Variations du taux de suicide en population civile et miliaire. Quels déterminants psychopathologiques, sociologiques et anthropologiques ?

Y. Auxéméry

Résumé

Un million de suicides sont estimés annuellement dans le monde et les prévisions de l'Organisation mondiale de la santé redoutent une augmentation de ce nombre qui pourrait atteindre deux millions à l'horizon 2050. Si certaines nations considéraient comme confidentiel le nombre de suicides dans leurs armées, une augmentation des taux de suicide en milieu militaire a impliqué une discussion publique dans l'optique de prévenir ce risque. L'exposition des troupes aux combats récents est probablement un facteur cardinal. Mais comment se fait-il que le nombre de suicides puisse augmenter également chez des sujets n'ayant pas été directement confrontés au feu ? La littérature internationale est restée parcimonieuse en conclusions de haut niveau de preuve : la construction de réponses concrètes pour expliciter les variations du taux de suicide en population générale ou militaire nécessite la collaboration d'experts d'horizon variés associant des compétences épidémiologiques, démographiques, sociologiques, psychopathologiques et anthropologiques. En fonction de ces niveaux d'analyse, des stratégies opérantes de prévention peuvent être recommandées.

Mots-clés : Anthropologie. Diffusion suicidaire. Facteurs de risque. Psychopathologie. Sociologie.

Abstract

VARIATIONS IN SUICIDE RATES AMONG CIVILIANS AND SERVICEMEN. WHAT ARE THE PSYCHOLOGICAL, SOCIOLOGICAL AND ANTHROPOLOGICAL DETERMINANTS?

There are an estimated one million suicides every year, worldwide and the forecasts of the World Health Organisation predict that the number should increase and could reach two million by 2050. Although some nations consider the number of suicides within their Armed Forces confidential, an increase in suicide rates in the military has led to a public debate to prevent it. The recent exposure of troops to battles is probably a key factor. But then, how can one explain the fact that the number of suicides has also increased among servicemen who have not been in the line of fire? Conclusions backed by a high standard of proof remain rare in the international literature: finding realistic answers to explain the variations in the suicide rates among civilians and servicemen requires the collaboration of experts from a wide variety of fields associating epidemiological, demographic, sociological, psychopathological and anthropological skills. According to the level of analysis, effective prevention strategies can be recommended.

Keywords: Anthropology. Psychopathology. Risk factors. Sociology. Suicide contagion.

Introduction

Si un million de suicides sont estimés annuellement dans le monde, certaines prévisions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) redoutent une augmentation de ce nombre qui pourrait atteindre deux millions à l'horizon 2050. Dans la plupart des pays, les chiffres de la mortalité suicidaire augmentent régulièrement depuis 1930 jusqu'au milieu des années 1980, pour globalement se stabiliser ensuite (1, 2). En France de 1982 à 1993, le nombre de suicides passe de 11 000 à 12 000 occurrences avant d'amorcer une décroissance légère, mais avec davantage de tentatives de suicide estimées actuellement à 200 000. Le taux de survie après une intoxication médicamenteuse volontaire a augmenté du fait d'une modification du conditionnement des psychotropes, de la mise sur le marché de molécules moins toxiques en cas d'ingestion massive, et de meilleures techniques réanimatoires. Malgré la conférence de consensus de 2000 (3), le plan national de prévention du suicide établi la même année pour une durée de cinq ans, la loi n° 2007-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui donne l'objectif de passer au-dessous des 10 000 suicides en 2008 et le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, le taux de suicide stagne autour de 10 000 cas annuels en France (4). Elle est l'un des pays industrialisés qui connaît les plus hauts taux de suicide. En 2009, en population française, ce dernier était de 16,5 pour 100 000 (25,3 H ; 8,30 F). Le suicide est la première cause de mortalité chez

Y. AUXÉMÉRY, médecin des armées.
Correspondance : Y. AUXÉMÉRY, Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.
E-mail : yann.auxemery@hotmail.fr

l'homme entre 25 et 34 ans, la deuxième cause de décès après les accidents de la voie publique dans la classe d'âge des 15-24 ans et la seconde cause de mortalité après les cancers entre 35 et 44 ans (5).

Population spécifique médicalement sélectionnée, la population militaire est issue du monde civil dont elle se singularise du fait de particularités sociologiques. Si certaines nations considéraient comme confidentiel le nombre de suicides dans leurs armées, une augmentation des taux de suicide en milieu militaire a impliqué une discussion publique dans l'optique de prévenir ce risque. En France entre 2002 et 2010, 620 suicides de militaires ont été répertoriés sans différence significative annuelle du taux d'incidence, lequel est globalement voisin de celui estimé en milieu civil français (malgré la surreprésentation des hommes dans les armées) (6). La majorité de ces décès ont eu lieu sur le sol français ; douze suicides ont été actés en opérations extérieures (7). Différemment, l'armée américaine constate une augmentation du taux de suicide de 80 % entre 2004 et 2008 : dorénavant, on se suicide davantage dans l'armée américaine que dans le milieu civil, bien que les militaires soient une population sélectionnée bénéficiant de facilités d'accès aux soins. Les guerres en Irak et en Afghanistan paraissent être un facteur étiopathogénique cardinal explicitant la majoration du taux de suicide. Mais selon quels déterminants précis peut-on expliquer ce constat ? Entre 2005 et 2010, 45 % des soldats américains suicidés avaient effectué un déploiement et seulement 8,5 % en comptabilisait trois ou quatre (8). Comment se fait-il que le nombre de suicides augmente également chez des sujets n'ayant pas été directement confrontés aux combats ?

Problématiser la diffusion du risque suicidaire en milieu civil ou militaire est une question difficile car multi-déterminée selon des facteurs médicaux, anthropologiques et sociologiques. La littérature internationale est restée parcimonieuse en conclusions de haut niveau de preuve : la construction de réponses concrètes pour expliciter les variations du taux de suicide en population générale ou spécifique nécessite la collaboration d'experts d'horizon variés associant des compétences épidémiologiques, démographiques, sociologiques, psychopahtologiques et historiques.

Pour progresser dans cette réflexion, nous évoquerons la propagation suicidaire focalisée à de petits groupes pour ensuite élargir notre analyse à l'échelle de populations, dans l'optique de rechercher des déterminants psychopathologiques communs aux différentes formes de « contagions » suicidaires. Puis nous focaliserons notre propos sur le rôle de la communication médiatique des faits suicidaires et la pression nosographique des troubles psychiques. Des stratégies opérantes de prévention peuvent déjà être recommandées.

Différents cadres nosographiques de diffusions suicidaires : quel impact des médias ?

Nous évoquerons quelques cadres nosographiques de « contagion » suicidaire décrits dans la littérature pour tenter d'en comprendre les mécanismes psycho- et sociopathologiques communs. La possible diffusion du suicide se décline en différentes possibilités souvent dénommées d'après leurs termes anglo-saxons :

1. le *pacte suicidaire* : considère un suicide mutuel dans une unité de temps et de lieu entre deux protagonistes soudés ;
2. le *suicide cluster* : définit des suicides consécutifs dans une même zone géographique avec des protagonistes possédant des caractéristiques sociodémographiques communes ;
3. la *contagion* : est souvent secondaire à l'exposition médiatique d'un fait suicidaire qui influence certaines personnes à risque de comportements auto-agressifs. Le terme contagion est un anglicisme et nous lui préférons celui, moins dramatique, de diffusion.

Le pacte suicidaire

Le pacte suicidaire est défini comme le choix de deux personnes qui prennent la décision de mourir ensemble au même moment et le plus souvent au même endroit (9). Les facteurs de risque des pactes suicidaires intègrent les antécédents de tentatives de suicide, les troubles psychiatriques (en particulier dépressifs) et l'isolement social chez des couples nourrissant une relation fusionnelle quasi-exclusive (10). Lorsqu'une logique morbide devient le ciment et le mode de relation ou d'identification réciproque des sujets d'une dyade, le suicide doit être redouté en cas d'idées suicidaires de l'un de ses membres (11). Mais la dynamique de la dyade est asymétrique : on constate le plus souvent l'autorité d'un instigateur exerçant une pression sur l'*alter ego* pour obtenir son consentement au suicide. Le sujet dominant planifie alors seul les modalités du passage à l'acte (10). Au niveau thérapeutique, il s'agit de rencontrer séparément les protagonistes pour individualiser les problématiques de chacun et cerner la dynamique dyadique : quel patient est plutôt instigateur et quel autre est davantage passif-dépendant ? Après une séparation initiale, les contacts seront médiatisés jusqu'à la résolution de la crise suicidaire.

Le cluster *suicidaire*

Les *clusters* suicidaires atteignent de préférence les adolescents et jeunes adultes partageant une proximité géographique (même quartier, même école, témoins ayant découvert une scène morbide), une proximité psychologique (modèle identificatoire similaire, caractéristiques communes) et une proximité sociale (liens familiaux, liens d'amitié, partage du même réseau social). Plusieurs recherches ont conclu à une hausse de l'incidence des taux de suicide chez les pairs après le décès par suicide d'un adolescent ou d'un jeune adulte (12, 13). Les idéations suicidaires scénarisées sont plus fréquentes près de six mois après un drame (14) : la probabilité de suicide augmente de 300 fois dans l'école fréquentée, particulièrement dans les trois semaines suivant le décès (15). Les sujets vulnérables à l'auto-agressivité sont issus d'une population déjà à risque suicidaire de part des antécédents psychotraumatiques, thymiques et addictifs. Pour limiter d'autres suicides en série lorsqu'un *cluster* est déjà authentifié, il convient de

mobiliser une équipe d'intervention de crise qui organisera des groupes de parole et tentera de repérer les sujets à risque d'imitation suicidaire.

La diffusion suicidaire : impact du rôle des médias

La diffusion suicidaire est définie comme secondaire à la médiatisation de passages à l'acte. L'impact potentiellement délétère de la communication de faits suicidaires sur la suicidalité réelle a été premièrement décrit après la publication du *Werther* de Goethe où le personnage principal du drame, en réaction à une déception amoureuse, se suicide par arme à feu. L'œuvre entraîna une telle épidémie de suicides de jeunes hommes avec la même méthode dans toute l'Europe que le livre fut retiré de la vente. Conséquence d'un autre décès célèbre mais non fictif cette fois, la mort de Marilyn Monroe aurait provoqué une hausse de 12 % des suicides aux États-Unis au cours de l'année suivante. De nombreux auteurs ont étudié l'impact de la communication médiatique sur le suicide comme pourvoyeur de nouveaux gestes auto-agressifs dans la population cible des articles (16-18). Exposer un acte suicidaire dans la presse nécessite d'observer certaines précautions pour éviter la diffusion suicidaire et favoriser la prévention d'autres passages à l'acte. L'OMS a publié des recommandations officielles destinées aux journalistes pour encadrer les pratiques de presse quant à la manière de présenter un fait suicidaire dans les médias (19, 20). L'information ne doit pas apparaître en première page mais dans les feuilles intérieures du journal. L'article doit limiter au maximum les possibilités d'identification entre le lecteur et la personne suicidée. Le reportage est d'autant plus délétère s'il relate des détails concrets de moyen et de lieu, si le geste est interprété comme incompréhensible ou simpliste, si le suicide est glorifié, magnifié ou présenté comme une valeur romantique (19, 20). Pour le *Center for Disease Control* (21), il est nécessaire de ne pas rapporter trop fréquemment de tel faits, d'éviter les articles à sensations, de ne pas donner de détails morbides (pas de photographie du site suicidaire), de ne pas faire part de la modalité opératoire et de ne pas présenter le suicide comme une solution ou une issue (à une rupture sentimentale, un désaccord parental, un échec scolaire…). Il convient de préciser que l'élément précipitant n'est pas la seule cause du suicide. Il faut éviter de suggérer une mise en valeur du geste en insistant sur les caractéristiques positives de la personne suicidée. Si un tel mécanisme de défense est habituel aux sujets endeuillés, pour la population générale le message ne doit pas être que même les personnes qui jouissent en apparence d'une vie agréable et prometteuse peuvent également se suicider. L'article doit nécessairement inclure des stratégies de prévention des conduites auto-agressives et donner les coordonnées d'un centre d'intervention de crise (21). Corroborant toutes ces recommandations, l'*American Foundation for Suicide Prevention* propose des exemples et des contres exemples concrets de l'information devant, ou ne devant pas, être délivrée (22). Il convient de ne pas établir une couverture imagée et sensationnelle titrant que telle idole s'est défenestrée hier, mais d'annoncer en pages intérieures que cette personne est disparue prématurément. Si l'article veut inclure une photographie, au lieu d'apporter une image de la scène, du lieu du suicide ou des funérailles, il paraît plus apaisant d'insérer une photographie de famille ou de travail, ou une photographie de classe d'école. Plutôt que de parler « d'épidémie suicidaire », les chiffres officiels du *Center for Disease Control* peuvent être rappelés de manière simplement descriptive. D'autre part, rapporter sur le vif les propos des policiers ou de la famille sur le fait suicidaire paraît moins judicieux que d'interroger un expert sur la question. Au lieu d'évoquer un suicide inexplicable chez un sujet en parfaite santé apparente, il convient de décrire les signes de souffrance avant-coureurs et d'apporter des réponses préventives. Souffrir d'une dépression et ressentir un sentiment d'impasse, consommer des substances psycho-actives, présenter des ruminations morbides voire des idées de mort doit faire réagir l'entourage qui ne laissera pas la personne isolée, enlèvera les armes et les drogues éventuelles, et amènera cette personne à consulter son médecin traitant (ou un service hospitalier en cas d'urgence). Enfin, on peut conclure l'article en rapportant les témoignages de personnes qui ont franchi une crise suicidaire (22). Si l'application de l'intégralité de ces recommandations évite une augmentation du taux de suicide (23,24), malheureusement les règles de bonnes pratiques sont peu connues. Dans une étude récente, Edwards-Stewart, et al. s'intéressent à 240 articles de presse évoquant le suicide de personnes civiles et militaires : pour chaque article, au moins une recommandation n'est pas suivie (25). À titre d'exemple, le dernier article du *Times* sur le suicide dans l'armée américaine expose en pleine couverture le titre de l'article, puis établit une description complète de deux cas de suicides traduisant que l'aide médicale a échoué. Le contenu de l'article n'est toutefois pas dénué d'intérêt car il relate les conflits existentiels anciens d'un médecin militaire n'ayant jamais été déployé et les difficultés récentes d'un pilote dont la femme est psychologue. Mais le reportage aurait du davantage mettre en avant les données étiopathogéniques récentes concernant le fait suicidaire, décrire les signes avant-coureurs et citer les possibilités d'aides thérapeutiques (8).

Il nous reste à évoquer les informations retrouvées sur l'Internet. Le thème du suicide est beaucoup recherché *on line* mais sur les 220 millions de pages qui lui sont consacrées, seules 1 % véhiculent des mesures de prévention. La diffusion de l'information par les moyens de communication moderne nécessiterait davantage d'études scientifiques permettant de mieux en comprendre les enjeux. Quel pourrait être le rôle du Web dans la prévention des conduites auto-agressives ? De nouveaux sites de prévention voient le jour (26).

Déterminants psychopathologiques, sociologiques et anthropologiques de la variation du taux de suicide

Comment une tendance suicidaire peut-elle se propager au sein d'un groupe ou d'une société ? Nous n'avons pas à

l'heure actuelle de réponses précises. Les mécanismes psychopathologiques d'imitation et d'identification nous apparaissent cardinaux, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes. Au sein de la communauté militaire, l'identification d'un soldat à l'autre est forte : un soldat est l'*alter ego* d'un autre soldat, un « autre lui-même » (27). Le suicide d'un militaire affecte toute sa communauté. Même s'il était « inconnu » à titre personnel, il représente le soldat que chacun pourrait être ou imiter. De surcroît, des facteurs de risque individuels sont souvent également présents comme les antécédents personnels et familiaux dépressifs et psychotraumatiques, les antécédents personnels de tentatives de suicide et les antécédents familiaux de suicide. La présence actuelle d'un trouble thymique, psychotraumatique et/ou addictif majore le risque de passage à l'acte en réaction à la confrontation à un fait suicidaire de son entourage ou à un fait suicidaire médiatisé. La fonction suicidaire est parfois la tentative d'établir un lien avec des personnes, des alter ego ou des modèles déjà décédés et qui ont existé brièvement par leur geste. Si une rupture des relations sociales dans la vie réelle peut entraîner des groupes vers le morbide comme élément fédérateur et identificatoire d'une petite communauté, ce qui manque dans l'acte du suicide est une production verbale, une élaboration du sujet dans laquelle la souffrance se dévoile et s'exprime. Rétablir la communication passe par une reconstruction de sens et de lien avec autrui. En effet, le suicide est un acte de rupture sociale. Pour reprendre les mots du médecin général Bazot : « malgré l'époque et malgré le lieu, le fait suicidaire n'est jamais un acte privé. Il prend toujours place dans une rencontre entre un homme et un groupe ou une société » (3). Grâce à une perspective sociologique, Durkheim théorisait que le pourcentage de suicides augmentait de manière inverse à l'intégration sociale de l'individu (28). Reprenant cette thèse, Halbawchs constate que l'augmentation du taux de suicide au XIX^{e} siècle est conséquentiel à la progression d'une société urbaine et industrielle, modifiant profondément l'organisation précédente en complexifiant les modes de vie (29). L'isolement de l'individu familial et social constitue un facteur de risque incontestable de conduites auto-agressives (28-30). Après les Trente Glorieuses et dans les suites du choc pétrolier de 1973, les fins du plein-emploi, de la dynamique de reconstruction après guerre, de la bonne intégration sociale et de la croyance en un avenir meilleur sont parallèles à l'augmentation du taux de suicide. Être sans emploi est un facteur de risque de comportements suicidaires. De manière plus générale, tout isolement social ou impression subjective d'isolement social est corrélée aux gestes suicidaires. Est-ce l'individu qui s'isole ? Est-ce la société qui le rejette ? L'intégration sociale d'un sujet est le résultat d'une interaction entre ce sujet et son environnement. Les mutations sociales, de part leur rapidité, ont contribué à une déstabilisation de certaines personnes qui du fait de faibles capacités d'adaptation, se retrouvent en difficulté. La compétition entre les individus, l'éclatement du schéma familial ancestral, les multiples sollicitations publicitaires de la société de consommation qui s'opposent aux conséquences de la crise économique sont autant de frustrations pour certains. L'inscription de l'homme dans une société se fondant sur l'individualisme constitue un paradoxe. Les individus peuvent rester isolés malgré les multiples outils de communication modernes qui ne permettent pas nécessairement l'élaboration psychique. Enfin, les rites sociaux ont beaucoup changé en quelques décennies, les valeurs sociales et le sens de la vie ont particulièrement évolué : la perte de repères et de sens constitue assurément un facteur de risque des conduites suicidaires.

Se singularisant de la population générale, la communauté militaire est un groupe où les membres sont particulièrement soudés pour faire face aux difficultés. Les traditions sont ancrées dans l'esprit militaire, sécurisant des microsociétés et des corps spécifiques. L'« esprit de corps » est une valeur fondamentale, se déclinant de traditions régimentaires anciennes à l'entraide jusque dans la vie privée. Fonder la collectivité sur le sens des missions et sur l'attention que chaque soldat porte à l'autre permet de structurer une cohésion durable dont on connaît les qualités protectrices. C'est bien connu : l'armée est une « grande famille » qui s'établit sur des règles sociales strictes. Mais l'armée évolue également selon une dynamique voisine de la société civile : elle n'est pas épargnée par l'individualisme, l'usage de substances psycho-actives chez certaines recrues, ou encore la nécessité de mutations pour s'adapter aux conflits modernes. La communauté militaire peut devenir parfois le lieu de suicides, notamment lorsque les liens du sujet avec l'institution sont rompus. Ceci peut être le fait d'une crise existentielle intime, d'une pathologie post-traumatique ou plus globalement d'un trouble de l'adaptation au milieu militaire (31).

Une pression nosographique des troubles psychiques serait-elle parallèle à l'augmentation de la suicidalité ?

Souffrir d'un trouble psychique comme une pathologie bipolaire ou schizophrénique, une addiction, un état de stress post-traumatique ou encore une dépression, majore le risque de comportements auto-agressifs. L'augmentation du nombre de suicides depuis la fin de la deuxième guerre mondiale pourrait-il être le résultat d'une majoration des troubles thymiques dépressifs ou de la consommation abusive de substances psycho-actives ? Si l'on considère *a posteriori* que la majorité des personnes suicidées souffraient d'épisode dépressif caractérisé, il est difficile d'évaluer la progression de la prévalence de la dépression au cours des dernières décennies tant les définitions, les stratégies épidémiologiques et les outils psychométriques ont évolué. D'après l'OMS, la dépression pourrait bientôt constituer la première cause de mauvais état de santé dans le monde, notamment comme facteur de risque de nombreuses maladies chroniques somatiques. Également, quantifier l'usage de substances psycho-actives sur le demi-siècle écoulé est complexe tant les modes de consommations et les types de produits se sont diversifiés. La prévalence des troubles dépressifs, des

consommations à risque de substances psycho-actives et des troubles anxieux semble s'être accrue au cours de la dernière décennie sans que l'on puisse savoir si cette majoration est spontanée ou bien le résultat d'un diagnostic accru de ces troubles.

L'état de stress post-traumatique thésaurisé dans la nosographie américaine à partir des années quatre-vingt est un trouble pourvoyeur de comportements suicidaires, indépendamment d'une dépression éventuellement associée (32, 33). En France, Vaiva, et al. ont étudié les données de l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) pour distinguer quatre niveaux graduels de symptomatologies psychotraumatiques qui définissent le sujet exposé, confronté, psycho-traumatisé et présentant un état de stress post-traumatique complet (34, 35). Il existe un gradient progressif de comorbidité psychiatrique, notamment dépressive, en fonction des quatre types de retentissements psychotraumatiques. Le risque suicidaire double lorsqu'un sujet a été confronté à un évènement traumatogène quel que soit le retentissement de cet évènement. Le risque suicidaire est multiplié par sept en cas d'état de stress post-traumatique complet (35). En comparaison avec la population générale, les sujets souffrant d'un état de stress post-traumatique rapportent quinze fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé (35). Marshall évoque une corrélation linéaire entre le nombre de symptômes psychotraumatiques avec un trouble comorbide anxieux, un trouble comorbide dépressif et l'existence d'idées suicidaires (36). Si cette corrélation entre état de stress post-traumatique et suicidalité persiste après contrôle d'un trouble thymique préexistant ou comorbide, il est superflu de scinder ces deux entités nosographiques lorsqu'elles sont associées par la même souffrance subjective. La dépression du sujet traumatisé psychique est réactionnelle aux insomnies, au sentiment d'insécurité permanent et à la faillite narcissique qu'a été la confrontation à la mort. De plus, les sujets psycho-traumatisés s'engagent souvent vers un usage abusif de substances psycho-actives qui jugulent leurs anxiétés et leurs insomnies (37). Ainsi, les militaires sont une population particulièrement exposée au risque psychotraumatique et à ses conséquences suicidogènes. Dix ans après la fin de la guerre du Vietnam, la presse américaine affirmait davantage de décès par suicide des soldats après leur retour sur le sol américain que du fait des combats sur le terrain (38). Dans une étude menée sur 10 000 soldats, Pollock retrouve une surmortalité des vétérans du Vietnam par accident de la route, suicide et consommation de toxiques (39). Les vétérans qui ont combattu avec un haut degré de tir vers l'ennemi présentent deux fois plus d'idéations suicidaires (après ajustement des caractéristiques démographiques, de l'exposition aux combats et de pathologies associés comme l'épisode dépressif, l'état de stress post-traumatique et la consommation de substances psycho-actives) (40).

Le traumatisme psychique résulte de la confrontation au réel de la mort. Plutôt que de s'en éloigner par la suite, le sujet psychotraumatisé reste accaparé, presque envahi par la répétition de cette scène de mort, parfois au point de vouloir la rejoindre. Les guerres confrontent à la mort d'autres êtres humains, à la perte d'une certaine idéalisation de l'homme, et finalement de soi-même. L'instant traumatique se caractérise par un désert de langage et de représentation, déshumanisant le sujet qui l'éprouve, à plusieurs titres (41). Regarder l'horreur est une négation de la culture des hommes, de même que perdre son langage – très momentanément – est une exclusion d'humanité. La prise de conscience d'une relativité des règles sociales humaines que l'on croyait immuables, déstabilise l'existence du sujet. Par exemple, la confrontation au suicide de kamikazes relativise ce que l'on croyait universel sur les valeurs sociales et sur le sens donné à la vie. Comment expliquer l'horreur qui se dévoile sous ses yeux ? Comment comprendre devoir être obligé de tuer pour sauver sa propre vie ? Une culpabilité s'établit souvent dans la participation aux combats : le sujet ressent une fin d'illusion sur l'homme et sur lui-même. De plus, se trouver face à la mort, moment exclusif d'*effroi* traumatique, crée une rupture en tant que fin du sentiment d'immortalité. Le commun des mortels vit au présent, ne pensant pas à chaque instant qu'il va mourir, ce qui lui permet de continuer son existence en faisant des projets. Même s'il croit connaître la possibilité de la mort et qu'il peut toujours s'imaginer comme un cadavre, la mort confrontée brutalement lors du trauma est bien différente : c'est la mort réelle, irreprésentable du néant. Cette horreur, cette mort, est souvent le lieu d'une sorte de fascination qui favorise les répétitions psychotraumatiques, la scène se répétant invariablement. Les sentiments de honte et de culpabilité en sont un résultat. Rongé par ses remords, épuisé par ses répétitions, se sentant exclu de la communauté humaine faute de pouvoir mettre des paroles sur cette expérience indicible car unique et surprenante, le sujet psycho-traumatisé met parfois fin à sa souffrance par son suicide, actant en quelque sorte une dernière répétition de la scène de mort. Repérer et prendre en charge au plus tôt les troubles psychotraumatiques et dépressifs est non seulement indispensable mais reste un moyen de prévention effectif (42).

Conclusion

Si des facteurs de risque bien décrits interviennent, le suicide d'un sujet singulier demeure souvent une énigme (43). Expliciter précisément les variations du taux de suicide en population générale et spécifique nécessite la construction de modèles théoriques intégratifs associant des déterminants psychopathologiques, neuro-biologiques, sociologiques et anthropologiques.

Les différents niveaux de prévention du suicide en sont le résultat :

– la prévention tertiaire pour les patients ayant des idées suicidaires avec repérage de la crise suicidaire et intervention de crise ;

– la prévention secondaire pour les sujets ayant des facteurs de risque comme l'état de stress post-traumatique et l'isolement social ;

– la prévention primaire pour la population générale avec encadrement de l'intervention des médias et affirmation d'un modèle de contrat social.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bourgeois M, Verdoux H, Facy F. Rouillon F. Épidémiologie du suicide. Masson EMC, Psychiatrie, (37-397-A-10), 1997:27p.
2. Batt A, Campeon A, Leguay D, Lecorps P. Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. Masson EMC, psychiatrie (37-500-A-20) 2007:24p.
3. Fédération française de psychiatrie avec la participation de l'ANAES et le soutien de la Direction générale de la santé : conférence de consensus de la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : 19 et 20 octobre 2000 (texte long).
4. Ducher JL, Llorca PM. Non, le nombre de suicides en France ne diminue pas. L'Encéphale, 2012, sous presse.
5. Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jougla E. La mortalité par suicide en France en 2006. Études et résultats 2009:702.
6. Verret C, Haus-Cheymol R, Mayet A, Pommier de Santi V, Dia A, Decam C, et al. Conduites auto-agressives dans les armées. Tentatives de suicide et suicides. Résultats de la surveillance épidémiologique 2002-2010. CESPA 2011:53p.
7. Desjeux G, Lemardeley P, Vallet D, Pascal B, Labarère J. Suicide et tentatives de suicide dans les armées françaises en 1998. L'Encéphale 2001;27:320-4.
8. Thompson M, Gibbs N. More US soldiers have killed themselves than have died in the afghan war. Why can't the army win the war on suicide? Times July, 23, 2012:34-43.
9. Cohen J. A study of suicide pacts. Med Leg J 1961;2:144-51.
10. Le Bihan P, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. Ann Med Psychol 2006;164:292-303.
11. Auxéméry Y, Fidelle G. Impact d'Internet sur la suicidalité. À propos d'une "googling study" sur la rétro-information médiatique d'un pacte suicidaire échafaudé sur le Web. Annales Médico-Psychologiques 2010;168:502-7.
12. Gould MS, Wallebstein S, Kleinman M. Time-space clustering of teenage suicide. Am J Epidemiology 1990;131:71-8.
13. Poijula SP, Wahlberg KE, Dyregrov A. Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. Int J Emerg Ment Health 2001;3:163-8.
14. Brent DA, Perper J, Moritz G, Allman C, Liotus L, Schweers J, et al. Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. J Am Acad Child Adolesc 1993;32:1189-97.
15. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Canobbio R. Major depression or uncomplicated bereavement? A follow-up of youth exposed to suicide. J Am Acad Child Adolesc 1994;33:231-9.
16. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. Am Sociol Rev 1974;39:340-54.
17. Wasserman IM. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. American Sociological Review 1984;49:427-36.
18. Stack S. A reanalysis of the impact of non-celebrity suicides: a research note. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990;25:269-73.
19. Association Internationale pour la prévention du suicide. Avaible from: URL : http://www.iasp.info/pdf/task_forces/WHO_Indications_Professionnels.pdf Genève 2002. (consulté le 1er novembre 2012).
20. Organisation mondiale de la santé. Preventing suicide: a resource for media professionals. Departement of Mental Health. Mental and Behavioural Disorders. Genève, 2002. Avaible from: URL: http://www.who.int. (consulté le 1er novembre 2012).
21. Center for Diseaes Control. Suicide contagion and the reporting of suicide: recommendations from a national workshop. CDC Recommendations and Reports April 1994;43(RR-6):9-18. Avaible from: http:// www. cdc.gov /mmwr /preview /mmwrhtml /00031539. html. (consulté le 1er novembre 2012).
22. American Foundation for Suicide Prevention. Http://www.afsp.org. (consulté le 1er novembre 2012).
23. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. Archives of Suicide Research 1998;4:64-74.
24. Stack S. Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. Suicide Life Threat Behav 2005;35:121-33.
25. Edwards-Stewart A, Kinn JT, June JD, Fullerton NR. Military and civilian media coverage of suicide. Arch Suicide Res 2011; 15:304-12.
26. Auxéméry Y. Risque et utilité du Web en santé mentale chez l'adolescent, évolutions et perspectives. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2010;58:500-6.
27. Fidelle G. La mort de l'alter ego. Évolution clinique d'une prise en charge brève. Stress et Trauma 2005;5:183-7.
28. Durkheim E. Le suicide. Étude de sociologie. Paris : Alcan, 1897.
29. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33:395-405.
30. Halbawchs M. Les causes du suicide. Paris : PUF, 2002.
31. Cartigny A, Auxéméry Y, Carnio C, Fidelle G. Troubles de l'adaptation au milieu militaire. Médecine et Armées 2012;40:373-8.
32. Ducrocq F, Cottencin O, Boss V, Jardon V, Demarty AL, Duhem S, et al. Séquelles psychotraumatiques après tentative de suicide. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007;7:79-88.
33. Auxéméry Y. L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social. L'Encéphale 2012;38:373-80.
34. Omnes C, Vaiva G, Philipe A, Rouillon F, Roelandt JL. Risque suicidaire dans l'enquête Santé mentale en population générale : premiers résultats. L'Information psychiatrique 2005; 81:308-12.
35. Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, Genest P, Duchet C. Psychotraumatismes et risque suicidaire en France. Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007;7: 69-77.
36. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. The American Journal of Psychiatry 2001; 158:1467-73.
37. Fidelle G, Simon de Kergunic T, Auxéméry Y. Addictions et trauma : données épidémiologiques et cliniques. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2009;9: 45-54.
38. Golomb D. Symbolic expression in PTSD: Vietnam combat veterans in art therapy. Arts Psychotherapy 1985;12:1-12.
39. Pollock DA, Rhodes P, Colleen AB. Estimating the number of suicides among Vietnam veterans. Am J Psychiatry 1990;147:772-6.
40. Maguen S, Metzler TJ, Bosch J, Marmar CR, Knight SJ, Neylan TC. Killing in combat may be independently associated with suicidal ideation. Depress Anxiety 2012: in press.
41. Lebigot F, Nicolas JD, Hariki S. Les tentations suicidaires du traumatisé psychique. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2006;6: 207-12.
42. Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. La Revue de médecine interne, 2012;33(12):703-8.
43. Fidelle G, Colas-Benayoun MD, Seyeux-Bertin AL. « Je cherche à comprendre ». Le psychothérapeute face au suicide d'un patient. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 2004, vol VIII (n° 76):37-40.