



Sous la direction de
Philippe Courtet

Suicide et environnement social

DUNOD

Matériel protégé par le droit d'auteur

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-070154-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	IX
<i>INTRODUCTION. « CENT ANS APRÈS DURKHEIM »</i> Michel Walter	1
1. Le marketeur. Les représentations sociales vis-à-vis du suicide Jean-François Courtet	5
Le marketing social comme action de santé publique	5
Les représentations sociales	6
Les représentations sociales du suicide <i>De la philosophie et de la religion, 8 • Quelques représentations sociales de la population générale, 8 • Quelques représentations sociales de la population médicale, 9</i>	8
Vers une nouvelle proposition de plan d'actions	10
2. Suicide et crises économiques Christian Baudelot, Roger Establet	13
3. Le suicide à l'épreuve des neurosciences cognitives et sociales Fabrice Jollant	21
Le caractère social du suicide	21
Le sujet vulnérable, des gènes aux cognitions	23
Prise de décision désavantageuse et conduites suicidaires	24
Suicide et sensibilité au rejet	26

Perspectives	26
4. De l'exclusion à la douleur sociale	29
Émilie Olié	
Adversité sociale et conduites suicidaires	29
Perception accrue du rejet social et vulnérabilité suicidaire ?	30
Le rôle de la douleur sociale et psychologique dans les conduites suicidaires	32
Conclusion	34
5. Maltraitance infantile	35
Nader Perroud	
Définition et épidémiologie	35
La neurobiologie de la maltraitance	36
<i>L'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS), 37</i>	
Maltraitance et suicide	38
Conclusion	40
6. Comment l'environnement régule-t-il nos gènes ?	41
Alain Malafosse	
Génétique épidémiologique et moléculaires des conduites suicidaires	42
Interaction gène-environnement et conduites suicidaires	44
Stress, traumatisme précoces et marques épigénétiques	44
Conclusion	46
7. Un modèle développemental pour les conduites suicidaires ?	47
Philippe Courtet, Nathalie Franc	
La vulnérabilité suicidaire est le fruit d'une interaction entre gènes et environnement	48
Le rôle de l'environnement périnatal sur la vulnérabilité suicidaire	48
<i>Saisons de naissance et vulnérabilité suicidaire, 48 •</i>	
<i>Développement physique périnatal et vulnérabilité suicidaire, 49</i>	
Des facteurs environnementaux précoces à la vulnérabilité suicidaire : les pistes épigénétiques	50
Gènes, sérotonine et développement cérébral	51
L'impact de la maltraitance dans l'enfance sur la vulnérabilité suicidaire	52

Des marqueurs précoces de vulnérabilité suicidaire	53
<i>Impulsivité, agressivité et sérotonine, 53 • Indices neuropsychologiques d'une atteinte développementale chez les suicidants, 53</i>	
Conclusion	54
8. Les stress psychosociaux trouvent-ils un écho dans la personnalité ?	57
Hilario Blasco-Fontecilla, David Travers	
Les événements de vie, déclencheurs de la conduite suicidaire	58
Le lien entre événements de vie déclencheurs et personnalité	60
Conclusion	63
9. L'adversité sociale est-elle différente dans les tentatives de suicide et les suicides ?	65
Lucas Giner, Jorge Lopez Castroman	
La conduite suicidaire comme résultat des situations d'adversité	65
L'influence environnementale dans les tentatives suicidaires et les suicides	67
Notre expérience	68
Conclusion	71
10. PTSD, stress et conduites suicidaires	73
Isabelle Chaudieu, François Ducrocq	
PTSD, traumatisme psychique et suicide	73
Stress et suicide	76
Conclusion	80
11. L'enfer en prison ?	81
Mathieu Lacambre	
Les données du problème	82
Détermination des facteurs de risque	83
Les moyens d'une action efficace	84
Conclusion	84
12. Addictions et suicide : les liaisons dangereuses	87
Sébastien Guillaume, Franck Bellivier	
Les TLUS favorisent les conduites suicidaires	87
Quelles pourraient être les raisons de cette association ?	88

Quels sont les facteurs modulant le risque suicidaire chez des patients souffrant de TLUS ?	89
<i>Les facteurs socio-culturels et les stress psycho-sociaux, 89 • Les facteurs de vulnérabilité individuelle, 90 • Les facteurs liés aux TLUS, 90 • Les facteurs liés aux comorbidités psychiatriques, 91</i>	
Quelques pistes de prévention et de prise en charge	91
13. Migration, suicide et intégration sociale	95
Mohammed Taleb, Aïcha Dahdouh	
Données épidémiologiques	96
Suicide et migration	97
<i>Migrants de première génération, 97 • Les générations issues de l'immigration, 98</i>	
Hypothèses	99
Conclusion	101
14. Suicide et religion	103
Philippe Huguelet, Olfa Mandhouj	
L'influence de la religion sur le suicide	104
Recherche sur le lien entre religion et suicide	106
Situations particulières	106
<i>Suicide religion et troubles de l'humeur, 106 • Maladies somatiques chroniques, maladies terminales, 107 • Suicide et trouble psychotique, 108 • Religion et conduites suicidaires chez les détenus, 109</i>	
Conclusion	110
15. Suicide et environnement social : les médecins, les laissés pour compte ?	111
Laurence Cauchard	
Épidémiologie du suicide des médecins en France et à l'étranger	112
Mode de suicide des médecins	113
Médecins et comorbidités psychiatriques	113
Burn out et risque de suicide	115
Profil type du médecin à risque de suicide	116
Une prise de conscience générale croissante en France	116
Obstacles à la prise en charge de l'épuisement professionnel, de la dépression et à la prévention du suicide des médecins	117
Interventions et prévention	118

Conclusion	120
16. Les traitements	121
Fabienne Cyprien, Emilie Olié, Philippe Courtet	
Pharmacologie du risque suicidaire	121
<i>Les antidépresseurs, 121 • Les thymorégulateurs, 123 • Autres, 124</i>	
Les stratégies efficaces de prévention du suicide	124
La recherche clinique en suicidologie, perspectives d'innovations	126
Conclusion	127
17. Organisation des soins	129
Guillaume Vaiva, Vincent Jardon, Christophe Debien, François Ducrocq	
Organiser la « médicalisation » de la TS	129
Organiser l'accueil du suicidant, celui de son entourage...	130
<i>Les services d'urgence... un rendez-vous à ne pas manquer !, 130 • Prise en compte de l'entourage, 130</i>	
Organiser l'évaluation et l'orientation	131
<i>Du passage à l'acte au passage en mots, 131 • Le temps du lien, 132 • Les outils..., 132 • Le temps des propositions, 133</i>	
Les critères d'hospitalisation d'un suicidant	133
Les Centres de Crise	134
Les Unités pour Jeunes suicidants	134
Organiser le suivi à moyen terme	135
Organiser la veille pour les mois suivants	136
18. Télémédecine	139
Matthieu Galmes, Emmanuel Haffen	
Définition	139
Intérêt	140
Moyens	141
Difficultés	142
La télépsychiatrie	143
Conclusion	146
19. Déterminants neuro-culturels du suicide	147
Boris Cyrulnik	
L'acquisition d'une défaillance du contrôle de l'impulsion	148

L'acquisition de réactions autocentrées	148
Période sensible	150
La représentation de la mort	151
La force de se tuer	153
Les déterminants socio-culturels du suicide	154
La prévention culturelle de ces défaillances neurologiques	155
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	157

Liste des auteurs

Christian BAUDELLOT, professeur émérite de sociologie à l'École normale supérieure.

Frank BELLIVIER, professeur, chef de service de psychiatrie adulte, service de médecine addictologique, Hôpital Fernand Widal, Paris.

Hilario BLASCO-FONTECILLA, M.D., Ph.D. Cibersam, Department of Psychiatry, Villalba Mental Health Center, Madrid.

Laurence CAUCHARD, docteur en médecine générale, ELSM de Montpellier.

Isabelle CHAUDIEU, biologiste épidémiologiste, chargée de recherche à l'Inserm.

Jean-François COURTET, directeur de Zone & global commercial excellence manager.

Philippe COURTET, professeur de psychiatrie à l'Université de Montpellier, département Urgences et Post Urgences Psychiatriques au CHU de Montpellier. Président de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie

Fabienne CYPRIEN, chef de clinique et assistant des hôpitaux au CHU Montpellier-Nîmes.

Boris CYRULNIK, neuro-psychiatre et directeur d'enseignement à l'Université de Toulon.

Aïcha DAHDOUH-GUERMOUCHE, maître-assistante en psychiatrie au CHU d'Oran.

Christophe DEBIEN, psychiatre, praticien hospitalier, Université Antilles Guyane, CHU Fort de France.

François DUCROCQ, psychiatre, praticien hospitalier, CHRU de Lille Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Pénitentiaire.

Roger ESTABLET, professeur émérite de sociologie à l'Université de Provence.

Nathalie FRANC, praticien hospitalier, MPEA Saint-Eloi, CHRU Montpellier.

Matthieu GALMES, médecin psychiatre, cellule régionale d'urgence médico-psychologique du Languedoc Roussillon. service d'Urgence et Post Urgence Psychiatrique.

Lucas GINER, psychiatre, professeur adjoint. Département de Psychiatrie, Université de Seville.

Sébastien GUILLAUME, praticien hospitalier universitaire, département Urgences et Post Urgences Psychiatriques au CHU de Montpellier.

Emmanuel HAFFEN, PU-PH, service de Psychiatrie de l'Adulte, Neurosciences, Université de Franche-Comté.

Philippe HUGUELET, chargé de cours, responsable du secteur Eaux-Vives, département de santé mentale et de psychiatrie – HUG. Service de psychiatrie générale, Genève.

Vincent JARDON, psychiatre, praticien hospitalier, Université Lille Nord de France, CHRU de Lille, service de psychiatrie adulte.

Fabrice JOLLANT, professeur adjoint, Université McGill de Montréal, département de psychiatrie et Institut universitaire en Santé mentale Douglas.

Mathieu LACAMBRE, praticien hospitalier. Centre Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles en Languedoc-Roussillon. CHRU Montpellier

Jorge LOPEZ CASTROMAN, praticien hospitalier, centre hospitalier universitaire de Montpellier.

Alain MALAFOSSE, médecin-adjoint agrégé, responsable de l'unité de génétique psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève, professeur associé au département de psychiatrie de l'Université de Genève.

Olfa MANDHOUI, praticien hospitalier. Hôpital André Mignot, Le Chesnay.

Émilie OLIE, chef de clinique, assistant des Hôpitaux, département Urgences et Post Urgences Psychiatriques de l'Hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier.

Nader PERROUD, MD, PD, médecin adjoint agrégé. Hôpitaux universitaires de Genève, service des spécialités psychiatriques.

Mohammed TALEB, chef du Pôle Psychiatrie et Addictologie, Vernon.

David TRAVERS, praticien hospitalier au CHU de Rennes, enseignant attaché à la faculté de Médecine, Université de Rennes 1.

Guillaume VAIVA, psychiatre, professeur des Universités, Université Lille Nord de France, coordonateur du DES de psychiatrie, responsable du service de psychiatrie d'adultes, CHRU de Lille.

Michel WALTER, professeur de Psychiatrie, chef du pôle de psychiatrie du CHRU de Brest, président du Groupement d'Études et de Prévention du Suicide

Le CPNLF remercie Maude Sénèque pour son aide apportée à l'édition de l'ouvrage.

Introduction

« Cent ans après Durkheim »

Michel Walter

Le Suicide, publié par Émile Durkheim il y a plus de cent ans en juin 1897, est un ouvrage à la fois vivant et stratégique. Vivant parce que, le plus lu de tous les livres de Durkheim dans le monde entier a survécu à son auteur et aux circonstances historiques de sa publication. Le sociologue spinalien a en effet construit un cadre d'analyse du phénomène suicidaire basé sur l'observation méticuleuse et ordonnée, qui permet encore aujourd'hui d'en étudier les variations dans tous les pays du monde. Mais c'est également un livre stratégique au sens où l'étude du suicide permet à Durkheim de synthétiser les objectifs de ce qu'il revendiquait être sa mission intellectuelle pour ne pas dire morale : « Considérer les faits sociaux comme des choses. » Cette rupture épistémologique visant à instaurer une césure fondatrice de la sociologie comme domaine de recherche à la fois autonome et indépendant fait la force et la faiblesse de son œuvre.

Le Suicide est construit selon une architecture rigoureuse et claire. Une introduction détaillée définit objectivement le suicide, précise que l'objet de l'étude n'est pas l'acte individuel mais le taux social des suicides et en fournit les sources bibliographiques et statistiques. L'essentiel de l'ouvrage est constitué par trois grandes parties. La première est une analyse critique des quatre *facteurs extra-sociaux* (psychopathiques – psychopathologiques dirait-on de nos jours –, psychologiques normaux comme la race et l'hérédité, cosmiques, l'imitation) visant à prouver de façon très circonstanciée leur absence de valeur explicative. La deuxième partie, Causes sociales et types sociaux, s'appuie sur une méthode qui consiste à étudier comment le taux de suicide varie en fonction de différents déterminants sociaux ; Durkheim analyse ensuite

ces variations dans des contextes différents (religieux, familial, politique, économique), pour distinguer trois grands types de suicide en fonction de deux caractéristiques sociales que sont l'intégration de l'individu dans la société et la régulation/réglementation de la société sur la vie individuelle : le suicide égoïste, le suicide altruiste et le suicide anémique. La troisième partie, *Du Suicide comme phénomène social en général*, propose des remèdes susceptibles de diminuer les taux de suicide égoïste et anémique en réactivant l'intégration de l'individu en particulier dans des groupes professionnels, seul moyen efficace pour lutter contre la misère morale dont le suicide est le symptôme. Le livre se conclut par une vibrante mais lucide invitation à poursuivre la recherche clinique que nous pouvons aisément faire nôtre :

« Seul, le contact direct des choses peut donner aux enseignements de la science la détermination qui leur manque. Une fois qu'on a établi l'existence du mal, en quoi il consiste et de quoi il dépend, quand on sait, par conséquent, les caractères généraux du remède et le point auquel il doit être appliqué, l'essentiel n'est pas d'arrêter par avance un plan qui prévoit tout ; c'est de se mettre résolument à l'œuvre. »

Cent ans plus tard, le socle durkheimien tient toujours : il y a dans le suicide quelque chose qui dépend d'une manière régulière et intelligible de grandeurs qui caractérisent l'état d'une société. Les statistiques mondiales confirment la persistance de l'influence majeure de 5 facteurs, mais qui s'articulent sur un mode un peu différent : la religion, la famille, l'économie, l'âge et le genre. Si la religion protège encore de nos jours contre le suicide, il semble que cela repose moins sur la confession comme le pensait Durkheim que sur la pratique. Quant à la famille, le modèle de l'intégration rend toujours compte du fait que les chargés de famille se suicident moins que les autres (« influence préservatrice de durée éphémère »). Cette découverte peut être étendue aux faits macro-économiques à condition de faire du concept d'intégration un concept dynamique. Ainsi, une société est intégratrice lorsqu'elle permet à chacun de ses membres de construire l'estime de soi dans ses interactions avec les autres. Cette nuance rend compte de la complexité actuelle des liens entre suicide, chômage, exclusion et précarité. L'âge est un autre exemple de la justesse de l'analyse de Durkheim, si l'on sait l'actualiser. En effet, alors que la règle de l'augmentation des taux avec l'âge s'est vérifiée jusqu'au milieu des années 1960, la faisant passer pour un fait de nature (la vieillesse s'accompagne d'une accumulation naturelle de facteurs de risque), on a assisté depuis le choc pétrolier à une uniformisation des taux associant une baisse chez les plus âgés et une augmentation chez les plus jeunes. Ce renversement des taux entre les générations est aussi un renversement des normes sociales, les facteurs

intégratifs protecteurs dépendant de l'évolution politico-économique de la société (évolution de l'état providence vers le néolibéralisme avec son lot de précarisation des plus jeunes, en épargnant relativement les seniors). Le suicide nous démontre ainsi que les rapports entre les classes d'âge sont de vrais rapports sociaux. Enfin, l'inégalité des taux de suicide entre les hommes et les femmes, autre dogme durkheimien vérifié malgré l'exception chinoise, se maintient alors que les statuts masculins et féminins se rapprochent dans les sociétés occidentales. Ceci devrait interroger sur les mécanismes en jeu dans la construction du genre.

Dire que *Le Suicide* est un livre vivant ne signifie pas que Durkheim ait eu raison sur tous les plans. En dehors de la controverse historique sur la place de l'imitation initiée dès juillet 1897 par Gabriel Tarde, sa démarche s'expose à deux critiques majeures, l'une méthodologique, l'autre, plus fondamentale, épistémologique. L'erreur méthodologique, qui explique certaines approximations pronostiques, tient à la volonté de l'auteur de traiter la microsociologie (anomie conjugale) avec les mêmes outils que la macrosociologie (anomie sociale) et de viser un rapport de causalité entre variables du milieu (richesse, chômage, crise, et taux de suicide), alors que ces corrélations signalent des variations concomitantes et non des chaînes causales. Ce n'est pas tant la société qui éclaire le suicide, drame individuel par excellence, que le suicide qui éclaire la société. Ce renversement de point de vue, au mieux illustré par l'influence de l'âge et du genre, invite à interroger la nature du lien social et les variations de son intensité. Le caractère protecteur lié à la nature conflictuelle de certains liens sociaux en est un exemple classique. Mais, c'est sans doute sur le plan épistémologique que la critique est la plus rude. Pour des raisons historiques, Durkheim a absolument dû concevoir l'individu (objet de la psychologie) et la société (objet de la sociologie) comme des réalités concrètement et scientifiquement distinctes. Il est évident que le microscope de la psychologie individuelle, contrairement au télescope du sociologue, ne peut rendre compte des différences existant entre les taux de suicide selon les religions, le pays ou les régions, les catégories socioprofessionnelles. Toutefois, Durkheim pousse la défiance vis-à-vis de la psychologie encore plus loin (cf. le chapitre premier du livre premier sur les facteurs extra-sociaux) car il entretient le secret espoir d'expliquer non seulement les variations des taux mais aussi la totalité du suicide, comme le confirme le chapitre central de son ouvrage consacré aux différentes formes de suicide selon qu'elles sont « déterminées » par l'égoïsme, l'altruisme ou l'anomie. Cette césure épistémologique, certes fondatrice de la sociologie, est aux antipodes d'une autre posture épistémologique qu'à la suite du philosophe suisse Michel Cornu nous pourrions qualifier d'éthique de l'inquiétude, c'est-à-dire une absence