

Les conduites suicidaires

F. KACHA,
Professeur Émérite de Psychiatrie,
Hôpital Psychiatrique de Chéraga, Alger.

Résumé

On ne peut parler du suicide que pour le prévenir. Si les pouvoirs publics feignent de l'ignorer, le médecin lui, n'échappe jamais à la confrontation à la mort volontaire qu'il s'agisse d'une menace ou d'un passage à l'acte. Il doit éviter dramatisation et indifférence pour trouver le meilleur contact permettant au patient de retrouver du sens à son existence.

>>> Mots-clés :

Suicide, tentative de suicide, mort volontaire, dépression.

Généralités :

Une rumeur persistante entretenue par la presse quotidienne tend à soutenir que notre pays connaît une augmentation du nombre de suicide.

- Les journaux rapportent des suicides de pères de famille confrontés aux licenciements, au chômage aux problèmes socio-économiques, des suicides d'enfants à peine âgés d'une dizaine d'années, des suicides inhabituels, comme des auto-immolations par le feu et il est vrai que nous traversons une période difficile ponctuée de chômage et d'inflations diverses.

- Il est pourtant impossible de confirmer l'hypothèse de l'augmentation du nombre de suicide dans notre pays et cela pour deux raisons :

- a. Notre pays n'a jamais publié de statistiques officielles du nombre de suicides et encore moins ceux des tentatives de suicide.

- b. La presse ne rapportait jamais les événements concernant la mort volontaire qui constituait il y a à peine quelques années un tabou. C'est la libération de la presse qui a permis la divulgation partielle et occasionnelle des informations concernant le sujet, ce qui explique le caractère récent et inquiétant du phénomène.

Le suicide est un acte complexe, tragique, universellement répandu.

Abstract

We can talk about suicide only to prevent it. If public authorities pretend to ignore it, meanwhile the doctor himself, never escapes the confrontation of the voluntary death, whether threat or passage to the act. He must avoid dramatization and indifference to understand the motivations of the suicidal and find the best approach that allows him to make sense of his existence.

>>> Key-words :

Suicide, suicide attempt, teenager.

La plupart des pays tiennent régulièrement à jour leurs statistiques sur les suicides et les tentatives de suicide, certains possèdent même des chiffres annuels remontant à plus d'un siècle¹.

Nous n'avons jamais, quant à nous, divulgué les statistiques de nos suicides ; pourtant, ces décès doivent faire l'objet d'une enquête détaillée des autorités judiciaires et d'une expertise médico-légale. Cette enquête est d'ailleurs obligatoire pour s'assurer de l'origine du décès chez des personnes qui auraient pu être victime d'homicide. Les tentatives de suicide qui transitent pour la plupart par les services d'urgence ou de réanimation des hôpitaux ne font également l'objet à leur sortie d'aucune déclaration.

Même si tous les auteurs s'accordent à dire que les statistiques officielles des suicides et des tentatives de suicide sont sous évaluées car l'opprobre sociale qui les entoure pousse les familles et les autorités judiciaires à éviter de se prononcer sur la réalité du désir de mort volontaire, ces statistiques restent indispensables à toute politique de prévention.

L'absence d'intérêt des pouvoirs publics pour le recueil correct des informations concernant les conduites suicidaires s'explique par le fait que le volontaire de la

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie chaque année les taux annuels de suicides pour chaque pays.

mort semble dresser le procès de la vie en générale, mais surtout le procès de la société et donc du système politique. Ce procès nous renvoie aux toutes premières théories sociologiques du suicide. (Durkheim 1897)

Selon la théorie de Durkheim et de ses disciples, la cohésion sociale réduit le nombre de suicides. Si la notion de cohésion sociale reste souvent confuse pour les auteurs, il est vrai que le taux de suicide est particulièrement élevé chez les divorcés, ceux qui vivent seuls, les femmes sans enfants, les chômeurs, les retraités et lors des crises économiques. Inversement, lorsque la cohésion sociale est importante, le taux diminue ; ce qui explique pourquoi le mois de ramadan chez nous est le mois où le taux de suicide est le plus bas de l'année. Mais il est vrai aussi que les personnes isolées, divorcées représentent peut-être celles qui sont les plus fragiles et les plus sensibles aux événements sociaux.

Plus tard un des élèves de Durkheim, Halbwachs publie en 1930 « les causes du suicide » en intégrant aux facteurs sociologiques les facteurs psychologiques qui peuvent conduire à cet acte. Quel que soit le contexte social ou médical, la signification de l'acte suicidaire peut varier considérablement d'un individu à l'autre. Il est actuellement admis que la majorité des suicidants présentent des troubles psychiques (30% des dépressifs graves finissent par se suicider, 10% des schizophrènes).

Il existe une littérature abondante sur l'épidémiologie du suicide. Presque partout dans le monde, on considère que le taux de suicide est plus important chez les hommes alors que les tentatives sont plus fréquentes chez les femmes, et que les hommes ont tendance à utiliser des moyens plus violents (armes à feu, pendaison, défenestration...). Dans la plupart des pays, la courbe du suicide ressemble à une courbe avec deux pics, ces deux pics correspondent, l'un à l'adolescence, l'autre aux personnes âgées.

L'impulsivité de l'adolescent et les maladies douloureuses, graves et chroniques du vieillissement peuvent facilement aggraver une dépression et précipiter les pensées et les actes suicidaires. On relève 1 à 2 suicides par an pour 10.000 habitants dans les pays développés et les tentatives de suicide y sont vingt fois plus nombreuses. Les taux les plus élevés se retrouvent en Europe orientale (Lituanie avec 51 suicides pour 100.000 hab., Biélorussie 41) ; les taux les plus bas (2 pour 100.000 pour la Thaïlande)² c'est le taux que retrouve Bensmail³ à Constantine, la France se situe dans la moyenne avec 20 pour 100.000 habitants.

Loin de s'opposer, les théories sociologique et psychiatrique se complètent. En effet, les conduites humaines sont d'une grande complexité et la conduite suicidaire semble justiciable autant d'une analyse philosophique, religieuse, sociologique, que d'une explication psychobio-sociale. L'étude phénoménologique est bien plus féconde car elle permet de dégager des explications pour chaque cas même pour les gestes apparemment les plus obscurs. Les fonctions des conduites suicidaires sont un aspect capital, celui qui leur donne tout leur sens, car l'intention du suicidant ne saurait se réduire toujours au désir de mort. Certes, quelle que soit la profondeur de l'approche, elle ne sera jamais suffisante pour élucider un acte aussi complexe mais c'est la seule qui, au niveau actuel d'élaboration de nos idées sur l'homme et son comportement, éclaire le suicide et offre de réelles possibilités préventives.

Nous proposons quelques-unes d'entre elles :

- **La fonction d'appel** : C'est un aspect capital. Peu importe le degré de « sincérité » de l'acte, notion négative, mais l'importance est la demande d'aide. C'est un signal de l'existence d'une souffrance et une alarme, c'est l'instrument de leur hospitalisation et de leur prise en charge médicale. C'est un appel à un changement d'environnement social ou une demande de soins.

- **La fonction ordalique** : Elle correspond à ce qu'on appelle le jugement de Dieu, le « coup de poker » suicidaire ; c'est le « fait de se mettre dans une situation » telle que, seul un événement peut faire pencher l'issue, soit vers la mort, soit vers la vie. C'est comme au jeu de la « roulette russe » : pistolet à barillet avec une balle. Dieu seul peut décider de la mort. C'est un appel au sacré lors des impasses vitales.

- **La fonction auto-agressive** : C'est la fonction la plus apparente mais aussi la plus difficile à appréhender. L'ambiguïté de cette fonction est la source de nombreux écrits que nous n'aborderons pas ici (existe-t-il un instinct de mort), pour dire qu'il n'est guère que chez les dépressifs envahis par une féroce culpabilité, et chez certains schizophrènes dont la volonté est gravement perturbée, que la possibilité de tendre vers le néant puisse être envisagée.

- **La fonction hétéro-agressive** : Fréquente chez les adolescents : « à moi la mort, à toi le remord ». La conduite suicidaire comme moyen d'agresser l'autre. Elle suppose une réponse à de graves agressions et à des souffrances vécues dans la solitude.

² Organisation Mondiale de la Santé : La prévention du suicide. Genève OMS 2002.

³ La psychiatrie aujourd'hui : B. Bensmail, Ed OPU Alger 1993.

Dans notre pays.

Les conduites suicidaires dont la fréquence a été relevée par différents auteurs (Kacha, Benkhelfat, Touari, Bensmail, Mebtouche, Mehdi, Alouani, etc.), ne semblent pas être l'attribut exclusif des pays développés. L'urbanisation massive, l'influence décroissante des valeurs traditionnelles ainsi que les contradictions dans le statut social de la femme ont contribué à en modifier l'épidémiologie. Bien que l'épidémiologie du suicide et celle de la tentative ne soit pas identiques, il convient pour le praticien de ne faire aucune distinction entre l'idée de suicide, la tentative de suicide et le suicide.

Ce sont là les aspects d'un même processus ayant pour risque commun la mort et nécessitant la même attitude d'écoute d'aide préventive. Il existe certainement des suicides décidés librement en toute conscience pour des motifs rationnels (grève de la faim des détenus, suicides des pilotes japonais kamikazes pendant la dernière guerre mondiale) ; mais il faut reconnaître que parfois, sous les rationalisations diverses exprimées, se cachent des motivations pathologiques qu'il faut prendre en charge en urgence.

Epidémiologie

a. Le suicide ne semble pas comporter les nuances psychologiques infinies retrouvées au cours des tentatives de suicide. Nos statistiques, donnant un taux de suicide de 2 pour 100.000 habitants (Bensmail et Coll), confirment les données épidémiologiques classiques avec quelques nuances. Le taux des suicides réalisés est plus important chez les hommes que chez les femmes mais la différence n'est pas importante et le sexe/ratio tend à se rapprocher en milieu urbain (F. Kacha).

La courbe de mortalité par suicide s'élève avec l'âge. La corrélation entre isolement social et suicide est ancienne, le veuvage, le célibat, le divorce ainsi que le degré de non intégration sociale (anomie) semblent jouer un rôle favorisant. Les principaux moyens utilisés sont l'ingestion de psychotropes et la défenestration en milieu urbain, la pendaison et l'intoxication au parathion en milieu rural. Les autres moyens sont les produits toxiques ménagers, le gaz, les armes blanches, la noyade etc.

b. Les tentatives de suicide : Le taux annuel des tentatives est de 34,1 pour 100.000 habitants (B. Bensmail et Coll.). Beaucoup plus fréquentes (17 fois plus que le suicide), elles sont surtout d'œuvre d'adolescents (76% dont $\frac{3}{4}$ sont des femmes), 6% sont des récidivistes (F. Kacha). Les procédés utilisés sont appel, en premier lieu, aux psychotropes puis aux produits ménagers (eau de javel,

esprit de sel) et, enfin, à la phlébotomie. Ces tentatives s'inscrivent souvent dans un contexte socioculturel de crise. Les suicidants cherchent une fuite dans le sommeil, un apaisement à leur culpabilité agressive envers leurs parents et leur entourage. C'est une conduite d'appel et de rupture qui permet souvent de réaménager des relations avec l'entourage familial frustrant. Il s'agit souvent de jeunes filles ne présentant pas de troubles psychiatriques patents. Elles ne peuvent exprimer autrement que par ce geste désespéré leur quête affective.

Le mois de carême (Ramadhan) et le mois de juin constituent respectivement la période de l'année où il y a le moins de tentatives (période de jeun, augmentation de la cohésion familiale et sociale) et celles où il y en a le plus (période de rupture, vacances scolaires, examen, mariages).

Formes cliniques.

a. Suicide collectif : Le suicide est précédé par la mort d'autres individus :

- **Sans consentement de ceux-ci :** suicide après homicide ou infanticide (père mélancolique qui se suicide après avoir tué sa femme et ses enfants).
- **Avec leur consentement :** sujet qui arrive à convaincre un ou des partenaires qui le suivent passivement dans la mort (suicide collectif dans les sectes).

b. Suicide d'adolescents : Il est de plus en plus fréquent. L'accumulation des difficultés familiales et sociales, associées à l'impulsivité, le découragement et les déceptions propres à l'adolescence, vont provoquer des passages à l'acte difficiles à prévenir car aussitôt pensés, aussitôt réalisés (le suicide constitue la deuxième cause de mort chez les adolescents dans les pays industrialisés).

c. Suicide des enfants : Exceptionnellement avant 10 ans. Il est rare avant l'adolescence et souvent associé à l'idée de punir les parents. Moins de dix par année.

d. Suicide des personnes âgées : Il est moins fréquent dans notre pays (pyramide des âges en faveur d'une population jeune, meilleure intégration sociale des personnes âgées). Par contre, le dépistage tardif des mélancolies ou leur mauvaise réponse thérapeutique, le refus de l'hospitalisation dans des services encombrés de patients, sont des facteurs de risque qu'il faut toujours prendre au sérieux. Par ailleurs l'espérance de vie ne cesse de progresser et doit être prise en considération dans toute prévention des conduites suicidaires.

e. Equivalents suicidaires : Certaines conduites auto-agressives comme les automutilations, les auto-immolations par le feu, certains refus alimentaires et thérapeutiques, certaines conduites toxicomaniaques et alcooliques ainsi que la prise de risque grave (excès de vitesse etc.), peuvent être considérés comme des désirs plus ou moins conscients de défier la mort.

Conduites suicidaires et affections psychiatriques.

L'entourage des suicidants rapporte toujours des événements récents traumatiques pour justifier les passages à l'acte. Ce sont des événements divers, souvent banals, qui ne peuvent expliquer à eux seuls le recours à un geste aussi grave de conséquences. C'est, en fait, parce que l'équilibre psychologique du sujet est devenu précaire que les facteurs externes les plus anodins peuvent entraîner un passage à l'acte.

Pour un instant rien n'a plus de valeur, ni les parents, ni les amis, ni la religion, rien ne fait sens. C'est ainsi que certains suicides sont des symptômes d'affections psychiatriques.

Les maladies de l'humeur représentent le plus gros contingent des causes de suicide. Des autopsies psychologiques récentes montrent que la majorité des suicidés souffraient de troubles mentaux au premier rang desquels on trouve des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

a. Mélancolie et dépressions graves : Le suicide fait partie de leur sémiologie. La recherche de la mort dans ces affections est constante, voire obsédante. Devant la facilité actuelle de prescription des antidépresseurs à titre ambulatoire, le refus des patients et leur famille d'accepter une hospitalisation et la non-utilisation de la loi d'internement, les passages à l'acte sont fréquents. La meilleure prévention de ces conduites reste l'hospitalisation.

b. Schizophrénie : Chez ces patients, les risques suicidaires peuvent s'inscrire dans plusieurs contextes : au début de l'affection, lors de l'envahissement angoissant des troubles, lors de l'amélioration des patients sous traitement, des émergences anxieuses peuvent survenir et entraîner des passages à l'acte. Au cours, d'un traitement neuroleptique au long cours, l'apparition d'un état dépressif et d'une impatience motrice peuvent précipiter un acte suicidaire. Enfin, au détour d'un moment fécond avec activité délirante, un acte discordant imprévisible peut mettre fin à la vie du patient.

c. Etats confuso-oniriques : toxicomanie lors des overdoses, confusion démentielle, confusion lors des prises en charges médico-chirurgicales. La surveillance de ces patients doit être permanente et la contention peut être nécessaire.

d. Délires chroniques : Quelles que soient leurs structures, paranoïa sensitive ou paranoïde, ils peuvent se suicider pour échapper aux persécuteurs imaginaires.

e. Troubles de la personnalité : Etat limite, névrose structurée ou non, psychopathie, sont les personnalités pathologiques les plus retrouvées. L'impulsivité, l'angoisse, les tendances dépressives et les relations conflictuelles avec l'entourage sont autant de facteurs à considérer. Chez les « abandonniques » le geste suicidaire est porteur de revendications affectives massives et vouées à l'échec. Ces revendications sont les résultats de carences affectives précoces.

f. Maladies chroniques : On retrouve quelque fois des épileptiques ou des diabétiques suicidaires hospitalisés en réanimation. Ils présentent souvent des comas graves car ils sont en possession de doses importantes de psychotropes et d'insuline. L'acte suicidaire semble être une réaction auto-agressive ou dépressive, au sentiment de chronicité et d'incurabilité.

Comment conduire une prévention de la conduite suicidaire.

a. Prévention médicale

L'un des principaux obstacles est sans aucun doute le tabou qui entoure toute approche de ce drame. Ni les pouvoirs publics ni les familles n'acceptent d'aborder la question, ou d'en discuter la prévention.

La deuxième difficulté est l'insuffisance des services psycho-sociaux et médicaux et l'absence de lieux d'échange avec autrui. Le médecin généraliste a une très grande audience auprès des familles et peut ainsi avoir un rôle d'information et d'éducation. Il doit savoir que la prévention du suicide ne repose pas sur une notion religieuse ou éthique car le suicide devient alors une transgression d'un interdit et le médecin devra éviter de participer au développement d'un sentiment de culpabilité qui risque de renforcer la conduite suicidaire et détruire une ébauche relationnelle salubre.

Pour pouvoir apprécier à leur juste valeur les risques suicidaires ou les risques de récurrence et décider judicieusement d'une mesure d'hospitalisation, il doit éviter deux écueils :

• **La dramatisation** : la panique de la famille dramatise la situation. En exprimant bruyamment sa peur, elle accroît l'anxiété du suicidant et favorise le passage à l'acte. Cette attitude va conduire la famille à épier, à encercler le sujet dans une conspiration du silence qui ne lui laisse que la possibilité de ruminer silencieusement son projet. Elle peut également conduire la famille à céder systématiquement à toutes ses fantaisies et l'encourager à réitérer son geste pour obtenir quelque chose sans chercher à comprendre sa demande. Enfin, elle poussera le médecin à prendre une décision qui revêtra aux yeux du patient l'aspect d'une mesure répressive et non d'une mesure thérapeutique.

• **L'indifférence** : le plus souvent, les praticiens n'ont ni le temps, ni les moyens de se consacrer pleinement à un suicidant. Seuls les intéressent les symptômes médicaux et chirurgicaux et, implicitement, ils engagent le malade qui vient exposer son désarroi et décharger son angoisse à aller se « faire pendre ailleurs ». Ils calment ainsi leur angoisse en niant le risque. L'indifférence est encore pire que la dramatisation, et l'une et l'autre sont des moyens de se déculpabiliser soit en refusant le problème comme tel. Ces deux attitudes accentuent l'isolement du sujet, le culpabilisent avec tous les risques que cela comporte. Ces deux attitudes évitées, le médecin pourra apprécier les risques suicidaires et adresser ceux qui présentent des affections psychiatriques graves délirantes à l'hôpital en urgence.

Comment les connaître ?

- Importante symptomatologie dépressive impossible à justifier.
- Troubles du cours de la pensée et idéation chaotique.
- Désorientation temporo-spatiale.
- Les difficultés de verbalisation et de communication inhérentes à l'adolescence sont souvent accentuées par un milieu familial
- Absence de réaction affective.

Lorsque ces troubles s'accompagnent d'isolement familial une hospitalisation d'urgence doit être réalisée car l'isolement socio-familial est facteur aggravant. Le médecin doit également s'informer des règles de prescription des psychotropes et savoir déceler chez ses patients ceux qui présentent le plus de risque de passer à l'acte. Il ne devra pas évaluer la gravité d'une tentative maladroite car après un échec, nombreux sont ceux qui réussissent leur suicide. 10% des personnes suicidaires réussissent leur suicide dans l'année qui suit une première tentative et la moitié des suicides sont précédés de tentatives.

On entend fréquemment dire que ceux qui annoncent leur intention de suicide n'ont pas sérieusement l'intention de le faire ; c'est également faux. L'essentiel n'est pas de juger de la sincérité du sujet mais d'essayer de comprendre pourquoi il l'utilise comme moyen d'échange.

b. Prévention socio-familiale :

Tous les avis concordent : les anomalies de la structure familiale constituent un facteur important. La prévention du suicide se situe au niveau des conditions favorisant les relations humaines. Certes, il faut que la famille soit solide par ses valeurs et présente par ses soutiens ; mais elle doit également être ouverte et compréhensive. Elle s'étonne parfois que des motifs très futiles entraînent de si terribles conséquences mais il faut qu'elle sache que, placé dans une situation traumatisante, l'individu n'envisage le suicide que parmi d'autres solutions : d'où ce miracle toujours possible qu'un simple contact affectif sécurisant de la part d'un membre de la famille, efface au moins pour un temps la pulsion suicidaire.

c. Prévention sociopolitique :

- Création pour les jeunes, d'organisation de loisirs et d'activités physiques les moins contraignants et répressifs. L'intégration de l'adolescent dans un groupe va par contre, favoriser la libération des conduites hétéro-agressives ; elle va permettre ainsi l'enrichissement de la communication de l'adolescent soucieux des mêmes problèmes.

- Les personnes âgées qui étaient bien intégrées dans les familles traditionnelles rurales sont souvent abandonnées dans les grandes villes où aucun espace ne leur est réservé. Isolées, peu sollicitées, harcelées par la maladie et l'inutilité, leur dépression passe souvent inaperçue, et les conduit au passage à l'acte. Il faut leur consacrer un espace urbain, faciliter leur accès aux soins, les intégrer dans des associations.

- L'organisation, la planification des services de santé mentale et la création de services sociaux et d'écoute auprès des services scolaires, professionnels et des services de réanimation.

- La création d'un centre de prévention du suicide serait-elle utile pour mieux prendre en charge les suicidants des grands centres urbains ? L'insuffisance du nombre de spécialistes, l'impulsivité de l'acte aussitôt réalisé que pensé et l'importance des problèmes sociaux ne seraient pas en faveur de cette création. Il faut, en plus, ajouter les difficultés de réalisation d'un tel centre. L'initiative privée n'est pas suffisamment développée et le caractère de priorité de santé publique ne lui est pas reconnu.

- La suppression des produits utilisés à des fins suicidaires ne nous semble pas constituer un moyen efficace car il y a des modes de suicide et des substitutions de produits (parathion, optalidon, produits ménager, etc.).

d. Aspects juridiques :

Utilisation du code pénal : contre ceux qui harcèlent et incitent un tiers à se détruire par la création d'une « ambiance » qu'on pourrait appeler pré-suicidaire

• Réglementation du suicide :

Actuellement, tous les codes pénaux ne considèrent plus le suicide comme crime d'assassinat. On est plus attentifs aux :

a. Actes de complicités antérieures ; deux catégories :

- Les actes de ceux qui par menace, abus d'autorité ou de pouvoir, machination ou artifices coupables, auront incité au suicide d'un tiers en agissant sur son psychisme de manière à provoquer chez lui un état morbide.

- Les actes de ceux qui auront donné des instruments, procuré des armes, des instructions ou tout autre moyen qui auraient servi à l'action, sachant qu'ils devraient y servir. Cas de la publication « suicide mode d'emploi ». Nombre d'incitations au suicide relèvent à l'heure actuelle de façon plus ou moins directe de ce type de complicité (Jim Jones en Guyane).

b. Actes concomitant au suicide : Les actes d'assistance active, euthanasie pratiquée à la demande de la victime. Les actes d'assistance passive chez une personne ayant eu connaissance qu'un tiers était en train de se suicider ou sur le point de le faire, empêcher quiconque d'intervenir pour éviter la consommation de l'acte, non-assistance à personne en danger. USA : dans un grand nombre d'Etats, l'assistance au suicide est considérée comme un crime. Suisse – Italie – Pays-Bas : le code insiste plus spécialement sur le facteur intentionnel chez l'instigateur du suicide, l'intention coupable étant la condition nécessaire et suffisante pour que la répression intervienne. D'autres codes ne retiennent que l'aide matérielle au suicide, et ne répriment pas l'incitation qui est une manifestation intellectuelle abstraite ayant une influence sur le psychisme (codes norvégiens – danois – islandais).

Cette liberté de vie et de mort reconnue implicitement par la législation (dépenalisation du suicide) évolue parallèlement à une rigidité de plus en plus importante à préserver son intégrité physique (vaccination obligatoire, déclaration obligatoire de certaines maladies, obligation de soins). Comment alors accepter l'organisation de clubs de suicidants en Angleterre, de cliniques en Suède et en Suisse, acceptant des formes d'euthanasie ?

c. Actes concomitant au suicide : Les actes d'assistance active, euthanasie pratiquée à la demande de la victime. Les actes d'assistance passive chez une personne ayant eu connaissance qu'un tiers, était en train de se suicider ou sur le point de le faire, empêcher quiconque d'intervenir pour éviter la consommation de l'acte, non-assistance à personne en danger.

d. Autres problèmes médico-légaux : Suicide et assurance individuelle : La preuve du suicide incombe à l'assureur et la preuve de l'inconscience aux ayant droits. L'intention restrictive est rare dans les contrats d'assurance décès. Le suicide volontaire et conscient étant exceptionnel.

e. Suicide sur les lieux de travail : Peut être pris en charge au titre d'accident du travail, le décès sur le lieu de travail et durant le temps du travail étant présumé.

f. Suicide des malades hospitalisés : Les conduites suicidaires restent la préoccupation majeure des psychiatres hospitaliers : défenestration, pendaison, intoxication par produits dissimulés sont les moyens les plus utilisés. L'établissement doit prouver qu'il avait pris réellement les précautions qui s'imposaient. C'est une obligation de moyens et non de résultats, mais ce qui était malchance peut toujours devenir une revendication de dédommagement par la famille.

• Responsabilité du médecin en matière de suicide :

Le suicide pose au médecin trois ordres de problèmes :

a. Problème de responsabilité : C'est surtout l'exécution de la prise en charge qui peut faire apparaître des insuffisances concernant la surveillance et le traitement. Les prescriptions et les instructions doivent être écrites, complètes, et précises.

b. Problème du consentement du malade : Appelé au chevet d'une personne qui vient de tenter de se donner la mort, le médecin doit toujours le ramener à la vie si cela est possible sans qu'il lui soit fait grief de ne pas avoir respecté la volonté de celui qu'il a soigné.

c. Secret professionnel : Respect de la mémoire d'un suicidé vis-à-vis de sa parenté lointaine et de sa descendance ainsi que vis-à-vis d'un assureur. En cas de tentative de suicide, le secret peut être nécessaire à une meilleure prise en charge.

Conclusion.

La conduite suicidaire est loin d'être une conduite rare et curieuse. Elle risque même de devenir un problème social si sa prévention continue à être méconnue.

Si les pouvoirs publics feignent de l'ignorer, le médecin, lui, n'échappe jamais à la confrontation à la mort volontaire ; il est tôt ou tard mêlé à ce drame, qu'il s'agisse d'une menace exprimée ou d'un passage à l'acte.

Informé le praticien de son rôle primordial, sensibiliser les familles afin d'éviter les ruptures de dialogue, permettre la communication dans des groupes organisés, la gratuité et la facilité d'accès aux soins psychiatriques nous semblent être les éléments essentiels de la prévention du suicide dans notre pays.

Date de soumission :

28 Mars 2019.

Liens d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Aiouaz K., Kacha F. Schizophrénie et suicide. Congrès Arabe international de Psychiatrie. Alger, 7-8 nov 2007
2. Alouani M.A. Les conduites suicidaires et leur prévention dans la région de Sétif. Thèse de DESM Alger 2015
3. Batt A., Campeon A., Leguay D., Lecorps P. Epidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. EMC (Elsevier Masson SAS Paris) Psychiatrie, 37-500-A-20, 2007.
4. Benelmouloud O. Les conduites suicidaires chez les schizophrènes. Thèse de DEMS Constantine 2015
5. Bensmail B. La psychiatrie Aujourd'hui. OPU. Alger 1993
6. Durkheim E. Le suicide. P.U.F Paris 1999
7. Haim A. Les suicides d'adolescents. Payot, Paris 1969
8. Kacha F., Brahimi A. La tentative de suicide et sa prévention. Congrès Mondial de Psychiatrie sociale. Paris 5-6 Juillet 82.
9. Kacha F. Conduite suicidaire et prévention chez l'adolescent. Congrès Franco-maghrébin de psychiatrie. 8 oct. 1994 Chambéry, France.
10. Kacha F. A propos des conduites suicidaires. Journée internationale sur le suicide. Hôtel El Aurassi. Alger, 25-26 Mai 2004.
11. Lempriere T. Dépression et suicide. Masson, Paris 2000
12. Organisation Mondiale de la Santé. La prévention du suicide. Genève : OMS ; 2002
13. Terra J.L. Le suicide et sa prévention. Ed ENPS, Rennes 2005 p 81-92.







EL HAKIM®
Revue Médicale Algérienne

Où que vous soyez, tous les numéros sont consultables en ligne sur :

www.el-hakim.net

Accès
gratuit*



-  @elhakimmedecine
-  elhakim.revuemedicale
-  el_alg
-  linkedin.com/in/el-hakim

(* exclusivement réservé aux professionnels de la santé