (« *self-défense* »).

Il existait, au moment où l'étude a été réalisée, une période d'attente de 7 jours avant de pouvoir stocker l'arme à domicile et une période de 30 jours avant d'avoir un permis de port d'arme.

A Vancouver, acheter une arme à feu dans le but de se protéger était interdit, les armes à feu ne pouvaient être portées dans un lieu public, et l'exercice du tir sportif était extrêmement contrôlé et restreint.

Dans ces 2 régions, la chasse était un loisir populaire, mais, contrairement à King County, les armes de chasse, à Vancouver, nécessitaient un permis de port d'arme.

Les résultats de cette étude étaient tout à fait intéressants : d'une part, le risque de mort par suicide n'était pas significativement différent entre les 2 régions étudiées.

Cependant, le taux de suicide par arme à feu était plus important, et de façon significative, à King County (RR = 2,34), et le taux de suicide par arme de poing y était 5,7 fois supérieur.

Cette différence de taux de suicide était compensée par un taux 1,5 fois plus élevé de suicide par un autre moyen dans la région de Vancouver.

D'autre part, les sujets âgés de 15 à 24 ans avaient un taux de suicide plus élevé à King County (RR = 1,38). En fait, cette différence était en lien avec un taux 10 fois supérieur de suicide par arme de poing à King County.

La limitation de l'accès au moyen arme à feu pouvait donc, au vu de ces résultats, réduire le taux de suicide par arme à feu dans la population des 15-24 ans, mais cela ne diminuait pas, selon ces auteurs, le taux global de suicide.

En Australie, **CANTOR** et **LEWIN** (1990) [46] ont analysé région par région les taux de suicide par arme à feu et ont mesuré l'importance de la législation sur les armes à feu en matière de prévention du suicide. A partir de l'exemple de l'Etat du Queensland qui avait une prévalence très forte d'armes à feu, une législation permissive et le taux le plus élevé de suicide par arme à feu (avec des attitudes culturelles différentes), des comparaisons ont été effectuées avec l'Etat d'Australie de l'ouest où la législation des armes à feu était la plus stricte. L'Etat d'Australie de l'ouest représentait la région où l'on se suicidait le moins par arme à feu, alors que la Tasmanie et le Queensland, seuls Etats où il n'existait aucune législation en matière d'arme à feu, constituaient les Etats où le taux de suicide par arme à feu étaient les plus importants, avec parallèlement le taux le plus élevé d'armes à feu (plus d'une arme à feu par domicile !).

Au Canada, **RICH** et al (1990) [184] ont publié une étude rétrospective comparant le taux de suicide au cours de 2 périodes entre 1973 et 1977 et entre 1979 et 1983 en Ontario et à Toronto, l'année 1978 correspondant à la publication au Canada d'une nouvelle loi concernant la diffusion et la possession d'armes à feu par des particuliers :

Celle-ci restreignait fortement l'acquisition et le stockage des armes à feu par les citoyens, les armes de poing devenant totalement interdites.

Les armes à feu étaient également retirées aux patients ayant des antécédents psychiatriques.

Les possesseurs d'armes à feu non enregistrées devaient soit déclarer l'arme auprès des autorités compétentes soit la rendre aux autorités.

Parallèlement, un **programme national d'éducation** concernant la sécurité par rapport aux armes à feu et aux magasins où elles sont vendus a été mis en place.

Les résultats ont été les suivants:

- Aucune modification significative observée à Toronto (idem Ontario) sur le taux global de suicide avant et après 1978 (mise en place de la législation).
- Diminution significative du taux de suicide par arme à feu chez les hommes après 1978 à Toronto.
- Augmentation significative du taux de suicide par précipitation chez les hommes après 1978 à Toronto.

Dans la série des hommes de moins de 30 ans, une proportion significative de suicidés n'avait pas été hospitalisée en psychiatrie avant leur passage à l'acte suicidaire, contrairement aux suicidés par précipitation qui avaient plus souvent des antécédents de soins psychiatriques.

MOYER et **CARRINGTON** (1992) [48], dans un rapport fait au Ministère de la Justice du Canada, ont cherché à déterminer si les provinces où le nombre de personnes possédant une arme à feu était parmi les plus élevés, avaient aussi les taux de suicide les plus élevés.

Ils ont découvert que les provinces, où le nombre de personnes possédant une arme à feu étaient le plus élevé, avaient tendance à avoir des taux élevés de suicide commis au moyen d'une arme à feu.

Cependant, il n'existait qu'une faible corrélation entre la prévalence des armes à feu et le taux global de suicide.

Pour expliquer ces résultats contradictoires, ces auteurs ont postulé que le fait d'omettre d'établir un contrôle sur les niveaux d'urbanisation dans les provinces faisait disparaître le rapport existant entre la disponibilité des armes à feu et les taux globaux de suicide.

En d'autres termes, les provinces où le nombre de personnes possédant une arme à feu était élevé avait tendance à être plus de caractère rural, ce qui annulait l'influence de la disponibilité du moyen sur le taux de suicide.

Après utilisation de la méthode statistique de régression multiple permettant un ajustement de la variable urbanisation, ils ont conclu, pour la période située entre 1987 et 1989, à une incidence marquée du nombre de personnes possédant une arme à feu sur le taux global de suicide.

Puis, en 1994, à partir de l'étude de **RICH** et al [184], ces deux auteurs, **CARRINGTON** et **MOYER** [48] ont proposé d'étudier le taux de suicide en Ontario en augmentant le temps d'étude des 2 périodes étudiées (1965-1977 et 1979-1989) avec comme point de repère l'année 1978, au cours de laquelle la loi concernant les armes à feu a été modifiée dans le sens d'une restriction de leur accès.

Alors que **RICH** et al ne concluaient à aucune différence significative, **CARRINGTON** et **MOYER** [48] ont observé sur ces plus longues périodes (12 ans avant la loi jusqu'à 12 ans après) dans un premier temps (1965-1977) une hausse du taux de suicide par arme à feu et du taux de suicide par d'autres méthodes, puis, (1979-1989) une baisse importante suivie d'une

diminution plus faible (non significative) du taux de suicide par arme à feu, ainsi qu'une baisse significative du taux de suicide par les autres moyens et du taux global de suicide.

Ils ont donc observé une faible baisse du taux de suicide par arme à feu, sans pour autant qu'il y ait d'augmentation du taux de suicide par les autres moyens, ce qui ne plaiderait pas en faveur de l'hypothèse de la substitution de méthode prônée par **RICH** et al.

LESTER a ensuite proposé d'étudier les moyens de prévention en fonction de populations d'âge différents. Ainsi, en 1997, il montrait avec **LEENAARS** [132] que la loi C-51 s'était accompagnée d'une baisse du taux de suicide par arme à feu chez les 35-64 ans, tandis que le taux de suicide par arme à feu avait augmenté chez les 15-34 ans et chez les plus de 64 ans.

De même, le pourcentage de suicide par arme à feu avait diminué pour les 15-54 ans alors qu'il avait augmenté pour les plus de 55 ans. D'après ces résultats, la loi C-51 n'avait donc eu aucun effet sur les plus de 55 ans.

La première étude s'intéressant à l'impact d'une loi en fonction du sexe a été celle de **LEENAARS** et **LESTER** (1996) [131], menée au Canada. Les résultats montraient que, pour les hommes, le taux de suicide par arme à feu et par d'autres moyens avait augmenté après la loi C-51 mais que le pourcentage de suicide par arme à feu avait baissé et les coefficients statistiques de régression indiquaient que le taux de suicide par arme à feu avait stoppé sa progression entre 1978 et 1985. Pour les femmes, aucune modification concernant le taux de suicide par arme à feu n'avait été notée après la loi C-51. Il en était de même pour les autres moyens, et l'hypothèse d'un switch de méthode avait été écartée. Cette étude concluait donc en faveur d'un meilleur bénéfice de cette loi pour la population des femmes, alors que les hommes n'en tiraient aucun bénéfice ou presque.

STACK (1998) [197] a publié une revue de la littérature concernant les études sur la politique de contrôle des armes et mettait en avant la rareté des travaux prenant en considération les facteurs sociaux tels que le chômage ou encore le divorce.

LEENAARS a publié deux autres études en 2003 [132]:

1^{ère} étude : Reprochant l'approche statistique simple en matière de suicide et de contrôle des armes à feu, c'est-à-dire la simple étude de 2 périodes précédant et succédant à la loi, il a proposé de réaliser une « analyse de séries avec interruption dans le temps » (traduction littérale de « *interrupted time series analysis* »).

En effet, il ne s'est pas contenté d'étudier les 2 périodes de façon indépendante, il a entrepris une méthode qui projette ce qu'aurait été la situation en l'absence de mise en place de la loi et compare les projections avec les résultats obtenus réellement...

Les résultats montraient qu'il n'y avait aucune différence significative immédiatement après la loi C-51 et à court terme pour le taux de suicide au Canada.

En revanche, les auteurs notaient une modification significative de la tendance dans le sens d'une diminution.

En d'autres termes, ils observaient une tendance à la baisse du taux de suicide par rapport à ce qu'aurait été ce taux si aucune loi de restriction des armes à feu n'avait été mise en place.

De même, il semblait que cette loi C-51 avait eu un effet positif à long terme (modification de la pente de la courbe d'évolution du suicide).

De plus, les résultats plaidaient en faveur d'un impact plus fort de la loi sur les suicides masculins.

En conclusion de cette étude, **LEENAARS** réaffirmait le bénéfice de la loi C-51 de restriction des armes à feu en matière de suicides masculins employant ce moyen, mais soulignait en contre partie qu'il se produisait un switch de méthode uniquement chez l'homme.

2^{ème} étude : (« *Time series regression* ») Prise en considération des facteurs sociaux en réponse aux critiques de **STACK**.

L'étude a porté sur la période entre 1969 et 1985 au Canada et a inclus des indicateurs sociaux : naissance, mariage et divorce, comme facteurs d'intégration sociale chers à **DURKHEIM**, ainsi que le chômage...

Cette étude montrait une réduction significative du taux de suicide par arme à feu, même après contrôle des variables sociales. L'étude retrouvait également une substitution de moyens pour les sujets de sexe masculins...

SNOWDON et **HARRIS** (1992) [196] ont étudié la situation de l'Australie en comparant les taux de suicide entre les Etats et en prenant en compte la réglementation des armes à feu dans chacun d'eux. Ils montraient que le taux de suicide au moyen d'une arme à feu avait diminué après 1980 dans l'état de l'Australie du Sud, période au cours de laquelle une réglementation très stricte en matière d'arme à feu avait été mise en place dans cet Etat. Dans les autres Etats, le taux de suicide par arme à feu avait continué à augmenter dans les deux sexes: par exemple, l'Etat de Queensland, qui possédait la législation la plus permissive en Australie en matière d'arme à feu, ayant même refusé le programme de prévention en 1979 (le « *Firearms and Offensive Weapons Act* ») avait été l'Etat d'Australie qui avait connu les taux les plus élevés de suicide par arme à feu entre 1968 et 1989. Par ailleurs, dans l'Etat d'Australie du Sud, cette diminution du taux de suicide par arme à feu chez les hommes et chez les femmes s'était accompagnée d'une augmentation du taux de suicide par les autres méthodes de façon plus importante que dans les autres Etats, ce qui laissait de nouveau supposer une possible substitution de méthode...

LOFTIN et al (1991) [140] ont examiné l'effet de la mise en place d'une loi interdisant l'achat, la vente, le transport et la possession d'une arme de poing par un civil, sur les taux de suicides et d'homicides. Celle-ci, la plus restrictive jamais mise en place aux Etats-Unis, avait pris effet en 1976 dans le District de Columbia, alors que les Etats voisins (la Virginie et le Maryland) ne l'avait pas adoptée. Cette étude portait donc sur la période 1968-1987 et comparait les taux avec les Etats voisins. Il s'agissait encore d'une « *interrupted time series* ». A Washington DC, l'adoption de cette loi avait coïncidé avec un déclin brutal du nombre d'homicide et de suicide par arme à feu, tandis que cette réduction n'avait pas été notée ni pour les autres moyens dans ce même Etat, ni pour les taux des Etats limitrophes. Il n'y avait pas eu non plus d'augmentation du taux de suicide ou homicide utilisant d'autres moyens, ce qui ne plaidait pas en faveur de l'hypothèse d'une substitution de méthode. Ces données suggéraient donc que la mise en place d'une loi plus restrictive, limitant l'accès aux armes à feu, jouait un rôle préventif par rapport au risque de suicide et homicide.

STOLINSKI (1995) [200], à partir des travaux montrant qu'une législation stricte en matière d'arme à feu réduisait le taux de suicide et d'homicide, avait entrepris une étude de corrélation entre ces taux. Dans un 1^{er} temps, les taux étudiés dans 73 nations montraient une corrélation négative non significative entre les taux de suicide et d'homicide. Dans l'étude actuelle, les taux ont été étudiés sur une période de 92 ans et ne montraient pas de corrélation significative sauf entre 1930 et 1934 où les taux avaient coïncidé.

L'étude proposée par **WINTEMUTE** (1999) [219] a été une enquête prospective (cohorte) incluant 238 292 personnes qui avaient acheté une arme à feu en 1991 en Californie. L'étude avait enregistré les décès dans cette population jusqu'en 1996. Dans la première année, la 1^{ère} cause de décès dans cette population était le suicide soit 24,5% des décès, dont 51,9% étaient des femmes âgées de 21 à 44 ans. Dans la première semaine qui suivait l'achat de l'arme, le taux de suicide était 57 fois supérieur à celui de la population générale. La mortalité la première année de l'achat de l'arme à feu, et ce quelque soit la cause du décès, était plus importante que prévu chez les femmes. Et cette augmentation était entièrement due au nombre excessif de suicide par arme à feu. En Conclusion, l'achat d'une arme à feu était associée à un risque plus important de suicide par arme à feu et par une autre méthode et ce risque, présent dès la première semaine suivant l'acquisition de l'arme, persistait de manière significative pendant au moins 6 ans.

HAW et al (2004) [109] avançaient comme explication principale à la baisse spectaculaire du taux de suicide par arme à feu au Royaume Uni, la législation très stricte en matière d'arme à feu dans ce pays, une législation faite d'obligation de certificats de police, médicaux et de validation finale par le Chef de Police qui devait organiser des visites à domicile pour vérifier le mode de conservation de l'arme et interroger la motivation de l'éventuel acquéreur. Le Chef de Police devait, à son tour, établir un certificat affirmant que la personne n'était pas un danger publique...

De plus, cette législation n'avait cessé de se renforcer depuis 16 ans.

Sur la situation du ROYAUME UNI en matière de suicide par arme à feu, peu d'études ont été jusqu'ici réalisées puisque seulement 3 publications ont pu être recensées :

- 2 études de **NOWERS** (1994 et 2002) [163] portant sur 51 suicides par arme à feu dans le Comté de AVON, chiffre augmenté à 84 dans la 2^{nde} publication.
- Et 1 étude de **ARMOUR** (1996) [6] portant sur 104 suicides par arme à feu entre 1989 et 1993 en IRLANDE DU NORD.
- Les autres études ne concernaient pas spécifiquement les suicides par arme à feu.

D'après ces études, il apparaissait que les zones rurales étaient surreprésentées, en IRLANDE DU NORD trois fois plus qu'en ANGLETERRE et PAYS DE GALLES, ce qui était lié à la présence significativement plus importante d'individus employés dans les forces de sécurité et qui possédaient donc plus d'armes à feu (**ARMOUR**, 1996 [6]).

En Ecosse, la région des HIGHLANDS avait un taux de suicide par arme à feu très élevé, mis en lien avec l'accès privilégié aux moyens violents de ces populations (**STARK**, 2002 [199]). De plus, des professions à risque ont été dégagées de ces résultats : agriculteurs, fermiers, travailleurs forestiers et chirurgiens vétérinaires.

En conclusion de cette revue de la littérature, **HAW** [109] mettait en rapport la baisse progressive du taux de suicide par arme à feu en 23 ans avec le renforcement de la politique de restriction des armes débuté avec l'Amendement de 1988 et de 1997. Selon encore cet auteur, la conséquence de cette législation a été la baisse du taux de suicide par arme à feu chez les agriculteurs.

Aux Etats-Unis, **WEBSTER** et al (2004) [214] ont étudié l'impact d'une législation imposant un âge minimum pour l'achat d'une arme à feu. Cette étude a porté sur l'ensemble des Etats-Unis entre 1976 et 2001, qui comptait 63 954 suicides chez les 14-20 ans.

La mise en place de ces réglementations concernant donc l'âge minimum d'acquisition et de possession d'une arme à feu n'était pas statistiquement associé à une réduction du taux de suicide parmi les 14-20 ans. Ces auteurs ont donc conclu à un effet modeste de ces

réglementations sur le taux de suicide chez les 14-17 ans sans réduction du taux global dans la tranche d'âge 14-20 ans.

CONNER et **ZHONG** (2003) [63] ont également étudié l'effet d'une loi restrictive en matière d'arme à feu sur le taux de suicide chez les sujets de sexe masculin et féminin, l'objectif étant d'une part d'évaluer si les Etats non restrictifs ou modérément restrictifs avaient un taux de suicide plus important, et, d'autre part de déterminer si une plus grande disponibilité augmentait le risque de façon plus importante chez les hommes. Les résultats de cette étude montraient effectivement que le taux d'incidence du suicide était plus important dans les Etats où la restriction des armes était modeste et de façon plus importante lorsque la législation était absente. En effet, **CONNER** [63] a montré qu'une législation permissive était associée de façon significative à un plus grand taux de suicide chez l'homme ainsi qu'un plus haut taux de suicide par arme à feu dans cette population de sexe masculin.

ANNEXE 6 : *Etat de la législation française en matière d'armes à feu*

Reflète de situations variées, la réglementation française est le résultat d'une sédimentation de textes divers ; il s'agit, pour l'essentiel, du **décret-loi du 18 avril 1939** (cf. Annexe 6a), d'une **directive européenne du 18 juin 1991** et **du décret du 6 mai 1995**.

Sans qu'un fil conducteur unisse toujours très clairement ces règles, celles-ci s'organisent cependant autour de quelques idées force qui transparaissent à la lecture du décret-loi de 1939 et du décret de 1995, la part de ce dernier texte, compte tenu de la nature essentiellement réglementaire de la matière, étant prépondérante.

La nécessité de classer les armes en différentes catégories, l'importance de soumettre leur acquisition et leur emploi à un régime de police administrative adapté à chacune d'entre elles, la dévolution d'un pouvoir de contrôle de l'application de la législation à différentes autorités administratives, la justification de sanctions en cas de manquements à la réglementation constituent les principaux traits de cette réglementation.

Le **classement des armes** opéré en 1939 est effectué autour du critère de matériels de guerre.

En effet, les trois premières catégories d'armes et de matériels leur sont assimilées, tandis que les cinq catégories suivantes échappent à ce classement. Sont définis comme matériels de guerre : les armes à feu et leurs munitions conçues pour ou destinées à la guerre terrestre, navale ou aérienne, qui relèvent de la première catégorie ; les matériels destinés à porter ou à utiliser au combat les armes à feu, qui sont classés en deuxième catégorie ; les matériels de protection contre les gaz de combat, qui entrent dans la troisième catégorie.

Les cinq catégories suivantes concernent les armes à feu dites de défense et leurs munitions (quatrième catégorie) ; les armes de chasse et leurs munitions (cinquième catégorie) ; les armes blanches (sixième catégorie) ; les armes de tir, de foire ou de salon et leurs munitions (septième catégorie) et les armes et munitions historiques et de collection (huitième catégorie) [44].

Le **décret du 6 mai 1995** distingue donc les armes en fonction de catégories définies comme suit :

- **Armes de 1^{ère} catégorie** : armes à feu et munitions de guerre
- **Armes de 4^e catégorie** : armes à feu dites de défense et munitions
- **Armes de 5^e catégorie** : armes de chasse et munitions
- **Armes de 7^e catégorie** : armes de tir, de foire ou de salon et munitions

D'autre part, le régime de police administrative applicable à chaque type d'arme consiste à définir suivant sa classification les contraintes liées à son acquisition, à sa détention, à son port, à son transport, à sa fabrication et à son commerce.

• **L'acquisition et la détention**

La **directive de 1991**, qui ne vise que les armes à feu, a fait le choix de les classer en quatre catégories, caractérisées respectivement par des régimes d'interdiction (A), d'autorisation (B) et de déclaration (C), la dernière catégorie (D) étant constituée des armes n'appartenant pas aux trois premières [44].

Quant au **décret-loi de 1939** et au **décret de 1995** – qui, à la différence de la directive, ne limitent pas leurs prescriptions aux seules armes à feu – sans appliquer aussi explicitement que la directive ces critères de réglementation, ils définissent cependant le régime de police administrative des huit catégories d'armes précitées autour des notions d'autorisation, de déclaration et de liberté.

— Sont interdites l'acquisition et la détention d'armes de première ou de quatrième catégorie, sauf autorisation prévue par voie réglementaire (art. 15 du décret-loi du 18 avril 1939). Cette rigueur est prolongée par l'article 23 du décret du 6 mai 1995, qui étend cette interdiction aux armes des quatre premières catégories, sauf autorisation.

C'est également à un régime particulier d'autorisation qu'obéissent l'acquisition et la détention des munitions à projectiles expansifs, ainsi que l'acquisition et la détention de ces mêmes projectiles dans les armes de poing et les armes rayées de septième catégorie par les chasseurs habilités à utiliser ces armes à la chasse, par les tireurs régulièrement licenciés auprès d'une fédération sportive et les experts.

Ce tableau des autorisations serait incomplet, si l'on omettait d'inscrire dans ce dispositif les règles particulières applicables à certaines catégories professionnelles. Sont ainsi autorisées à acquérir ou à détenir des armes nommément désignées de première catégorie ainsi que des armes de quatrième et sixième catégories, certaines personnes physiques, dont les fonctionnaires et agents des administrations publiques chargés d'un service de police ou de répression ; il en va de même des convoyeurs de fonds pour certaines des armes de première et quatrième catégories.

La durée de validité des autorisations n'excède pas cinq ans.

— La dangerosité d'une arme n'étant pas systématiquement liée à son appartenance à une catégorie déterminée, le critère de la déclaration trouve à s'appliquer non seulement à des armes de catégorie différente, mais peut coexister pour certaines armes, au sein d'une même catégorie, avec un régime libéral applicable à d'autres types d'armes.

Sont ainsi soumises à l'obligation de déclaration, les armes longues à répétition ou semi-automatiques, tandis que les armes longues à un coup par canon lisse relevant de la même catégorie – la cinquième – sont placées sous un régime libéral. Une ligne de partage identique oppose, au sein de la septième catégorie, d'un côté, les armes à feu de tous calibres à percussion annulaire, les armes à gaz ou air comprimé, les armes à feu tirant une balle ou plusieurs projectiles non métalliques et, de l'autre, les armes d'alarme et de starter, les armes à gaz ou air comprimé à faible propulsion ainsi que les armes ou objets ayant l'apparence d'une arme avec une propulsion limitée, non classées dans les autres catégories.

— Enfin, l'acquisition et la détention des armes de sixième et huitième catégories sont libres, les mêmes règles prévalant pour les armes d'épaule ainsi que pour les éléments d'armes et munitions des cinquième et septième catégories non soumis à déclaration.

Dans l'attente d'une refonte complète de la législation sur la détention des armes, l'Assemblée nationale a adopté le 29 mai 1998 une proposition de loi qui interdit l'acquisition et la détention d'armes à feu, d'éléments d'armes et de munition (N° 929.— Rapport de M. Bruno Le Roux (*au nom de la commission des lois*), sur la proposition de loi de M. Bruno Le Roux et plusieurs de ses collègues (n° 845) fixant le régime des armes et munitions.(27 mai 1998, ASSEMBLEE NATIONALE : **cf. Annexe 6b**).

Le texte adopté par l'Assemblée nationale prévoit plusieurs exceptions à ce principe général d'interdiction : au profit des services de sécurité, des tireurs sportifs, des chasseurs et de tout autre particulier qui en fait la demande « *lorsqu'à l'occasion de l'exercice de sa profession, l'intégrité physique du demandeur est menacée* ».

Cependant, cette proposition de loi faite par Monsieur LE ROUX n'a pas été adoptée par le Sénat...

D'autres modifications ont été apportées par l'intermédiaire d'autres lois qui ne concernent pas spécifiquement les armes à feu.

Le **titre II de la loi n° 2003-239 du 18 mars 2003** pour la sécurité intérieure a renforcé la limitation de l'accès aux armes à feu, en distinguant notamment un régime d'autorisation et un régime de déclaration (BO n° 2003-36).

L'article 82 de la loi prévoit que « toute personne sollicitant la délivrance d'une autorisation d'acquisition ou de détention de matériels, d'armes ou de munition des 1^{ère} et 4^e catégories, ou faisant une déclaration de détention d'armes des 5^e et 7^e catégories, doit produire un certificat médical attestant que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec la détention de ces matériels, armes ou munitions. Dans le cas où la personne suit ou a suivi un traitement dans un service ou un secteur psychiatrique, l'autorité administrative lui demande de produire également un certificat délivré par un médecin psychiatre ».

L'article 83 de la loi dispose en outre que « le préfet peut, pour des raisons d'ordre public ou de sécurité des personnes, ordonner à tout détenteur d'une arme soumise au régime de l'autorisation ou de déclaration de s'en dessaisir ».

Auparavant, **l'article 6 de la loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001** relative à la sécurité quotidienne, prévoyait que les armes, les munitions et leurs éléments des 5^e et 7^e catégories devaient être conservés hors d'état de fonctionner immédiatement (BO n° 2003-36).

ANNEXE 6 a

Décret du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions

Art. 1^{er}. — Les matériels de guerre, armes et munitions et éléments visés par le présent décret sont classés dans les catégories ci-après :

I. — Matériels de guerre

1^{re} catégorie. — Armes à feu et leurs munitions conçues pour ou destinées à la guerre terrestre, navale ou aérienne.

2^e catégorie. — Matériels destinés à porter ou à utiliser au combat les armes à feu.

3^e catégorie. — Matériels de protection contre les gaz de combat.

II. — Armes et munitions non considérées comme matériels de guerre

4^e catégorie. — Armes à feu dites de défense et leurs munitions.

5^e catégorie. — Armes de chasse et leurs munitions.

6^e catégorie. — Armes blanches.

7^e catégorie. — Armes de tir, de foire ou de salon et leurs munitions.

8^e catégorie. — Armes et munitions historiques et de collection.

III— Les matériels, appartenant ou non aux précédentes catégories, qui sont soumis à des restrictions ou à une procédure spéciale pour l'importation ou l'exportation sont définis aux articles 11 et 13 ci-après.

Les armes de toute espèce qui peuvent tirer des munitions utilisables dans des armes classées matériel de guerre et les munitions de toute espèce qui peuvent être tirées dans des armes classées matériel de guerre sont considérées comme des matériels de guerre.

Un décret énumèrera les matériels ou éléments de chaque catégorie et les opérations industrielles y relatives rentrant dans le champ d'application du présent décret.

ANNEXE 6 b

**TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION :
PROPOSITION DE LOI
RELATIVE À L'ACQUISITION
ET À LA DÉTENTION DES ARMES A FEU
(Rapport LE ROUX adopté le 27 mai 1998, Assemblée Nationale)**

Article premier

L'acquisition et la détention d'armes à feu, d'éléments d'armes et de munitions sont **interdites**.

Article 2

Il ne peut être dérogé aux dispositions de l'article premier que dans les cas prévus aux articles 3, 4, 5 et 6 de la présente loi.

Article 3

L'acquisition et la détention des armes à feu, des éléments d'armes et des munitions des première et quatrième catégories définies à l'article premier du décret-loi du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions, peuvent être autorisées par le représentant de l'Etat dans le département, dans les cas suivants :

- lorsqu'elles sont **nécessaires à l'exercice d'une profession** ou d'un **service de sécurité** publique ou privée ;
- lorsqu'à l'occasion de l'exercice de sa **profession, l'intégrité physique du demandeur** est très sérieusement menacée ;
- lorsque le demandeur est une **association sportive agréée** pour la pratique du tir ou autorisée pour **la préparation militaire** ;
- lorsque le demandeur est une personne physique justifiant de sa participation à des **compétitions de tir sportif**.

Article 4

L'acquisition des armes à feu, des éléments d'armes et des munitions des première et quatrième catégories définies à l'article premier du décret-loi du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions, est subordonnée à la production d'un **certificat médical** délivré dans des conditions et suivant des formes fixées par voie réglementaire.

Article 5

L'acquisition et la détention des armes à feu, des éléments d'armes et des munitions des cinquième et septième catégories définies à l'article premier du décret-loi du 18 avril 1939 sont soumises à **déclaration** faite auprès du représentant de l'Etat dans le département. L'enregistrement de cette déclaration est subordonné à la justification, suivant le cas, d'un permis de chasser ou d'une pratique effective du tir.

Article 6

L'acquisition et la détention des armes à feu et des éléments d'armes de la huitième catégorie définie à l'article premier du décret-loi du 18 avril 1939 sont soumises à déclaration faite auprès du représentant de l'Etat dans le département

(...)

ANNEXE 7 : Questionnaire utilisé pour l'étude des 161 dossiers des patients suicidants par arme à feu

N° de dossier (Anonyme):

Questionnaire TS par arme à feu

I. Le patient

A. Données générales personnelles

1. Date du passage à l'acte: / /
2. Age au moment du geste suicidaire: ans
3. Sexe: M F
4. Nationalité française: Oui Non

B. Situation socioprofessionnelle

5. Domicile: Rural Urbain
6. Sans domicile fixe: Oui Non
7. Niveau d'étude:
Primaire/BEPC Baccalauréat filière générale
Baccalauréat filière professionnelle BEP/CAP
Université Autres études secondaires
8. Profession actuelle ou passée:
Agriculteur/Exploitant
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
Cadres et professions libérales
Professions intermédiaires
Employé
Ouvriers
Demandeur d'emploi ayant déjà travaillé (chômage)
Demandeur d'emploi n'ayant jamais travaillé
Travaille dans un établissement protégé (CAT...)
Sans information
9. Le patient travaille t-il dans la police, dans l'armée ou possède t-il une arme à feu à usage professionnel ? Oui Non
10. Retraité(e): Oui Non
11. Invalidité Cotorep avec ou sans AAH: Oui Non

C. Situation familiale

12. Elevé par ses parents ? Oui Non
13. Si non, par qui ?
Parents adoptifs Grands-parents Frère/ sœur Autre
14. Situation conjugale :
Célibataire Marié Divorcé (ou séparé) Veuf
Union libre
15. Père : En vie décédé Mère : En vie décédée
16. Frères/Sœurs : Oui Non
17. Enfants : Oui Non
18. Si oui, combien d'enfants ? 1 2 3 4 5 >5

D. Situation médico-légale

19. Mesure de protection antérieure ou actuelle : Oui Non
20. Si mesure de protection :
Tutelle
Curatelle
Sauvegarde de justice
21. Le patient a-t-il déjà fait l'objet d'une expertise médico-psychologique ?
Oui Non
22. ATCDs judiciaires : Oui Non
23. ATCDs personnels d'incarcération : Oui Non
24. Si oui, quel(s) motif(s) ?
Conduite en état d'ivresse : Oui Non
Agression sexuelle : Oui Non
Escroquerie : Oui Non
Vol : Oui Non
Infraction à la législation des stupéfiants : Oui Non
Autres : Oui Non
25. Notion de violence conjugale actuelle ou passée : Oui Non
26. Si oui, fait-elle ou a-t-elle fait l'objet d'une plainte ? Oui Non

E. Antécédents médicochirurgicaux

27. Médecin traitant référent : Oui Non
28. ATCDs personnels médicaux :
Cardio-vasculaires : Oui Non
Pleuro-pulmonaires : Oui Non
Neurologiques : Oui Non
Pathologie thyroïdienne : Oui Non
Cancer : Oui Non
Hépto-gastro-entérologiques : Oui Non
Autre(s) : Oui Non
29. ATCDs personnels chirurgicaux : Oui Non
30. Pathologie médicale patente ou en cours de ttt avant la TS : Oui Non
31. Maladie physique jugée invalidante ou létale : Oui Non

F. Antécédents psychiatriques

32. Psychiatre traitant : Oui Non
33. ATCDs personnels Ψ : Oui Non
34. Si ATCDs personnels Ψ :
- Trouble anxieux : Oui Non
 - Dysthymie : Oui Non
 - Episode dépressif majeur : Oui Non
 - Trouble de l'adaptation : Oui Non
 - Trouble bipolaire : Oui Non
 - Bouffée délirante aiguë : Oui Non
 - Schizophrénie : Oui Non
 - Psychose paranoïaque : Oui Non
 - Démence dégénérative ou vasculaire : Oui Non
 - Autre : Oui Non
35. ATCD d'éthylisme chronique : Oui Non
36. ATCDs consommation d'autres toxiques : Oui Non
37. Si ATCDs consommation d'autres toxiques :
- Cannabis : Oui Non Ecstasy : Oui Non
 - Héroïne : Oui Non Cocaïne : Oui Non
 - Autres : Oui Non
38. ATCD suivi Ψ : Oui Non
39. Si ATCD suivi Ψ : Libéral Hospitalier
40. Si ATCD suivi Ψ : Psychiatre Psychologue Infirmière Ψ Autre
41. Arrêt du suivi Ψ par le patient lui-même avant le geste suicidaire actuel :
- Oui Non
42. ATCDs hospitalisation en Ψ : Oui Non
43. Si oui, délai hospitalisation Ψ - geste suicidaire actuel :
- Quelques jours (<1semaine) <2semaines <1mois <2mois
- <6mois <1an >1an
44. Ttt Ψ avant la TS : Oui Non
45. Si ttt Ψ avant la TS :
- Antidépresseur tricyclique : Oui Non
 - Antidépresseur IRS : Oui Non
 - Antidépresseur action duale : Oui Non
 - IMAO: Oui Non
 - Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui Non
 - Lithium : Oui Non
 - Antipsychotique de 1ère génération : Oui Non
 - Antipsychotique de 2ème génération : Oui Non
 - Neuroleptique forme retard : Oui Non
 - Anxiolytique BZD : Oui Non
 - Autres : Oui Non
46. Si ttt Ψ avant la TS, avait-il été arrêté ? Oui Non
47. ATCDs familiaux Ψ : Oui Non Ne sait pas
48. ATCD familial d'éthylisme chronique : Oui Non
49. Si ATCDs familiaux Ψ :
- Dysthymie : Oui Non
 - Episode dépressif majeur : Oui Non
 - Trouble anxieux : Oui Non
 - Trouble bipolaire : Oui Non
 - Bouffée délirante aiguë : Oui Non

Schizophrénie : Oui Non
Psychose paranoïaque : Oui Non
Autres : Oui Non

G. « Enquête suicidologique » personnelle et familiale

50. ATCDs personnels TS : Oui Non
51. Si ATCDs personnels TS, nombre de TS antérieures : 1 2 3 4 ≥ 5
52. Si ATCDs personnels TS, quel est le délai entre le geste actuel et la précédente TS ? Quelques jours (<1semaine) <2semaines
<1mois <2mois <6mois <1an >1an
53. Si ATCDs personnels TS, moyen utilisé :
Médicament(s) : Oui Non Arme à feu : Oui Non
Pendaison : Oui Non Phlébotomie : Oui Non
Précipitation : Oui Non Immolation : Oui Non
Noyade : Oui Non Autre : Oui Non
54. ATCDs familiaux TS : Oui Non
55. Si ATCDs familiaux de TS, de qui s'agit-il ?
Père Mère Frère Sœur
Enfant Parent 1° degré Parent 2° degré
56. Si ATCDs familiaux de TS, moyen utilisé :
Médicament(s) : Oui Non
Pendaison : Oui Non
Précipitation : Oui Non
Noyade : Oui Non
Arme à feu : Oui Non
Phlébotomie : Oui Non
Immolation : Oui Non
Produits ménagers : Oui Non
Autre : Oui Non
57. ATCDs familiaux de suicide : Oui Non
58. Si ATCDs familiaux de suicide, de qui s'agit-il ?
Père Mère Frère Sœur Enfant
Parent 1° degré Parent 2° degré
59. Si ATCDs familiaux de suicide, moyen utilisé :
Médicament(s) : Oui Non
Pendaison : Oui Non
Précipitation : Oui Non
Noyade : Oui Non
Arme à feu : Oui Non
Phlébotomie : Oui Non
Immolation : Oui Non
Produits ménagers : Oui Non

II. Le passage à l'acte suicidaire

A. Reconstitution synoptique du passage à l'acte

60. Jour du geste suicidaire: Semaine Week-end Férié
61. Saison: Printemps Été Automne Hiver
62. Lieu du geste suicidaire:
Domicile A l'extérieur Chez un proche Autre
63. Lieu du geste : Familier Non familial Isolé
64. Moment de la journée: Matin Après-midi Soir Nuit
65. Présence de l'heure du geste dans le dossier de soins : Oui Non
66. Évènement déclenchant rapporté par le patient : Oui Non
67. Évènement déclenchant rapporté par la famille ou un tiers proche du patient :
Oui Non Famille non rencontrée
68. Si évènement déclenchant: type et nature de l'évènement rapporté par le patient :
Mésentente conjugale
Rupture conjugale ou divorce en cours ou passé
Conflit familial
Problèmes financiers
Découverte d'une maladie somatique chez le patient
Décès d'un proche
Difficultés professionnelles
Licenciement professionnel
Difficultés judiciaires
Trouble psychiatrique
Autre
69. Si évènement déclenchant : type et nature de l'évènement rapporté par la famille :
Mésentente conjugale
Rupture conjugale ou divorce en cours ou passé
Conflit familial
Problèmes financiers
Découverte d'une maladie somatique chez le patient
Décès d'un proche
Difficultés professionnelles
Licenciement professionnel
Difficultés judiciaires
Trouble psychiatrique
Autre
70. Relations conjugales récentes :
Bonnes Tension conjugale
Dispute conjugale Rupture conjugale
Le patient ne vit pas en couple
71. Décès d'un proche dans les semaines ou mois précédant la TS rapporté par le patient : Oui Non
71. Si décès rapporté, délai entre le décès du proche et le geste suicidaire:
72. ≤ 1 mois ≤ 6 mois ≥ 6 mois ≥ 1 an
73. Préméditation du geste suicidaire : Oui Non
74. Elaboration précise d'un scénario suicidaire : Oui Non
75. Le patient avait-il prévenu une personne du geste qu'il s'apprêtait à accomplir

- Oui Non
76. Si oui : Avant la TS Après la TS
72. qui avait-elle prévenu ?
 Conjoint (e) ou ami(e) : Oui Non
 Enfant(s) : Oui Non
 Autre(s) : Oui Non
 Non mentionné dans le dossier
73. Le patient avait-il prévenu les secours (Médecin, SAMU, pompiers...) ?
 Oui Non
74. Si oui : Avant la TS Après la TS
75. Le patient avait-il laissé une lettre ou des écrits ? Oui Non
76. Geste suicidaire en présence d'une ou plusieurs personnes:
 Oui Non
77. Probabilité d'être découvert(e) : accidentelle incertaine élevée
78. Prise d'alcool au moment du geste ou précédant le geste : Oui Non
79. Prise de médicaments associée au geste suicidaire : Oui Non
80. Cs° Ψ dans les jours ou les heures précédant la TS : Oui Non
81. Cs° médecin généraliste dans les jours ou les heures précédant la TS :
 Oui Non

B. A propos du moyen utilisé : l'arme à feu

82. Notion d'achat récent d'une arme à feu par le patient : Oui Non
83. Délai achat arme à feu – geste suicidaire : <1 sem. <1 mois
 <6 mois >1 an
84. Type d'arme à feu utilisée :
 Arme de poing Arme d'épaule Arme de collection Arme de foire
 Arme alarme Arme starter Autre arme à feu Non documenté
85. Appartenance de l'arme à feu :
 Patient Conjoint Enfant(s) Famille Voisin Autre
86. Si l'arme appartient au patient : Usage privé Usage professionnel
87. Présence d'autres armes à feu à domicile ? Oui Non
88. Le patient est-il un chasseur habituel ? Oui Non
89. Tentative d'homicide ou homicide précédant la TS : Oui Non
90. S'il s'agit d'un homicide-suicide (avec survie du patient...), le patient a-t-il également utilisé l'arme à feu pour l'homicide ? Oui Non
91. Partie du corps visée :
 Tête et cou Thorax Abdomen Membres Autre
92. Nombre de coups de feu rapportés : 1 2 3 ≥4 Ne sait pas
93. Conséquences somatiques graves immédiates avec risque vital immédiat :
 Oui Non
94. Traumatisme balistique important : Oui Non
95. ATCDs accidents ou de blessure(s) involontaire(s) par arme à feu :
 Oui Non

III. Evolution et suivi à l'hôpital général

A. « Trajectoire » hospitalière et de prise en charge

101. Transfert d'en Centre Hospitalier Général : Oui Non
102. 1^{er} lieu d'hospitalisation au CHU après la TS :
Urgences Réanimation ORL Maxillo-facial (stomato-chir)
Neurochir Chir. Viscérale Autre
103. 2^{ème} lieu d'hospitalisation au CHU après la TS : Oui Non
104. Si 2^{ème} lieu d'hospitalisation au CHU après la TS :
ORL Maxillo-facial Neurochir Chir. Viscérale Autre
105. Durée hospitalisation à l'hôpital général :
≤2sem ≤1mois ≤3mois ≤6mois ≥6mois
106. Suivi Ψ par l'UCMP à l'hôpital général : Oui Non
107. Si oui, fréquence moyenne du suivi infirmier Ψ :
1/sem 2/sem ≥3/sem 2/mois
108. Fréquence moyenne du suivi médical Ψ :
1/sem 2/sem ≥3/sem 2/mois

B. Approche clinique du suicidant

109. Une dimension impulsive au geste a-t-elle été repérée par les soignants ?
Oui Non
110. Diagnostic(s) pathologie(s) Ψ après évaluation par l'UCMP: Oui Non
111. Si oui, le(s)quel(s) ?
Dépression : Oui Non
Episode dépressif majeur : Oui Non
Trouble anxieux : Oui Non
Accès maniaque : Oui Non
Trouble bipolaire : Oui Non
Bouffée délirante aigue : Oui Non
Schizophrénie : Oui Non
Psychose paranoïaque : Oui Non
Autre psychose chronique : Oui Non
Démence dégénérative ou vasculaire : Oui Non
Ethylysme chronique : Oui Non
112. Existe-t-il des signes de confusion mentale ? Oui Non
113. Nécessité d'un ttt Ψ : Oui Non
114. Acceptation du ttt Ψ par le patient : Oui Non
115. Si oui, quel ttt Ψ est institué :
Antidépresseur tricyclique : Oui Non
Antidépresseur IRS : Oui Non
Antidépresseur action duale : Oui Non
IMAO: Oui Non
Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui Non
Lithium : Oui Non
Antipsychotique de 1^{ère} génération : Oui Non
Antipsychotique de 2^{ème} génération : Oui Non
Neuroleptique forme retard : Oui Non

- Anxiolytique BZD : Oui Non
- Hypnotique : Oui Non
- Autres : Oui Non
116. Trouble de la personnalité sous-jacent et manifeste: Oui Non
117. Si oui, quel est ce trouble ?
- Personnalité borderline ou émotionnellement labile
 - Personnalité histrionique
 - Personnalité dépendante
 - Personnalité narcissique
 - Personnalité antisociale ou dyssoziale
 - Personnalité anankastique
 - Personnalité paranoïaque
 - Personnalité schizoïde
 - Trouble de la personnalité non spécifié
118. Un diagnostic clinique concernant la structure psychique a-t-il été porté au cours de cette hospitalisation ? Oui Non
119. Si oui, lequel ?
- Structure névrotique
 - Structure psychotique
 - Astructuration (Etat-limite...)
120. Verbalisation d'idées suicidaires au cours de l'hospitalisation en soins généraux :
Oui Non
121. Préoccupations anxieuses en rapport avec les possibles séquelles esthétiques :
Oui Non
122. Complications somatiques au cours de l'hospitalisation : Oui Non
123. Si oui, complications infectieuses ? Oui Non
124. Le patient reçoit-il des visites de son entourage ? Oui Non
125. Une rencontre avec l'entourage a-t-elle été réalisée par l'UCMP ?
Oui Non
126. Y a-t-il eu une rencontre conjointe entre le médecin somaticien référent, le psychiatre référent de l'UCMP et l'entourage ou la famille du patient ?
Oui Non

IV. Devenir et orientation après hospitalisation au CHU de Poitiers

127. Décès du patient au CHU : Oui Non
128. Séquelles physiques importantes au moment de la sortie du CHU de Poitiers :
Oui Non
129. Si oui, quel(s) type(s) de séquelle(s) :
Séquelles esthétiques : Oui Non
Séquelles fonctionnelles : Oui Non
Séquelles motrices : Oui Non
Autre(s) : Oui Non
130. Orientation Ψ à la sortie :
Néant
Relais service de psychiatrie de liaison du CHG d'origine
Cs° Ψ CMP
Cs° Ψ libéral
VAD infirmière Ψ
Hospitalisation en Ψ
Hôpital de jour
131. Si hospitalisation en milieu Ψ :
Hospitalisation libre (HL)
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)
Hospitalisation d'office (HO)
132. Si pas d'orientation Ψ à la sortie, motif ?
Refus du patient : Oui Non
Opposition de la famille (pour constituer le tiers en vue d'une HDT) :
Oui Non
Sortie contre avis médical du service du CHU : Oui Non
PEC exclusive par le médecin traitant : Oui Non
Pas nécessaire du fait de l'amélioration clinique : Oui Non
133. Ttt Ψ à la sortie : Oui Non
134. Si oui, lequel :
Antidépresseur tricyclique : Oui Non
Antidépresseur IRS : Oui Non
Antidépresseur action duale : Oui Non
IMAO: Oui Non
Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui Non
Lithium : Oui Non
Antipsychotique de 1^{ère} génération : Oui Non
Antipsychotique de 2^{ème} génération : Oui Non
Neuroleptique forme retard : Oui Non
Anxiolytique BZD : Oui Non
Autre anxiolytique : Oui Non
Hypnotique : Oui Non
Sismothérapie : Oui Non
Autres : Oui Non

135. Récidives TS ultérieures :
Oui Non Non connues (car patient hors département)
136. Si oui, moyen utilisé :
Médicament(s) : Oui Non
Pendaison : Oui Non
Précipitation : Oui Non
Noyade : Oui Non
Arme à feu : Oui Non
Phlébotomie : Oui Non
Immolation : Oui Non
Autre : Oui Non

V. Les écrits dans les dossiers de psychiatrie de liaison à propos des suicidants par arme à feu

137. Impression(s) générale(s) :

138. Difficultés des PEC de ces patients suicidants relatées dans les dossiers :
Oui Non

139. Si oui, lesquelles ?

140. Ce qui est opérant dans les écrits :

ANNEXE 8 : *Protocole de recueil usuel utilisé par l'UCMP et l'UAMP en cas de tentative de suicide*

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure A :	Effectifs de décès par suicide par arme à feu selon le sexe et l'âge – France 1999	p. 42
Figure B :	Taux de décès par suicide par arme à feu selon le sexe et l'âge – France 1999	p. 42
Figure C :	Effectifs annuels de décès par suicide par arme à feu selon la période quinquennale et variation entre deux périodes par âge	p. 42
Figure D :	Evolution du nombre de suicides en Poitou-Charentes chez les sujets de plus de 20 ans	p. 44
Figure E :	Evolution du nombre de suicides par arme à feu en Poitou-Charentes	p. 45
Figure F :	Répartition des suicides par arme à feu en fonction du sexe pour l'année 1999 en Poitou-Charentes	p. 46
Figure G :	Nombre global de suicides et de suicides par arme à feu en Poitou-Charentes par tranches d'âge	p. 46
Figure H :	Répartition des modes de suicide pour la région Poitou-Charentes	p. 47
Figure I :	Répartition des modes de suicide en Poitou-Charentes en fonction du sexe	p. 48
Figure J :	Statut matrimonial des sujets décédés par suicide par arme à feu entre 1980 et 1999 en Poitou-Charentes	p. 48
Tableau 1 :	Etudes portant sur la disponibilité des armes à feu et son incidence sur les taux de suicide	p. 97
Tableau 2 :	Etudes portant sur l'incidence de certaines législation en matière d'armes à feu sur les taux de suicide	p. 100
Figure 1 :	Répartition des suicidants par année	p. 116
Figure 2 :	Répartition des suicidants par classe d'âge	p. 117
Figure 3 :	Répartition des suicidants par sexe	p. 118
Figure 4 :	Répartition des suicidants par âge en fonction du sexe	p. 118
Figure 5 :	Profil scolaire	p. 119
Figure 6 :	Situation professionnelle antérieure ou actuelle	p. 120
Figure 7 :	Statut matrimonial	p. 121
Figure 8 :	Nombre d'enfants par suicidant	p. 122
Figure 9 :	Antécédents médico-chirurgicaux	p. 124
Figure 10 :	Suivi psychiatrique avant le geste suicidaire	p. 125
Figure 11 :	Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	p. 126
Figure 12 :	Antécédents psychiatriques	p. 127
Figure 13 :	Antécédents psychiatriques par sexe	p. 128
Figure 14 :	Antécédents éthyliste chronique	p. 128
Figure 15 :	Traitement psychotrope en cours avant la TS	p. 129
Figure 16 :	Traitement psychotrope avant la TS	p. 130
Figure 17 :	Antécédents personnels de TS	p. 131
Figure 18 :	Antécédents personnels de TS en fonction du sexe	p. 132

Figure 19 :	Nombre de TS antérieures et type de moyen employé	p. 133
Figure 20 :	Moyen violent employé dans les antécédents de TS	p. 134
Figure 21 :	Moyen employé pour la précédente TS	p. 134
Figure 22 :	Saison du passage à l'acte en fonction du sexe	p. 136
Figure 23 :	Evénements déclenchant ou précipitant le passage à l'acte ...	p. 138
Figure 24 :	Alcoolisation aiguë avant la TS	p. 141
Figure 25 :	Type d'arme à feu utilisée	p. 142
Figure 26 :	Partie du corps visée	p. 144
Figure 27 :	Diagnostic(s) psychiatrique(s) posé(s) au décours du passage à l'acte	p. 147
Figure 28 :	Dépendance à l'alcool en fonction du sexe	p. 159
Figure 29 :	Troubles de la personnalité	p. 151
Figure 30 :	Pathologies psychiatriques et troubles de la personnalité	p. 152
Figure 31 :	Traitements psychotropes prescrits	p. 153
Figure 32 :	Orientation psychiatrique après sortie du CHU	p. 157
Figure 33 :	Mode d'hospitalisation en psychiatrie	p. 158

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAMEK ME, KAPLAN MS. The growing use of firearms by suicidal older women, 1979-1992: a research note. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(1): 71-8.
2. ADAMEK ME, KAPLAN MS. Managing elder suicide: a profile of American and Canadian Crisis Prevention Centers. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(2): 122-31.
3. ADES J, LEJOYEUX M. Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool ? In : 19-20 octobre 2000. *Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : John Libbey Eurotext, Fédération Française de Psychiatrie : p.161-168.
4. ANSSEAU M, PITCHOT W. Aspects biologiques du suicide. In : Sous la direction de T. LEMPERIERE. *Dépression et suicide*. Paris : Masson; 2000 : p.23-48.
5. ARCHER E, SENON JL. Le passage à l'acte : du point de vue psychodynamique à une lecture psychosociale ? DIU Psychiatrie criminelle et médicolégal, Faculté de Médecine de Poitiers ; 2005 : non publié.
6. ARMOUR A. A study of gunshot suicides in Northern Ireland from 1989 to 1993. *Sci Justice* 1996; 36: 21-25.
7. ASBERG M, TRÄSKMAN L, THOREN P. A biochemical suicide predictor. *Arch Gen Psychiatr* 1976; 33: 1193-1197.
8. ASCHER J, DELAHOUSSE J. Approche psychopathologique d'une population de suicidants non psychotiques. *Ann Méd Psychol* 1969 ; 127(5) : 615-650.
9. ATTALAH S, QUENARD O. Sur le suicide par fusil de chasse. *Ann Chir Plastique* 1980 ; 25 (4) : 373-375.
10. AVIS SP. Suicidal gunshot wounds. *For Sci Int* 1994; 67(1): 41-47.
11. BABILLIOT PF. Réflexions sur le suicide par armes à feu. Mémoire pour le CES de Psychiatrie. Faculté de Médecine : Poitiers ; 1983.
12. BARBAIL A. Bilan et perspectives du Programme Régional de Santé « Suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune » 1999-2003, DRASS Poitou-Charentes, 2003.

13. BARRACLOUGH B, HARRIS EC. Suicide preceded by murder: the epidemiology of homicide-suicide in England and Wales 1988-92. *Psychol Med* 2002; 32(4): 577-84.
14. BATT A. Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur. In : *19-20 octobre 2000. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : John Libbey Eurotext, Fédération Française de Psychiatrie : p.45-66.
15. BATT A, BELLIVIER F, DELATTE B, SPREUX-VARQUAUX O. *Suicide. Autopsies psychologiques, outil de recherche en prévention*. Paris : Ed. Inserm ; 2005 : 199p.
16. BAYET A. *Le suicide et la morale*. Paris : Alcan ; 1922.
17. BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychol Med* 1998; 28: 209-218
18. BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT. Access to firearms and the risk of suicide : a case control study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30(6): 741-748.
19. BENATEAU H, et al. Profil psychologique des suicidés de la face par arme à feu. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1997; 98(5): 321-326.
20. BENEZECH M, CHAPENOIRE S. A case study of the suicide of Luis Mendes France, in Bordeaux, in 1695. *Am J Forensic Med Pathol* 2004; 25(4): 345-50.
21. BERGERET J. Actes de violence : réflexion générale. In : MILLAUD F. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson ; 1998 : p.9-14.
22. BERGERET J. *La dépression et les états limites*. Paris : Payot ; 1975.
23. BERTAGNE P, CAMPOLI C. Auto et hétéro-agressivité chez les personnalités passives-dépendantes. *Psychol Méd* 1990 ; 22(5) : 434-436.
24. BIRCKMAYER J, HEMENWAY D. Suicide and firearm prevalence: are youth disproportionately affected? *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31(3): 303-10.
25. BLENDON RJ, YOUNG JT, HEMENWAY D. The American public and the gun control debate. *JAMA* 1996; 275(22): 1719-22.

26. BOITEUX C, CLOSTRE M, QUEREL C et GALLARDA T. Urgence psychiatrique. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-678-A-10, 2004 : 11p.
27. BOOR M. Methods of suicide and implications for suicide prevention. *J Clin Psychol* 1981; 37(1): 70-5.
28. BOOR M, BAIR JH. Suicide rates, handgun control laws, and sociodemographic variables. *Psychol Rep* 1990; 66(3 Pt 1): 923-30.
29. BOTTA JM. Conduites suicidaires et image du corps. In : Sous la direction de VEDRINNE J, QUENARD O, WEBER D. *Suicide et conduites suicidaires*. Paris : Masson ; Tome II. 1982 : p.83-92.
30. BOURGEOIS ML, MICHELET X, FAVAREL-GARRIGUES B, MOREL H. Défigurations suicidaires massives par arme à feu (note préliminaire à propos de 13 cas). *Ann Méd Psychol* 1974 ; 132(2) : 323-332.
31. BOURGEOIS ML. Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. *L'Encéphale* 1996 ; Sp IV: 46-51.
32. BOURGEOIS ML, FACY F, ROUILLON F, VERDOUX H. Epidémiologie du suicide. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-397-A-10, 1997, 10p.
33. BOYD JH. The increasing rate of suicide by firearms. *N Engl J Med* 1983; 308: 872-874.
34. BRENT DA, PERPER JA, ALLMAN CJ. Alcohol, firearms, and suicide among youth. *JAMA* 1987; 257(24): 3369-3372.
35. BRENT DA, et al. Risks factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1988 ; 45 : 581-588.
36. BRENT DA, et al., The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *JAMA* 1991; 266(21): 2989-95.
37. BRENT DA, et al. Firearms and adolescent suicide. A community case-control study. *Am J Dis Child* 1993; 147(10): 1066-71.
38. BRENT DA, et al. Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(3): 494-500.

39. BRENT DA, PERPER JA. Research in adolescent suicide: implications for training, service delivery, and public policy. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25(2): 222-30.
40. BRENT DA. Firearms and suicide. *Ann N Y Acad Sci* 2001. 932: 225-239 ; discussion : 239-40.
41. BRIDGES FS, KUNSELMAN JC. Gun availability and use of guns for suicide, homicide, and murder in Canada. *Percept Mot Skills* 2004; 98(2): 594-8.
42. BRIDGES FS. Gun control law (Bill C-17), suicide, and homicide in Canada. *Psychol Rep* 2004; 94(3 Pt 1): 819-26.
43. BROWNING CH. Epidemiology of suicide: firearms. *Compr Psychiatry* 1974 ; 15(6): 549-53.
44. BUIGNE JJ, COLLET A. *La réglementation des armes*. La Tour du Pin : Ed. du Portail ; 1999.
45. BUKSTEIN OG, et al. Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1993 ; 88(6): 403-8.
46. CANTOR CH, LEWIN T. Firearms and suicide in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1990; 24(4): 500-9.
47. CARON-LEFEVRE M. Les tentatives de suicide graves à l'adolescence. In : JEAMMET P, BIROT E. *Etude psychopathologique des tentatives de suicide*. Paris : PUF ; 1994 : p.193-204.
48. CARRINGTON PJ, MOYER S. Gun control and suicide in Ontario. *Am J Psychiatry* 1994; 151(4): 606-608.
49. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Methods of suicide among persons aged 10-19 years, United-States 1992-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53(22): 471-474.
50. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2002. In : <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>; page consultée le 20/12/04.
51. CHAPDELAIN A. Firearm related injuries in Canada: Issues for prevention. *CMAJ* 1991; 145: 1217-1223.

52. CHASTANG F, et al. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. *L'Encéphale* 1997 ; XXIII: 100-4.
53. CHAUVOT B. Mort, suicide et romantisme. *Psychol Méd* 1988 ; 20(6) : 886-889.
54. CHESNAIS JC. *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Paris : Robert Lafont ; 1981.
55. CHIGNON JM, CORTES MJ, MARTIN P, CHABANNES JP. Tentative de suicide et dépendance alcoolique : résultat d'une enquête épidémiologique. *L'Encéphale* 1998 ; XXIV : 347-54.
56. CHOCARD AS. L'acte homicide-suicide. Revue de la littérature. A propos de 14 observations cliniques. [Thèse] Faculté de Médecine, Angers : 2002.
57. CHOQUET M. Panorama du suicide. In : BRACONNIER A, CHILAND C, CHOQUET M. *Idées de vie, idées de mort. La dépression en question chez l'adolescent*. Paris : Masson ; 2004 : p.71-84.
58. CIM-10/ICD-10 : Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris : Masson ; 1994.
59. CLARKE RV, JONES PR. Suicide and increased availability of handguns in the United States. *Soc Sci Med* 1989; 28(8): 805-9.
60. COBB R. *La mort est dans Paris: enquête sur le suicide, le meurtre et autres morts subites à Paris au lendemain de la Terreur*. Paris : Le Chemin Vert ; 1985.
61. COLIN T. Suicide : le choix des armes. GEPS, Sens ; 1990.
62. CONN LM. Psychiatric care for patients with self-inflicted gunshot wounds. *Am J Psychiatry* 1984; 14 (2): 261-263.
63. CONNER KR, ZHONG Y. State firearm laws and rates of suicide in men and women. *Am J Prev Med* 2003; 25(4): 320-324.
64. CONSOLI SM. Psychiatrie de liaison. In : SENON JL, SECHTER D, RICHARD D. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris : Hermann ; 1995 : 955-979.
65. CONWELL Y, et al., Access to firearms and risk for suicide in middle-aged and older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10(4): 407-16.

66. COTTENCIN JF. Défigurations autolytiques par armes à feu : approche psychologique. [Thèse]. Rennes : Faculté de Médecine ; 1976.
67. CUMMINGS P, et al., The association between the purchase of a handgun and homicide or suicide. *Am J Public Health* 1997; 87(6): 974-8.
68. CUTRIGHT P, FERNQUIST RM. Firearms and suicide: the American experience, 1926-1996. *Death Stud* 2000; 24(8): 705-19.
69. DAUMEZON G. Défense du regard psychiatrique. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie, LXXII^{ème} session, Auxerre 1974 : 52-75.
70. DEBARRE J, FOURNIER E, CHABAUD F. Mortalité par suicide chez les jeunes en Poitou-Charentes et évolution depuis 1980. Etat des lieux en Poitou-Charentes. Etude statistique ORSPEC ; 2004.
71. DEBOUT M. Petite histoire de la prévention du suicide: du débat moral à l'approche médico-sociale. *L'Information Psychiatrique* 2002 ; 5: 472-477.
72. DEBOUT M. *La France du suicide*. Paris : Stock ; 2002: p.43-110.
73. DE LEO D, EVANS R, NEULINGER K. Hanging, firearm, and non-domestic gas suicides among males: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36(2): 183-9.
74. DE MOORE GM. Survivors of self-inflicted firearm injury. A liaison psychiatry perspective. *Med J Aust* 1994; 160(7): 421-5.
75. DE MOORE GM, ROBERTSON AR. Suicide attempts by firearms and by leaping from heights : a comparative study of survivors. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156(9) : 1425-1431.
76. DESHAIES G. *Psychologie du suicide*. Paris : PUF ; 1947: p.54-93.
77. DIGNAM P. Comment on Access to firearms and the risk of suicide: a case control study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31(3): 436-8.
78. DI MAIO VJM. *Blessures par armes à feu : aspects pratiques des armes à feu, de la balistique et des techniques médico-légales*. Paris : Masson ; 1992: 325p.
79. DRUID H. Site of entrance wound and direction of bullet path firearm fatalities as indicators of homicide versus suicide. *For Sci Int* 1997; 88: 147-162.

80. DUDLEY M, CANTOR C, DE MOORE G. Jumping the gun: firearms and the mental health of Australians. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30(3): 370-81.
81. DURKHEIM E. *Le suicide* (1897). Paris : Quadrige/PUF ; 2004.
82. EISSLER KR. *Le suicide de Victor Tausk*. Paris : PUF ; 1988.
83. FARMER R, ROHDE J. Effect of availability and acceptability of lethal instruments on suicide mortality. An analysis of some international data. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62(5): 436-46.
84. FIALON N. La défiguration : survivre à l'irréparable. *Rev. De Méd. Psychosom.* 1994 ; 36 : 105-112.
85. FISCHER EP. Characteristics of completed suicides: implications of differences among methods. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 91-100.
86. FLEURIDAS G, et al. Plaies et traumatismes balistiques de la face en pratique civile. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1998; 99(2): 75-79.
87. FRANC R, CROCHET F, LAVERGNE M et MORON P. L'impossible séparation : de l'agression au meurtre et au suicide. *Psychol Méd* 1990 ; 22(5) : 411-414.
88. FREUD S. *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1902). Paris : Petite Bibliothèque Payot ; 1975 : p.194-203.
89. FREUD S. « Pour introduire la discussion sur le suicide » (1910). In : *Résultats, idées, problèmes*. Paris: PUF; 1984, Tome I: p.131-132.
90. FREUD S. « Considérations actuelles sur la vie et la mort » (1915). In : *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot & Rivages; 2001 : p.9-46.
91. FREUD S. Deuil et mélancolie (1915). In : FREUD S. *Métapsychologie*. Paris : Folio/Essais ; 2002 : p.145-171.
92. FREUD S. « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine » (1920). In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1973 : p.245-270.
93. FREUD S. « Au-delà du principe de plaisir » (1920). In : *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot & Rivages; 2001 : p.47-128.

94. FREUD S. « Le Moi et le ça » (1923). In : *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot & Rivages; 2001 : p.243-305.
95. FRIEDMAN P. Suicide among police: a study of 93 suicides among New York City policemen, 1934-1940. In: SHNEIDMAN S. *Essays in self-destruction*. New York: Science House Inc; 1967: p.414-449.
96. FRIERSON RL, LIPPMANN SB. Psychiatric consultation for patients with self-inflicted gunshot wounds. *Psychosomatics* 1990; 31(1): 67-74.
97. GABOR T. Les conséquences de la disponibilité des armes à feu sur les taux de crime de violence, de suicide et de décès accidentel : rapport sur la littérature concernant en particulier la situation au Canada. Ministère de la Justice du Canada ; 1994.
98. GARRE JB. Suicide, silence, secret. 34ème Journées du GEPS, Brest, septembre 2002, In : <http://psyfontevraud.free.fr/psyangevine/publications/troisS.htm> ; page consultée le 27/11/2004.
99. GARRE JB et al. Urgences psychiatriques. In : SENON JL, SECHTER D, RICHARD D. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris : Hermann ; 1995 : p.919-953.
100. GAULT S. Tentative de suicide par arme à feu : destruction et reconstruction du visage. Etude clinique et psychopathologique. A partir de 19 cas. [Thèse]. Rennes : Faculté de médecine ; 2002.
101. GOULD MS, et al. Youth suicide risk and preventive interventions : A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(4): 386-405.
102. GRANIER E, BOULENGER JP. Echelle de Gravité des Conduites Suicidaires (EGCS). *L'Encéphale* 2002 ; XXVIII : 29-38.
103. GROSSMAN DC, et al. Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *JAMA* 2005; 293(6): 707-714.
104. GUEZ L. Suicide et tentative de suicide par arme à feu : réflexions à partir de 15 cas de défigurations autolytiques observés au cours de un an et demi de psychiatrie de liaison dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHR de Bordeaux. [Thèse]. Bordeaux : Faculté de médecine ; 1991.
105. GUIRLINGER L. *Le suicide et la mort libre*. Nantes : Pleins Feux ; 2000.

106. HALBWACHS M. *Les causes du suicide* (1930). Paris : PUF ; 2002.
107. HANUS M. *Le deuil après suicide*. Paris : Maloine ; 2004.
108. HARRATI S, VAVASSORI D, VILLERBU LM. Des concepts d'acting out et de passage à l'acte vers une clinique de l'acte renouvelée : le modèle de la « sérialité ». *Forensic* 2005 ; 20 : 27-33.
109. HAW C, et al. Suicide by gunshot in the United Kingdom: a review of the literature. *Med Sci Law* 2004; 44(4): p. 295-310.
110. HAWTON K, et al. Methods used for suicide by farmers in England and Wales. The contribution of availability and its relevance to prevention. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 320-4.
111. HEMENWAY D, MILLER M. Association of rates of household handgun ownership, lifetime major depression, and serious suicidal thoughts with rates of suicide across US census regions. *Inj Prev* 2002; 8, 4: 313-316.
112. HENNIAUX M, et al. De la volonté de mort dans l'acte suicidaire au corps retrouvé. *Psychol Méd* 1989 ; 21(4) : 470-472.
113. HEPBURN LM, HEMENWAY D. Firearm availability and homicide: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2004; 9: 417-440.
114. HERVE C, GAILLARD M. Mortalité et morbidité des tentatives de suicide par arme à feu. *Presse Med* 1985 ; 14 (38) : 1970-1971.
115. HORIUCHI C. Défiguration autolytique par arme à feu : un regard psychiatrique. [Thèse]. Grenoble : Faculté de Médecine ; 1990.
116. JAMMET C. Blessures cervico-céphaliques par arme à feu. Etude d'une série de 56 cas pris en charge par le SAMU 86 du 1 janvier 1991 au 31 décembre 1995. [Thèse]. Poitiers : Faculté de Médecine ; 1996.
117. JEAMMET P, BIROT E. *Etude psychopathologique des tentatives de suicide*. Paris : PUF ; 1994.
118. JOUGLA E, et al. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *Adsp* 2003; 45: 31-34.
119. KAPLAN MS, GELING O. Firearm suicides and homicides in the United States: regional variations and patterns of gun ownership. *Soc Sci Med* 1998; 46(9): 1227-1233.

120. KELLERMANN AL, REAY DT. Protection or peril? An analysis of firearm-related deaths in the home. *N Engl J Med* 1986. 314(24): 1557-60.
121. KELLERMANN AL, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med* 1992; 327(7): 467-472.
122. KILLIAS M. International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. *Cmaj* 1993; 148(10): 1721-5.
123. KLECK G. What are the risks and benefits of keeping a gun in the home?. *JAMA* 1998; 280(5): 473-475.
124. KOHLMEIER RE, MCMAHAN CA, DIMAIO VJ. Suicide by firearms: a 15-year experience. *Am J Forensic Med Pathol* 2001; 22(4): 337-40.
125. KREITMAN N. The coal gas story: United Kingdom suicide rates, 1960-1971. *Br J Prev Soc Med* 1976; 30: 86-93.
126. LACAN J. *L'angoisse*. Séminaire. 1962.
127. LACAN J. « Télévision ». In : LACAN J. *Autres écrits*. Paris : Seuil ; 2001.
128. LADAME F, OTTINO J. Les paradoxes du suicide. *Adolescence* 1993 ; 11(1) : 125-136.
129. LADAME F, PERRET-CATIPOVIC M. Tentative de suicide à l'adolescence. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-216-H-10, 1999, 6p.
130. LECOMTE D, FORNES P. Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *J Forensic Sci* 1998; 43(4): 760-764.
131. LEENAARS A, LESTER D. Gender and the impact of gun control on suicide and homicide. *Arch Suicide Res* 1996; 2: 223-234.
132. LEENAARS A, et al. The impact of gun control (Bill C-51) on suicide in Canada. *Death Stud* 2003; 27(2): 103-24.
133. LEGER JM, TESSIER JF, THERME JF. Le suicide du sujet âgé. *Rev du Prat* 1987 ; Tome XXXVII, 13: 731-736.
134. LESTER D, MURRELL ME. The preventive effect of strict gun control laws on suicide and homicide. *Suicide Life Threat Behav* 1982; 12: 131-140.

135. LESTER D. Availability of guns and the likelihood of suicide. *Sociol Soc Res* 1987 ; 71 : 287-288.
136. LESTER D. Gun control, gun ownership, and suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 1988; 18(2): 176-80.
137. LESTER D. The effect of detoxification of domestic gas on suicide in the United-States. *Am J Public Health* 1990; 80: 80-81.
138. LESTER D. The availability of firearms and the use of firearms for suicide: a study of 20 countries. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81(2): 146-7.
139. LESTER D, LEENAARS A. Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. *Psychol Rep* 1993; 72(3 Pt 1): 787-90.
140. LOFTIN C, et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med* 1991; 325(23): p. 1615-20.
141. MALINGREY F. La dynamique jalouse : déséquilibre entre le désir et l'avoir. *Forensic* 2005 ; Numéro spécial « Psychiatrie et violence » : 11-18.
142. MARCELLI D. *Les états limites en psychiatrie*. Paris : PUF, Nodules ; 1981 : p.11-21.
143. MARCELLI D, BRACONNIER A. *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson ; 2000 : p.88-130.
144. MARCELLI D, BERTHAUT E. *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Paris : Masson ; 2001 : 257p.
145. MARCELLI D. Le syndrome de pseudo-guérison après tentative de suicide. *Nervure* 2002 ; 7: 18-21.
146. MARCOUX A. Les décès par arme à feu : Etude rétrospective à propos de 337 dossiers réunis au Service de Médecine Légale du CHU de Saint-Etienne entre 1982 et 1997. [Thèse]. Saint-Etienne : Faculté de Médecine ; 1998.
147. MARKUSH RE, BARTOLUCCI AA. Firearms and suicide in the United States. *Am J Public Health* 1984; 74(2): 123-7.
148. MARTINEAU W. A propos d'une trentaine de tentatives de suicide par arme à feu. Aspects spécifiques et conséquences thérapeutiques. *Psychol méd* 1993; 25(5) : 426-430.

149. MARZUK M, et al. The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 451-458.
150. MENNINGER K. *Man against himself*. USA : HBJ Book ; 1938 : 429p.
151. MILLAUD F. Le passage à l'acte : points de repères psychodynamiques. In : MILLAUD F. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson ; 1998 : p.15-24.
152. MILLER M, HEMENWAY D. The relationship between firearms and suicide: a review of the litterature. *Aggress Viol Behav* 1999; 4(1): 59-75.
153. MILLER M, AZRAEL D, HEMENWAY D. Household firearm ownership and suicide rates in the United States. *Epidemiology* 2002; 13(5): p. 517-24.
154. MILLER M, AZRAEL D, HEMENWAY D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. *Ann Emerg Med* 2004; 43(6): 723-730.
155. MILROY CM. The epidemiology of homicide-suicide (dyadic death). *For Sci Int* 1995; 71: 117-122.
156. MINOIS G. *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*. Paris : Librairie Arthème Fayard ; 1995.
157. MINOIS G. L'historien et la question du suicide. *L'Histoire* 1995 ; 189 : 24-31.
158. MINOIS G. *Histoire du mal de vivre : de la mélancolie à la dépression*. Paris : Ed. de La Martinière ; 2003.
159. MONCHO Y. Les tentatives de suicide par armes à feu en maxillo-facial : à propos de 66 patients pris en charge par le SAMU. *Epidémiologies statistiques et caractéristiques*. [Thèse]. Bordeaux : Faculté de Médecine ; 1989.
160. MOREL H. Etude d'une population de défigurés suicidants par arme à feu : description, devenir, réinsertion. [Thèse]. Bordeaux : Faculté de médecine ; 1974.
161. MORON P. *Le suicide*. Paris : PUF ; 1975.
162. MUNDT RJ. Gun control and rates of firearms violence in Canada and United-States. *Can J Crim* 1990; 32: 137-154.

163. NOWERS M. Gunshot suicide in the County of Avon, England. *Med Sci Law* 1994; 34: 95-98.
164. NUNBERG H, FEDERN E. *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne. Tome II : 1908-1910.* Paris : Gallimard ; 1978: p.467-493.
165. OSLIN DW, et al. Managing suicide risk in late life: access to firearms as a public health risk. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12(1): 30-6.
166. PASQUIER A. Armes à feu (histoire des). In : Sous la direction de Gérard LOPEZ et Stamatios TZITZIS. *Dictionnaire des sciences criminelles.* Paris : Dalloz ; 2004 : 69-71.
167. PEDINIELLI JL, VERRIER A. Les tentatives de suicide à haut risque : intention et gravité. *Acta Psychiatrica Belgica* 1986 ; 86 (5) : 539-544.
168. PEDINIELLI JL, BERTAGNE P. L'acte et l'après-coup : le suicide est un évènement. *Psychol Méd* 1988 ; 20(3) : 309-313.
169. PEDINIELLI JL, CAMPOLI C. L'origine traumatique du geste suicidaire : mythe personnel et fiction théorique. *Psychol Méd* 1988 ; 20(3) : 396-400.
170. PEDINIELLI JL. « Se sui-cider » : le corps entre le désir et l'acte. *Psychol Méd* 1989 ; 21(4) : 421-425.
171. PEDINIELLI JL, DELAHOUSSE J, CHABAUD B. La « létalité » des tentatives de suicide. *Ann Méd Psychol* 1989 ; 147(5) : 535-550.
172. PEDINIELLI JL, BERTAGNE P. Clinique des tentatives de suicide. *Soins Psy* 1991 ; 128/129 : 16-19.
173. PEQUIGNOT F, et al. Données sur la mortalité par arme à feu en France (Statistique nationale des causes médicales de décès 1979-1999): Suicides, accidents, homicides, causes indéterminées quant à l'intention. Rapport pour la DGS, CépiDc-INSERM, Mars 2004.
174. PETERSON LG, et al. Self-inflicted gunshot wounds : lethality of method versus intent. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142(2) : 228-231.
175. PHILIPPE A. Suicide et chômage. *Psychol Méd* 1988 ; 20(3) : 380-382.
176. PHILIPPE A. Les suicides en France. *Ann Méd Psychol* 1999 ; 157 (8) : 530-537.

177. PHILIPPE A. Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide. Le devenir des tentatives de suicide. In : Sous la direction de T. LEMPERIERE. *Dépression et suicide*. Paris : Masson ; 2000 : p.3-22.
178. PITTON DURAND A. Le visage et la défiguration : à propos de trois patients ayant faits une tentative de suicide par arme à feu. [Thèse]. Lyon: Faculté de médecine ; 1999.
179. POMMEREAU X. *L'adolescent suicidaire*. Paris : Dunod ; 2001 : p.23-56.
180. POUGET R. Paranoïa et suicide. GEPS, Sens, 1990 : 81-85.
181. RACAMIER PC. « La suicidose ». In : RACAMIER PC. *Le génie des origines. Psychanalyse et psychoses*. Paris : Payot ; 1992 : p.84-90.
182. REMPLON L. *Les armes et la justice pénale*. Ecole Nationale de la Magistrature ; 1978.
183. RICH CL, et al. Some differences between men and women who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1988; 145(6): 718-722.
184. RICH CL, et al. Guns and suicide: possible effects of some specific legislation. *Am J Psychiatry* 1990; 147(3): 342-346.
185. ROMERO MP, WINTEMUTE GJ. The epidemiology of firearm suicide in the United States. *J Urban Health* 2002; 79(1): 39-48.
186. ROUDINESCO E. Tabou chez les psychanalystes. *L'Histoire* 1995 ; 189 : 43-44.
187. ROUSTANG F. L'étrange familial. *Nouv Rev Psychanalyse* 1976 ; 14 : 85-115.
188. SCHUR M. *La mort dans la vie de Freud*. Paris : Gallimard ; 1975.
189. SEIDEN RH. A tale of two bridges: comparative suicide incidence on the Golden gate and San Francisco-Bay bridges. *Omega* 1983; 14: 201-209.
190. SENON JL. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris : PUF ; 1998 : p. 60.
191. SERRA E, VERRIER A. Corps agressé, corps agressif: attitudes et contre-attitudes des soignants devant les suicidants qui présentent un délabrement facial. *Psychol méd* 1989 ; 21(4) : 529-531.

192. SCHNEIDMAN ES, FARBEROW NL. Statistical comparisons between attempted and committed suicides. In: SCHNEIDMAN ES, FARBEROW NL. *A cry for help*. New-York : Mc Graw-Hill ; 1961: p.19-47.
193. SHAH S, HOFFMAN RE, WAKE L, MARINE WM. Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado: results of a case-control study. *J Adolescent Health* 2000; 26: 157-163.
194. SHUCK L. Self-inflicted gunshot to the face: a review of 18 cases. *J Trauma* 1980; 20 (5): 370-377.
195. SLOAN JH, et al. Firearm regulations and rates of suicide. *N Engl J Med* 1990; 322(6): 369-373.
196. SNOWDON J, HARRIS L. Firearms suicides in Australia. *Med J Aust* 1992; 156(2): 79-83.
197. STACK S. Research on controlling suicide: methodological issues. *Arch Suicide Res* 1998; 4: 95-99.
198. STARCK C, et al. Trends in suicide in Scotland 1981-1999 : age, method and geography. *BMC Public Health* 2004 ; 4(49) : 12p.
199. STARK C, et al. Suicide in the Highlands of Scotland. *Health Bull* 2002; 60: 27-32.
200. STOLINSKY DC, STOLINSKY SA. Guns in the home. *N Engl J Med* 1994; 330: 1157
201. STORELU S, LEOVICI S. L'interaction parent-nourrisson. In : LEOVICI S, DIATKINE R, SOULE M. *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Quadrige/PUF ; 1999 : p.319-340.
202. SUOMINEN et al. Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 142-149
203. TERRA JL. Le suicide : entre destin tragique et défaillance organisationnelle. *L'Information Psychiatrique* 2002 ; 5: 491-496.
204. THIBAUT C. Prévention du suicide par arme à feu. *Infirm Que* 2002 ; 9 (5) : 12-16.
205. TRILLOT J. Suicides à l'aide d'un fusil de chasse. *Ann Méd Légale* 1950 ; 3 : 131-133.

206. TURVEY BE. Police officers : control, hopelessness, and suicide. Knowledge Solutions Library 1995; Electronic Publication, In: <http://www.corpus-delicti.com/suicide.html>. Page consultée le 20/12/04.
207. VANELLE JM. Crise suicidaire et pathologie mentale. In : *19-20 octobre 2000. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : John Libbey Eurotext, Fédération Française de Psychiatrie : p.77-82.
208. VANELLE JM, FABLET H, VENISSE JL. Pathologie mentale et risque suicidaire. *L'Information Psychiatrique* 2002 ; 5: 485-490.
209. VAUTERIN C. Conduites suicidaires, armée et fonction de défense. In : Sous la direction de VEDRINNE J, QUENARD O, WEBER D. *Suicide et conduites suicidaires*. Paris : Masson ; Tome II. 1982 : p.195-237.
210. VEDRINNE J, SOREL P, WEBER D. Sémiologie des conduites suicidaires. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-114-A-80, 1996 : 8p.
211. VEDRINNE J, WEBER D. Les étapes de la crise suicidaire. In : *19-20 octobre 2000. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : John Libbey Eurotext, Fédération Française de Psychiatrie : p.9-20.
212. WALTER M. Le suicide selon les âges de la vie. *L'Encéphale du praticien* 2000 ; 5 : 35-38.
213. WALTER M. Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien. In : *19-20 octobre 2000. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : John Libbey Eurotext, Fédération Française de Psychiatrie : p.35-44.
214. WEBSTER DW, VERNICK JS, ZEOLI AM, and MANGANELLO JA. Association between youth-focused firearm laws and youth suicides. *JAMA* 2004; 292 (5): 594-601.
215. WEINBERGER LE. Psychological factors in the determination of suicide in self-inflicted gunshot head wounds. *J Forensic Sci* 2000; 45(4): 815-9.
216. WIEBE DJ. Homicide and suicide risks associated with firearms in the home: a national case-control study. *Ann Emerg Med* 2003; 41: 771-782.

217. WINOCK M. Barrés, Durkheim et la mort des lycéens. *L'Histoire* 1995 ; 189 : 40-42.
218. WINTEMUTE GJ. Handgun availability and firearm mortality. *The Lancet* 1988 ; 12 : 1136-1137.
219. WINTEMUTE GJ, et al. Mortality among recent purchasers of handguns. *N Engl J Med* 1999; 341(21): 1583-1589.
220. WHITLOCK FA . Suicide in Brisbane 1956-73; The drug death epidemic. *Med J Aust* 1975; 1: 737-743.

RESUME – MOTS CLES

RESUME

Les conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu représentent un problème de santé publique tant au plan international que national. Mode de suicide réservé historiquement à la noblesse, son utilisation dans les conduites suicidaires a connu une expansion notable à mesure que les armes à feu se sont démocratisées. Par ailleurs, l'étude des suicides par le moyen employé offre une mise en perspective des déterminants du choix du mode de suicide. En effet, à la disponibilité du moyen, facteur très étudié au niveau des études nord-américaines, s'ajoutent une dimension socioculturelle combinée à des mécanismes psychopathologiques. A l'aide d'une étude rétrospective incluant 161 patients suicidants par arme à feu hospitalisés au CHU de Poitiers entre 1992 et 2005, nous mettons en évidence que ce groupe de suicidants constitue une population cliniquement différenciée des populations de suicidants utilisant d'autres moyens de suicide. Nous soulignons également toute l'importance et la spécificité de l'approche thérapeutique en psychiatrie de liaison. Enfin, cette recherche s'inscrit dans la nécessité de s'engager dans la poursuite d'une réflexion autour des représentations véhiculées par ce mode de passage à l'acte, et de développer des stratégies de prévention des conduites suicidaires. Associée à la réduction de l'accès aux moyens létaux des sujets suicidaires et suicidants, politique qui reste à développer en France, une meilleure prise en compte des mécanismes psychopathologiques qui sous-tendent le choix du mode de suicide pourrait en effet participer à l'amélioration de la prévention des conduites suicidaires.

MOTS-CLES : Conduites suicidaires - Choix du moyen de suicide - Suicidants par arme à feu- Psychiatrie de liaison - Prévention

[TITLE : Suicide attempts by firearms. Clinical and therapeutic aspects in a liaison psychiatry perspective. A retrospective study of 161 cases hospitalized in Poitiers between 1992 and 2005.

KEYWORDS : Methods of suicide - Suicide attempts by firearm - Liaison psychiatry perspective - Prevention]