



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THÈSE**

POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

**YANN AUXÉMÉRY**

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS  
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE BORDEAUX

**TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES MILITAIRES FRANÇAIS :  
ÉPIDÉMIOLOGIE, FACTEURS DE RISQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE.  
À PROPOS DE 39 OBSERVATIONS CLINIQUES.**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur JEAN-PIERRE KAHN

PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur DANIEL SIBERTIN-BLANC

JUGE

Monsieur le Professeur BERNARD KABUTH

JUGE

Madame le Professeur GENEVIEVE FIDELLE

JUGE

Monsieur le Docteur CLAUDE CARNIO

JUGE

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY  
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT  
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS  
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET  
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE  
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE  
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU  
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS  
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT  
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT  
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ  
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYA V

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER  
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Béatrice MARIE

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64<sup>ème</sup> section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

65<sup>ème</sup> section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS  
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

-----

66<sup>ème</sup> section : **PHYSIOLOGIE**  
Monsieur Nguyen TRAN

-----

67<sup>ème</sup> section : **BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**  
Madame Nadine MUSSE

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

### Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE  
Docteur Francis RAPHAEL  
Docteur Jean-Marc BOIVIN  
Docteur Jean-Louis ADAM  
Docteur Elisabeth STEYER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE  
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN  
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET  
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL  
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT  
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*



**À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,**

**Monsieur le professeur Jean-Pierre KAHN**

**Professeur de psychiatrie d'adultes**

*Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse et de juger ce travail.*

*Nous avons eu le privilège de participer à plusieurs de vos séminaires de spécialité et à votre diplôme universitaire de psychiatrie légale où nous avons particulièrement apprécié votre souci de rigueur et la finesse de votre sens clinique.*

*Veillez trouver dans cette étude le témoignage de notre sincère reconnaissance envers votre grande disponibilité et vos hautes qualités pédagogiques.*

*Veillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.*

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,**

**Monsieur le professeur Daniel SIBERTIN-BLANC**

**Professeur de pédopsychiatrie**

*Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre travail.*

*Nous avons eu le privilège de bénéficier de la qualité de votre enseignement en séminaires de pédopsychiatrie.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.*

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,**

**Monsieur le professeur KABUTH**

**Professeur de pédopsychiatrie**

*Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement et pour la disponibilité que vous nous avez accordée.*

*En vous remerciant d'avoir accepté de juger ce travail.*

**À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE,**

**Madame le Médecin en Chef Geneviève SOLA-FIDELLE**

**Professeur Agrégé du Val-de-Grâce  
Chevalier de la Légion d'Honneur  
Chevalier de l'Ordre National du Mérite  
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques**

*Ancienne de l'École de Santé Navale, vous avez su confirmer notre vocation en guidant nos premiers pas dans la psychiatrie militaire.*

*Nous avons eu le privilège de travailler depuis deux ans sous votre direction. Nous vous remercions ici de la disponibilité que vous avez bien voulu nous accorder.*

*Nous apprécions votre bienveillance et l'exceptionnelle qualité de votre enseignement, fidèle à l'éclairage qu'apporte la psychanalyse à la psychiatrie.*

*Nous avons tout particulièrement apprécié votre engagement et votre aide dans la rédaction de travaux universitaires et de communications orales et écrites.*

*Veillez recevoir ici notre témoignage de gratitude tant pour les connaissances théoriques savamment transmises que pour la richesse du compagnonnage clinique que vous avez parallèlement institué.*

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,**

**Monsieur le Médecin en Chef Claude CARNIO**

**Psychiatre – Praticien hospitalier  
Praticien certifié des hôpitaux des armées**

*Mon Colonel, nous tenions à vous remercier tout particulièrement pour la bienveillance de votre accueil à notre arrivée dans la région.*

*Vous avez su nous transmettre votre sens aigu et subtil de la clinique classique.*

*Vous avez contribué à notre enseignement en matière d'expertise médico-légale et de décision médico-militaire.*

*Nous vous remercions infiniment pour toutes les connaissances pratiques et théoriques transmises.*

*Merci d'avoir accepté de juger ce travail.*

# **ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE**

**Monsieur le Médecin Général Inspecteur Jean-Étienne TOUZE**

**Membre de l'Académie Nationale de Médecine**

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques échelon vermeil

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

**Monsieur le Médecin Général Frédéric FLOCARD**

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques

Médaille d'Honneur du Service de Santé des armées

Directeur Adjoint et Chef de Corps de l'École du Val-de-Grâce

**CHAIRE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE  
CLINIQUE APPLIQUÉES AUX ARMÉES**

**Monsieur le Médecin Chef des Services Hors Classe  
Dominique VALLET**

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce  
Chevalier de la Légion d'Honneur  
Officier de l'Ordre National du Mérite  
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques

Directeur Adjoint de l'hôpital militaire Bégin

Titulaire de la chaire de psychiatrie et psychologie clinique appliquée  
aux armées

À mes grands parents Léonard, Lydie, Renée et André.

À mes parents Christian et Dominique. Merci pour votre soutien au cours de la préparation du concours de l'internat.

À mes amis Poitevins et Parisiens, Benoit Luce, Claire Coquin, Norah Djoudi, Jocelyn Avril, Fabien Reppel, Gaël Ragot, Amandine Couprie, Pierre Demondion, Alexandre Durand, Julien Métais, Anne Vo, Emilie Souchaud, Anne-Lucie Teillout... pour que la vie nous rapproche encore.

À la famille matriculaire 02 et 18, et particulièrement Bernard Valero, Sophie Montagnon, Noum Ba, Sébastien Habas, Fabrice Barbarin, Gaëtan Grondin, Paul Chiron, Marie Desjardins, Tiphaine Rabineau, Sophie Laversanne, Océane Martineau, Mickael Boulé...Merci pour votre soutien au cours de ses années de boîte, j'espère que nous nous retrouverons.

À mes co-externes Bordelais, Stéphane Bonifazi, Marion Vircoulon,...Stéphane Mayeux, Pierre Renard, Reena appado, Dorothée Trombert, Sarah Grosset, Marion Boursier, ...et tous les autres...

À mes internes et CCH Samia Benhamer, Agnès Monnier, Andra Economu, Sabine Chayette, Charles Ghiringhelli,

À mes co-internes, Joseph Robbe, Dorothée Crivelli, Cécile Hubsch...

À la promotion 2001, baptisée Jules Emily.

Aux Docteurs Touchard, Junqua, Moiton, Berger et Bardou-Jacquet.

Aux Professeurs Monique Pinthon, Danièle Mazin, Pascal-Henry Keller.

Aux amis *navalais* parmi lesquels, Marc Garetier, Nicolas Roche, Marion Lenoir, Marion Rebardy...

À l'équipe de psychiatrie de l'hôpital Legouest.

Au docteur De Kergunic.

À l'équipe de psychiatrie de la maison des adolescents de Metz, Valériane Thiébaud, *Juliette* Collignon, Christine Schmitt, Bernard Blanchard...

À mes professeurs Bordelais, Maïté Longy-Boursier, Thierry Schaefferbeke, Pierre Burbaud, Hélène Verdoux, Marc-Louis Bourgeois, Jean-Luc Pellegrin, Jean-Marie Ragnaud, Pierre Coste, Pierre Merville, Pierre Maurette, Dominique Liguoro, Brunot Brochet...

Aux patients rencontrés pendant toutes ces années...





*MARI TRANSVE MARE HOMINIBUS SEMPER PRODESSE*

# **SERMENT MÉDICAL**

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.*

# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>23</b>
<b>2. TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES ARMÉES : ÉTAT DES LIEUX.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Pluralité des conduites auto-agressives.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2. Modalités opératoires des tentatives de suicide.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2.1 Actes suicidaires</b>	
<b>2.2.2 Conduites à risque</b>	
<b>2.2.3 Idées suicidaires</b>	
<b>2.3 Évolution des idées sur les comportements auto-agressifs.....</b>	<b>38</b>
<b>2.4 Données épidémiologiques concernant les tentatives de suicide.....</b>	<b>44</b>
<b>2.5 Facteurs de risque .....</b>	<b>46</b>
<b>2.5.1 Les facteurs sociaux</b>	
<b>2.5.2 Les facteurs psychiatriques</b>	
<b>2.5.3 Facteurs précipitants</b>	
<b>2.5.4 Facteurs neurobiologiques</b>	
<b>2.6 Surveillance épidémiologique en milieu militaire.....</b>	<b>54</b>
<b>2.7 Cadre légal de la prévention civile et militaire.....</b>	<b>56</b>

<b>3. ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE : à propos de 39 observations cliniques.....</b>	<b>61</b>
<b>3.1 Objectifs.....</b>	<b>62</b>
<b>3.2 Matériel et méthodes.....</b>	<b>62</b>
<b>3.3 Résultats .....</b>	<b>66</b>
<b>3.3.1 Description de la population.....</b>	<b>66</b>
<b>3.3.2 Modalités opératoires de la conduite auto-agressive.....</b>	<b>75</b>
<b>3.3.3 Diagnostic psychiatrique et décision médico-militaire.....</b>	<b>83</b>
<b>3.4 Discussion des résultats .....</b>	<b>92</b>
<b>3.4.1 Justification de l'étude.....</b>	<b>92</b>
<b>3.4.2 Atteinte des objectifs.....</b>	<b>92</b>
<b>3.4.3 Biais.....</b>	<b>93</b>
<b>3.4.3.1 Biais de sélection</b>	
<b>3.4.3.2 Biais d'information</b>	
<b>3.4.3.3 Biais de mesure</b>	
<b>3.4.4 Comparaison des résultats de notre étude avec les résultats du rapport annuel du Département d'Épidémiologie et de Santé Publique.....</b>	<b>98</b>
<b>3.4.4.1 Description de la population</b>	
<b>3.4.4.2 Modalités opératoires de la conduite auto-agressive</b>	

<b>4. RÉFLEXION PSYCHOPATHOLOGIQUE ET COMPARAISON DES RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>103</b>
4.1 Comparaison des résultats de notre étude aux données de la littérature.....	104
4.2 Définition de l'impulsivité.....	104
4.3 Impulsivité et troubles psychiatriques.....	105
4.4 Liens entre impulsivité et suicidabilité.....	106
4.5 Étiologies à l'impulsivité.....	107
4.6 Les comportements suicidaires comme expression endophénotypique des traits impulsifs agressifs.....	110
<b>5. ILLUSTRATIONS CLINIQUES.....</b>	<b>111</b>
5.1 Cas clinique n° 1 : un accident provoqué de la voie publique révélateur de contagiosité suicidaire.....	112
5.2 Cas clinique n°2 : une phlébotomie révélatrice d'une psychose post-traumatique.....	116
5.3 Cas clinique n° 3 : une intoxication médicamenteuse volontaire .....	122

<b>6. ACTIONS DE PRÉVENTION RÉALISABLES SUITE AUX RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE.....</b>	<b>124</b>
<b>6.1 Prévention primaire : promotion de la santé et dépistage des suicidaires....</b>	<b>125</b>
<b>6.1.1 Vers une meilleure caractérisation et compréhension du phénomène auto-agressif</b>	
<b>6.1.2 Dépistage des patients dépressifs et des patients suicidaires par le médecin d'unité</b>	
<b>6.1.3 Dépistage des sujets dépressifs et suicidaires par les Cadres de l'unité</b>	
<b>6.1.4 Limitation de la disponibilité des armes à feu</b>	
<b>6.2 Prévention secondaire : prise en charge du suicidant.....</b>	<b>134</b>
<b>6.2.1 Rôle du médecin d'unité et du psychiatre</b>	
<b>6.2.2 Refuser l'approche expertale initiale pour laisser place aux soins</b>	
<b>6.3 Prévention tertiaire et quaternaire : conséquences de l'acte auto-agressif...</b>	<b>139</b>
<b>6.3.1 Pour le sujet concerné : prévention des récives</b>	
<b>6.3.2 Pour les proches : éviter les phénomènes de « contagion suicidaire », accompagnement du deuil</b>	
<b>6.3.3 Information médiatique au sein de la collectivité militaire et au-delà</b>	
<b>7. CONCLUSIONS.....</b>	<b>145</b>
<b>8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>150</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**AVP** : accident de la voie publique  
**BEA** : bulletin épidémiologique des armées  
**BEH** : bulletin épidémiologique hebdomadaire  
**BIS** : échelle d'impulsivité de Barrat  
**CAA** : conduite auto-agressive  
**CEMAA** : chef d'état major de l'armée de l'air  
**CepiDe** : centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès  
**CIM 10** : classification internationale des maladies dixième révision  
**CRM** : commission de réforme des militaires  
**CSO** : centre de sélection et d'orientation  
**DCSSA** : direction centrale du service de santé des armées  
**DESP** : département d'épidémiologie et de santé publique  
**DGS** : direction générale de la santé  
**DRASS** : direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
**DREES** : direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques  
**DRSSA** : direction régionale du service de santé des armées  
**DSM** : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux  
**ESPT** : état de stress post-traumatique  
**EVAT** : engagé volontaire de l'armée de terre  
**EVDG** : école du Val-de-Grâce  
**GEPS** : groupement d'étude et de prévention du suicide  
**HIA** : hôpital d'instruction des armées  
**HIALe** : hôpital d'instruction des armées Legouest  
**IMV** : intoxication médicamenteuse volontaire  
**INSERM** : institut national statistique et de recherche médicale  
**INVS** : institut national de veille sanitaire  
**ISRS** : inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine  
**MEH** : message épidémiologique hebdomadaire  
**MOOTH** : military operations other than war  
**OMS** : organisation mondiale de la santé  
**OPEX** : opération extérieure  
**OTAN** : organisation du traité de l'Atlantique Nord  
**PMSI** : programme de médicalisation des systèmes d'information  
**PRSP** : plan régional de santé publique  
**RAPASAN** : rapatriement sanitaire  
**RATP** : régie autonome des transports parisiens  
**RPT** : retentissement psycho-traumatique  
**SMPG** : santé mentale en population générale  
**SMU** : service médical d'unité  
**TS** : tentative de suicide  
**UNPS** : union nationale pour la prévention du suicide  
**VSA** : visite systématique annuelle



# **1 - INTRODUCTION**

La pulsion de mort s'exprime au cours des âges par une violence qui peut prendre le masque de la guerre ou du suicide [16,147,186]. Les suicides et tentatives de suicide sont une source majeure de mortalité et de morbidité en France et dans le Monde. La prévention des conduites auto-agressives est une priorité des politiques de Santé publique. De nombreuses études scientifiques traitent de la question du suicide. A contrario, il existe moins d'études s'intéressant aux tentatives de suicide. Pourtant, il est établi qu'elles représentent un facteur de risque de suicide accompli.

La dernière analyse épidémiologique des causes de décès en France décrit une diminution globale des taux de mortalité qui s'est renforcée depuis l'année 2000. Mais certaines causes de décès ont une évolution contrastée par rapport à la tendance globale, notamment le cancer du poumon et la maladie d'Alzheimer qui progressent ou les suicides qui ne régressent pas [5].

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour l'année 2002, le taux de mortalité mondial annuel du suicide est de 14,5 pour 100 000 habitants, constituant la treizième cause de décès dans le Monde. Il y aurait un décès par suicide toutes les 40 secondes. En Europe, le suicide aurait causé près de 170 000 décès cette même année [26]. La France est l'un des pays industrialisés qui connaît un des plus hauts taux de suicide, considéré comme Grande Cause Nationale depuis 1999.

En 2004, les 15–24 ans sont une population à haut risque de mort violente par accident de la voie publique. Dans cette classe d'âge, le suicide est la deuxième cause de décès tandis qu'il devient la première cause chez l'homme de 25-44 ans [5]. L'incidence annuelle des tentatives de suicide a pu, quant à elle, être estimée par l'INSERM, à partir de diverses enquêtes épidémiologiques, surtout hospitalières [11,14].

Dans les armées, les conduites auto-agressives posent de sérieux problèmes de sécurité tant au niveau individuel que collectif. En effet, l'armée est un groupe social issu de la population mais qui adhère à des valeurs de référence telles que le haut respect de la discipline et de la hiérarchie. Le métier de militaire est diversifié, faisant appel à une multitude de fonctions différentes, ce qui en fait aussi son attractivité. La force de ce système, aux facettes multiples, est l'unité fonctionnelle, à savoir un groupe de quelques militaires. Ce groupe travaille pour une mission donnée, réunissant pour cela un petit nombre de personnes aux fonctions plus ou moins différentes mais hautement complémentaires. Les personnes appartenant à un même groupe ne s'imitent pas. Elles vont toutes vers une même direction dont l'objectif est d'accomplir une mission. Le groupe ne peut fonctionner que s'il existe une cohésion. Une cohésion faible avec une chute de l'idéal et du sens de la mission est un facteur prégnant de déstabilisation et la porte ouverte à une série de troubles tant individuels que collectifs. Un groupe affaibli, parfois par un seul individu, est beaucoup moins opérationnel et peut mettre en danger gravement la mission. Sans cohésion, il ne peut y avoir de capacité opérationnelle. Chaque groupe doit reconnaître un chef qui symboliquement possède une fonction paternelle puisque porteur de la loi et du respect du cadre. Mais chaque médaille a son revers et il existe parfois une certaine crainte, ou même un sentiment de ne pas être suffisamment entendu, créant un vécu sensitif. Le groupe en général et l'individu en particulier ont besoin de reconnaissance.

La professionnalisation de l'armée avec l'abolition de la conscription est récente et a modifié certains aspects de l'institution militaire. Elle s'accompagne d'une plus grande capacité de projections vers des théâtres opérationnels, souvent dans le cadre de la participation de la France dans l'OTAN. Comme le souligne le nouveau livre blanc de la Défense Nationale, « *le monde n'est pas nécessairement plus dangereux, mais il est devenu plus instable et plus imprévisible. Il existe en l'occurrence une montée du terrorisme en*

*France mais aussi dans le reste du monde. La nation exige des militaires le plus haut degré de professionnalisme dans tous les domaines... » [163].* Les militaires doivent posséder de bonnes assises psychologiques répondant aux normes d'aptitude avalisées par le commandement. La féminisation croissante dans les armées, particulièrement marquée dans le service de santé, mais existant dans toutes les armées (en dehors de la Légion Étrangère), apporte un regard nouveau dans bien des domaines, mais est parfois potentiellement source de réduction momentanée en effectifs projetables (notamment en cas de grossesse).

Il existe plusieurs sortes de missions. Celles dites de guerre sont les plus classiques puisqu'il s'agit d'un engagement au combat dans un conflit déclaré. Les deux guerres mondiales du XX<sup>ème</sup> siècle font malheureusement référence en la matière. Mais les guerres persistent pour l'armée française avec un engagement dans le Golfe en 1990, et un engagement plus récent (2001) en Afghanistan dans le cadre de l'ISAF (Force Internationale d'Assistance à la Sécurité). Les autres missions se déclinent en missions d'interposition constituées par des foyers multiples et mobiles (comme par exemple la FORPRONU en ex-Yougoslavie) et en missions de maintien de la paix, ce qui n'exclut pas des actions brèves et limitées offensives. Il existe également des missions humanitaires telles que l'opération « turquoise » au Rwanda. Ces dernières peuvent malgré tout posséder leur lot d'horreurs avec confrontation soudaine à des atrocités (charniers, massacres...). Il faut savoir que certaines unités sont particulièrement mobiles avec des départs en OPEX annuels, d'une durée allant classiquement de quatre mois jusqu'à six mois ou davantage pour les missions en Afghanistan.

Les matériels utilisés sont de plus en plus sophistiqués et nécessitent non seulement une formation technique de qualité, mais une attention toute particulière lors de leur emploi, excluant tout problème psychologique, qu'il soit chronique comme un trouble de la

personnalité par exemple, ou ponctuel comme des troubles du comportement sous l'effet de substances psychoactives (SPA).

La population militaire peut être évaluée à travers deux grands groupes : d'une part, les engagés, population jeune dans son ensemble (18 – 36 ans, la majorité ayant moins de 25 ans) et de plus en plus attractive pour les femmes ; et d'autre part les militaires de carrière, en moyenne plus âgés mais au statut plus protecteur. Les engagés conduisent leur carrière avec des contrats renouvelables, le plus souvent tous les cinq ans, parfois pour des durées moindres. Les motivations d'engagement sont variées, allant de motifs teintés par l'immatunité du jeune âge à des idéaux plus profonds mais parfois prédisposant à un certain manque de souplesse. Le contexte socio-économique actuel pousse la plupart de ces jeunes gens à désirer faire carrière dans une institution reconnue pour sa rigueur et une certaine sécurité financière associée. Mais il s'agit également d'une idéalisation pour les métiers d'armes, d'une volonté de vouloir « servir sa nation », et d'un désir de travailler « dans l'humanitaire ». Néanmoins, le statut des engagés reste lié aux aléas des renouvellements de contrat. L'expérience montre que les deux périodes les plus délicates sont les deux premières années du premier engagement, le militaire étant souvent déçu par le décalage existant entre ses idéaux d'engagement et la réalité du terrain, mais aussi le deuxième contrat entre six et onze ans de carrière où l'on observe volontiers un certain épuisement, en partie dû à une multiplication des opérations extérieures (OPEX). La question de l'adaptation peut par conséquent se poser très tôt ou au cours des premières OPEX, parce qu'un point de rupture est atteint, ou parce qu'un trouble psychiatrique sous-jacent se révèle (trouble grave de la personnalité, déclenchement psychotique...) dans des moments délicats de déstabilisation. Des conduites addictives peuvent alors se rencontrer, avec une prédominance pour la consommation de cannabis, souvent associée à des abus répétés d'alcool (alcools forts, recherche de « défonce »).

Les militaires de carrière regroupent le corps des sous-officiers (officiers mariniers dans la Marine nationale) et des officiers. La tranche d'âge est supérieure, la majorité se répartissant entre 30 et 55 ans. Cette population se caractérise par les aléas du parcours de la carrière au gré des mutations, des changements de grade et/ou de fonctions. Ce groupe est également plus marqué par des difficultés socio-familiales (célibat géographique, risque élevé de divorces, surtout pour les femmes militaires, grands enfants à charge...). Lorsque des troubles psychiatriques sont décelés, ils sont plus volontiers chroniques et/ou intenses, tels les troubles de l'humeur ou une psychose paranoïaque évoluant à bas bruit avec parfois des paroxysmes tout aussi bruyants qu'inquiétants et déstabilisants pour l'entourage tant familial que professionnel. Ce groupe n'est pas épargné par les mésusages de SPA, essentiellement des abus ou une dépendance à l'alcool. La consommation associée de tabac est fréquente aggravant la morbi-mortalité.

Les missions possèdent des spécificités différentes suivant les armes, mais des points communs sont retrouvés. En l'occurrence, les départs en missions extérieures sont souvent répétés au cours de la carrière. La présence de l'arme est une constante, bien sûr évidente pour les gendarmes, mais tout aussi fréquente lors des OPEX ou même lors des manœuvres sur le terrain. Autre facteur fragilisant souvent retrouvé, la promiscuité, qu'il s'agisse d'une promiscuité de circonstance lors des OPEX, ou lors des sorties en sous-marins, ou davantage ancrée dans un mode de vie en gendarmerie rendant la séparation lieu de travail – lieu de vie privée assez floue. Mais en ligne de fond est constamment posée la question de la mort, celle de l'autre devenant traumatisante en ce sens que l'autre peut représenter un alter ego, mais aussi la mort de soi. La mort n'est pas seulement celle que le militaire risque de recevoir dans cette position sacrificielle qu'il est sensé accepter tout au long de sa carrière, mais aussi celle qu'il peut être amené à donner dans les conditions d'exercice de son métier. Par ailleurs, il peut s'agir d'une mort particulièrement atroce lors de la découverte de charniers ou de visions

particulièrement effroyables, visions de guerre, d'autant plus insoutenables qu'elles touchent la population civile et encore plus les enfants, mais aussi visions de suicide ou de morts par accidents de la voie publique, lot quotidien des gendarmes ou de la brigade des sapeurs pompiers de Paris. Des points plus spécifiques à chaque Arme sont également retrouvés. Pour chacune, il existe des postes à risques, comme par exemple l'appartenance aux troupes aéroportées dans l'armée de terre, les pilotes de chasse de l'armée de l'air, les sous-marinières dans la Marine nationale, le GIGN (Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale).

Ainsi, l'engagement dans l'institution militaire n'est pas seulement de nature contractuelle. Il impose bien d'autres vécus, uniques en leur genre, ce qui en fait sa force mais aussi sa difficulté. Seul un esprit de cohésion, acquis patiemment avec l'entraînement et renforcé par des valeurs militaires fortes, permet d'aller de l'avant. Ceci ne peut se concevoir que grâce à une sélection rigoureuse des personnels, sélection d'abord initiale à l'engagement, puis tout au long de la carrière lors des visites systématiques annuelles et des visites programmées lors d'événements particuliers (changement de statut, renouvellement de contrat, départ en OPEX mais aussi retour d'OPEX, et aussi tout événement pathologique intercurrent).

Entre 2001 et 2005, les armées ont subi 332 suicides (soit en moyenne 66 suicides/an ou plus d'un suicide par semaine) et environ trois fois plus de tentatives. Ce chiffre est extrait d'un document du service de santé des armées intitulé « *conduites auto-agressives dans les armées : tentatives de suicide et suicides. Résultats de la surveillance épidémiologique 2001-2005* » réalisé par l'Ecole du Val-de-Grâce [190]. Sur 332 suicides, 44,9% utilisent une arme à feu, en particulier dans la gendarmerie. La pendaison vient juste après avec 39,7%. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les suicides ont lieu surtout en métropole et peu en opération extérieure. D'une armée à l'autre, les chiffres sont variables. Ainsi, on se suicide

deux fois plus dans la Gendarmerie que dans la Marine. Mais, on se suicide moins dans les armées que dans la population civile.

La prévention des conduites auto-agressives dans les armées présente des particularités liées à la population militaire qui pour pouvoir manier les armes et s'adapter à un environnement difficile est soumise à une sélection médicale stricte et à une surveillance épidémiologique accrue. Peu d'études se sont intéressées aux déterminants de l'auto-agressivité dans les armées. En indexant les mots-clefs « *suicide attempt ; army ; servicemen* » dans le moteur de recherche *Medline*, seules dix publications internationales sont spécifiquement référencées depuis 1997 sur les tentatives de suicide en milieu militaire.

Après avoir défini plusieurs termes propres à cette question et l'avoir resituée dans son contexte historique, nous présentons une revue bibliographique sur le suicide et les tentatives de suicide à la recherche de facteurs de risque. Nous détaillons ensuite la surveillance épidémiologique des suicides et tentatives de suicide en milieu civil et militaire. Grâce à une étude rétrospective sur dossier médical, nous déterminons les caractéristiques sociodémographiques et étiopathogéniques d'une population de suicidants militaires prise en charge à l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest à Metz. Les résultats de cette étude personnelle sont ensuite mis en perspective avec ceux de la surveillance épidémiologique des armées d'une part, et les données de la littérature d'autre part. Grâce aux résultats de ces recherches, et après trois illustrations cliniques, nous proposons des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire pour tenter de prévenir et limiter la mortalité et la morbidité des gestes auto-agressifs dans les armées et donner des outils aux médecins d'unité pour les aider dans cette tâche.



## **2 – TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES ARMÉES :**

### **ÉTAT DES LIEUX**

## 2.1 Pluralité des conduites auto-agressives

La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes dans sa dixième édition (CIM-10) [195] propose au chapitre XX une thésaurisation des « *causes externes de morbidité et de mortalité* » comme suit :

- Lésions auto-infligées (X60 – X84)
- Évènements dont l'intention n'est pas déterminée (Y10-Y34)
- Séquelles d'une lésion auto-infligée, d'une agression ou d'un évènement d'intention non déterminée (Y87).

Le chapitre XXI collige les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé dont le paragraphe Z91 intitulé « *antécédents personnels de facteurs de risque non classés ailleurs* » qui inclut la tentative de suicide dans son sous-paragraphe Z91.50 : « *antécédents personnels de lésions auto-infligées : intoxication volontaire, parasuicide, tentative de suicide* ».

La classification américaine diagnostique et statistique des troubles mentaux, y compris dans sa dernière version révisée de 2000, ne réserve aucune place au suicide ou à la crise suicidaire en tant que diagnostic [3]. Les termes suicide, tentative de suicide et parasuicide ne sont pas cités en index.

Aussi, en référence à différents auteurs, nous allons définir successivement les idées suicidaires, la crise suicidaire, la tentative de suicide, les équivalents suicidaires et le suicide.

Les idées suicidaires sont des pensées ou des idées de mort par représentation mentale d'un acte auto infligé symbolisant un passage à l'acte qui demeure plus ou moins bien scénarisé.

Située en amont du geste suicidaire, la *crise suicidaire* est une notion récente définie par la Fédération Française de Psychiatrie comme « *la trajectoire qui va du sentiment*

*péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité* » [234]. Ce nouveau concept contribue à faire évoluer la définition de la tentative de suicide en excluant de cette dernière toute référence à la potentielle gravité somatique du passage à l'acte. « *Il n'y a pas de petites tentatives de suicide* ». Védrinne rappelle néanmoins qu'il n'existe pas de consensus international sur des critères de définition de la crise suicidaire [234]. Mais « *pour aussi forte que soit la volonté du patient de mourir, au fond de lui il reste toujours un désir, même minime, de continuer à vivre... Ce que veut la personne, c'est arrêter de souffrir... Le suicide est un moyen d'obtenir cet apaisement...* » .

La tentative de suicide est définie comme « *un passage à l'acte non fatal, traduisant le projet de se donner la mort, sans tenir compte des risques objectivement encourus par son auteur* » [232]. Le sujet est au décours de son geste, considéré comme suicidant.

Par le passé, on accordait communément davantage d'importance, en terme de gravité psychiatrique, au « *near fatal* », ce suicide manqué se traduisant par des conséquences somatiques graves, où le sujet était souvent sauvé in extremis grâce à une aide extérieure impromptue, ou grâce aux progrès des techniques de réanimation. A contrario, s'opposait naguère le passage à l'acte auto-agressif bénin dans ses conséquences somatiques initiales et dont la dangerosité psychiatrique à long terme était -à tort- négligée. Une différence épidémiologique est présente entre ces deux groupes de patients différenciant toujours deux types de populations de suicidants, surtout en terme de sex ratio. Mais le risque de cette conception, aujourd'hui obsolète, était de négliger la gravité potentielle d'une récurrence. Après une première tentative de suicide, le risque de suicide sur la vie entière est de 10 à 14% [69]. La tentative de suicide, quelque soit sa présentation, est l'un des signes prédictifs majeurs d'un

suicide ultérieur : 1% des suicidants décèdent dans l'année qui suit un geste auto-agressif [236].

Sans préjuger des modalités de présentation d'un comportement auto-agressif, prévaut aujourd'hui l'idée d'une expression symptomatique différente d'un *même phénomène* autodestructeur. On notera d'ailleurs pour mémoire que les enquêtes épidémiologiques réalisées en population générale se basent souvent sur le sentiment subjectif de celui qui déclare avoir réalisé une tentative de suicide. Le sujet donne lui-même sa propre définition de l'autodestruction, ce qui permet d'en limiter l'interprétation par l'enquêteur ou le soignant. La tentative de suicide semble ainsi difficile à définir du fait de la notion d'intentionnalité suicidaire de l'acte, variable d'un sujet à l'autre, voire d'un passage à l'acte à l'autre chez un même sujet.

Les équivalents suicidaires coïncident avec de nombreuses conduites à risque qui se situent aux confins des conduites addictives avec perte du contrôle par rapport à un comportement pathologique : automutilations, dépendances marquées à diverses substances psycho-actives licites ou illicites, sports à haut risque, conduites sexuelles à risque, conduite automobile dangereuse. Pour Adès, il s'agit de « *l'engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses, pour soi-même et éventuellement pour autrui, comportement non imposé par des conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour l'éprouvé de sensations fortes, du jeu avec le danger et souvent la mort* » [1]. Deux entités cliniques se dégagent : d'une part, la confrontation volontaire à un danger avéré et plus ou moins perçu comme tel et d'autre part, la conduite potentiellement risquée où prédomine le déni de la réalité du risque. À côté de situations de méconnaissance ou de déni du risque, existent bien des conduites « à risque » dans lesquelles le défi de ce même risque reste l'attrait principal des actes du sujet. Ces comportements potentiellement autodestructeurs sont nombreux : aggravation d'une maladie somatique par le fait du malade, hyperobésité,

anorexie mentale, automutilations, accidents répétés et jeux dangereux [79]. Une place doit être réservée ici aux automutilations, manifestation d'une souffrance qui ne parvient pas à se dire, à trouver une voie d'expression symbolique. Ce comportement autodestructeur est en pleine expansion, notamment dans la population adolescente. Bien que la définition varie selon les auteurs, nous retiendrons avec Herpertz que c'est un comportement qui consiste à se faire mal de façon délibérée sans l'intention consciente de se suicider et sans entraîner des blessures pouvant menacer le pronostic vital [128]. Sont donc exclues ici les tentatives de suicide et les actes auto-agressifs aux conséquences somatiques graves.

Le suicide correspond au décès du patient dans les termes définis par Durkheim : *« tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle devait savoir produire ce résultat »* [77].

Le terme parasuicide doit également être évoqué car il est utilisé dans de nombreuses études en constituant *« un acte à l'issue non fatale par lequel un individu a un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, peut entraîner une automutilation, ou ingère une substance en excès par rapport à la quantité prescrite et qui a pour but de provoquer les changements que le sujet désirait »* [28].

Toutes ces définitions illustrent un continuum de comportements autodestructeurs dont les déterminants étiopathogéniques et psychopathologiques méritent d'être connus et étudiés.

## **2.2 Modalités opératoires des tentatives de suicide**

### **2.2.1 Actes suicidaires**

Il n'existe pas, en France, de relevé systématique des actes suicidaires n'ayant pas abouti au décès. On estime, en 2002, à 195 000 le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins. Cette estimation provient de plusieurs sources dont les données sont statistiquement difficiles à synthétiser :

- le réseau sentinelle des médecins généralistes qui estime que les médecins traitants ont reçu en moyenne 56 000 personnes en 2002 pour prise en charge d'une tentative d'autolyse [11,14].

- l'enquête Urgences, réalisée par la DREES en 2002 auprès de 150 services d'urgences, estime à 1,23% la proportion de consultations aux urgences motivées par une tentative de suicide [42]. Dans 56% des cas, le patient est adressé par son médecin généraliste.

- les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information pour les hôpitaux (PMSI) nous informent que 22 000 tentatives de suicide ont été directement hospitalisées en médecine – chirurgie – obstétrique, sans passage préalable par un service d'urgence [11,14].

### **2.2.2 Conduites à risque**

Malgré l'absence de surveillance épidémiologique des conduites à risque, certains éléments sont évocateurs. En 2004, la tranche d'âge 15–24 ans est une population à haut risque de mort violente par accident de la voie publique (AVP) constituant la première cause de décès. Néanmoins, entre 1980 et 2004, le taux de décès par mort violente a été divisé par deux avec une diminution régulière dans le temps [5].

### 2.2.3 Idées suicidaires

Sans doute est-il encore plus difficile d'évaluer la fréquence des idéations suicidaires, ce que confirme en l'occurrence Gunnell [114]. L'enquête réalisée par « MACIF-prévention » décrit que 17% des 551 sujets interrogés en face à face à leur domicile, déclarent avoir envisagé sérieusement, « *souvent ou assez souvent* » de se suicider. Parmi ces derniers, 7% disent avoir déjà réalisé une tentative de suicide [161]. Selon Védrinne, 80% des sujets qui réalisent une tentative de suicide ou qui se suicident expriment de telles idées dans les mois précédant. Le risque de passage à l'acte est évalué chez l'adolescent à 1% en l'absence d'idées suicidaires, à 14% en cas d'idées suicidaires occasionnelles et à 41% en cas d'idées suicidaires fréquentes [234].

### 2.3 Évolution des idées sur les comportements auto-agressifs

Le suicide semble universel dans l'histoire des hommes. Nous ne savons pas quel fut le premier suicide humain, mais nous pensons que ce dernier est contemporain de l'émergence du langage parlé et de l'écriture. D'ailleurs, comme nous le verrons, le passage à l'acte vient en lieu et place de la parole lorsque cette dernière ne peut s'exprimer.

La symbolique et la signification du suicide varient à travers les âges en fonction du contexte socioculturel. Dans l'antiquité grecque, la tolérance socratique vis-à-vis des conduites suicidaires fait autorité : « *le suicide, c'est entrer dans le monde des présences idéales, dont la réalité terrestre n'est que l'ombre* ». Un siècle plus tard, Aristote inclut une dimension sociale à l'acte suicidaire en l'évoquant comme une faute contre l'État. Pour Saint Augustin et les Pères de l'Église, le suicide est assimilé à un crime envers la communauté religieuse. Un procès est instruit contre le défunt jusqu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle où les conduites suicidaires sont de nouveau appréhendées comme un acte personnel intime et non plus comme une injure sociale. La Déclaration des Droits de l'homme fait disparaître toutes les pénalités préalablement encourues pour les victimes de suicide.

En 1810, si Napoléon Bonaparte ne fait pas mentionner la notion de suicide dans ce qui deviendra le Code pénal, il fustige néanmoins le militaire suicidé en le comparant à un « *soldat déserteur* ». Les militaires sont actuellement soumis au Code Pénal pour les infractions de droit *commun et au Code de Justice Militaire pour les infractions militaires* [51]. Le Chapitre « *infractions tendant à soustraire leur auteur à ses obligations militaires* » du Code de Justice Militaire condamne l'insoumission, la désertion et la mutilation volontaire « *dans le but de se soustraire à ses obligations militaires* ». La tentative est punie comme l'infraction elle-même de un à cinq ans de prison (article 418). Les complices éventuels, notamment médecins, seront également poursuivis et pourront être condamnés jusqu'à dix de



réclusion (articles 419 et 420). D'après la procédure définie, le Chef de Corps de l'unité informe l'autorité judiciaire de l'infraction constatée. Le dossier de plainte est adressé au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance qui seul décidera de la mise en mouvement ou non de l'action publique. En pratique, il est rarissime qu'une plainte soit déposée. Les articles sus-cités du Code de Justice Militaire avaient peut être davantage leur place du temps de la conscription ; ils apparaissent aujourd'hui désuets en temps de paix. Coulot rappelle en 1991 que « *consulté en tant qu'expert, le psychiatre n'a pas à contribuer à la caractérisation de l'infraction en se prononçant sur l'intentionnalité ou la non intentionnalité de l'acte* » [59]. Il doit garder auprès du sujet une fonction possible de thérapeute [31,59].

Parmi les auteurs modernes de la seconde partie du XIX<sup>ème</sup> siècle, Bazot note que « *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. Dans l'institution militaire aux structures rigides, peu tolérantes à la déviance, c'est d'abord un fait social avant de constituer un problème individuel* » [19]. Pour Lebigot, le suicide apparaît comme antinomique avec la vocation du militaire : « *se tuer est suprême manquement à la parole du soldat, puisque c'est dérober sans recours possible l'objet même de l'échange contractuel [...] Car en s'engageant, c'est sa vie que le soldat s'est d'abord engagé à donner* » [152]. Les valeurs militaires se conçoivent dans un processus d'idéalisation et le suicide du soldat intervient souvent à l'occasion d'une désillusion, d'une déception ou d'une blessure narcissique. En considérant le geste suicidaire comme une tentative de se soustraire à ses obligations militaires, l'institution retient un point de vue oedipien sur l'acte, c'est-à-dire sa valeur de refus délibéré de payer sa dette à la collectivité. Le suicide apparaît alors comme « *injure à la notion de sacrifice* » [152]. De même, Vauterin oppose les phénomènes de guerre et de suicide : « *dans la guerre pour la défense de la patrie, le combattant accepte de*

*tuer ou d'être tué pour défendre des valeurs supérieures à sa propre vie, alors que le suicide est refus non seulement de la vie mais aussi de la mort naturelle* » [233]. Pour Plouznifoff, l'acte « va à contre-courant du sens, vers un soutien de la parole du sujet, qui puisse ouvrir à une signification. Là même où le passage à l'acte est court-circuit de la parole, l'acte thérapeutique vise à une inversion : qu'à la place de la destruction se loge une production du sujet » [203].

Les théories psychanalytiques successives ont cherché à donner du sens aux actes auto-agressifs. Sigmund Freud, dans son article « *Deuil et Mélancolie* » [96,97], pense que le sentiment dépressif est lié à la perte d'objet réelle ou fantasmatique. Le sujet doit alors créer d'autres liens avec d'autres objets. Il se met à haïr l'objet disparu puis se hait lui-même : « *les auto-reproches que formule le mélancolique sont des reproches contre un objet d'amour, qui sont renversés de celui-ci sur le Moi propre* ». Le Surmoi condamne le Moi. Avec un autre regard psychanalytique, Mélanie Klein intègre la position dépressive du développement de l'enfant dans la psychopathologie des conduites suicidaires : « *par le suicide, le moi cherche à tuer ses mauvais objets et à sauver ses objets d'amour, qu'ils soient internes ou externes* » [144]. L'acte suicidaire permet au Moi d'être à l'unisson avec ses objets d'amour intériorisés et auxquels il s'est identifié. Pour Jacques Lacan, le seul rapport que le sujet puisse avoir avec la mort est ce qu'il peut s'en représenter ou ce qu'il ne peut s'en représenter. Le seul rapport possible à sa propre mort passe ainsi par le langage qui différencie l'être parlant de l'animal. Dans le même axe, Briole précise que le « *suicide est un non-dit, une mise en acte plutôt qu'une mise en mots. Le suicidant, par les mots, justifie souvent son geste aux autres, alors que pour lui-même c'est un parti pris de ne rien vouloir en savoir* » [38]. « *La mort ne se confond pas avec le décès, elle excède l'organique* ». C'est dans l'écart qui existe entre le corps qui cesse de vivre et la mort que se situe l'« être parlant ». Lebigot se réfère à la psychopathologie du traumatisme psychique en tant que confrontation au réel de la mort pour

nous éclairer sur la psychopathologie du suicide [153]. Les tentations suicidaires du traumatisé psychique nous permettent d'envisager trois facteurs favorisants : la dépression, la culpabilité et le fait d'avoir été mêlé à des atrocités. L'effraction de l'image traumatique repousse le champ des représentations mentales : c'est le bref instant de l'*effroi* où le sujet, déserté par le langage, éprouve une expérience indicible et par là même déshumanisante. La honte et l'abandon de la communauté des hommes sont appelés à faire des ravages chez les patients souffrant de traumatisme psychique. Le suicide devient le paradigme de l'exclusion de la communauté humaine.

Bien d'autres auteurs civils ont cherché à classer les conduites auto-agressives en différents types.

Baechler [12], appréhende les suicides selon plusieurs catégoriels de signification de l'acte :

- *escapistes* avec la fuite, le deuil, le châtement.
- *agressifs* dont la vengeance, le chantage, l'appel.
- *oblatifs* comme le sacrifice, le passage.
- *ludiques* comportant l'ordalie et le jeu.

Biéder [27] s'intéresse davantage au rapport du suicidaire à l'autre et à la mort, en distinguant :

- le suicide élargi de la mère et de son jeune enfant, lequel est confondu comme une partie d'elle-même,
- l'homicide altruiste du mélancolique qui veut soulager son semblable comme lui-même,
- l'euthanasie devant rester un soulagement altruiste du patient et non de ceux qui s'en occupent,

- le suicide à deux chez les amoureux contrariés où l'idée de mort naît séparément chez chacun des membres du couple,
- la folie à deux où l'inducteur de l'idée contamine l'induit,
- le syndrome de Médée où l'épouse déchue tue les enfants de son mari pour lui infliger l'absence de descendance,
- le syndrome de Sardanapale où le mourant cherche à enterrer avec lui ses proches dont il n'accepte pas la pérennité.

La compréhension du suicide en tant que rupture dans la relation à l'autre et à soi-même est ici mise en exergue.

En étudiant la psychologie de l'adolescence, Pedinielli [199] retrouve quatre modèles psychopathologiques dans les conduites à risque :

- la recherche de sensations en maintenant une opposition entre sensations physiques et émotions élaborées psychiquement ;
- la tentative de maîtrise comportementale de l'excitation provoquée par l'objet libidinal plutôt qu'une élaboration psychique dans le langage et la représentation ;
- la conduite ordalique permettant une régénération par confrontation à la mort, un auto-engendrement interprétable comme une confrontation à la castration décriée et rejetée ;
- l'addiction en tant qu'économie parallèle de réduction du désir au besoin.

Ces trente dernières années, la caractérisation de deux populations épidémiologiques distinctes, de type suicide versus tentative de suicide, a conduit à minimiser la dangerosité des conduites suicidaires apparemment bénignes sur le plan somatique. Or la capacité à passer à l'acte est fortement prédictive d'une récurrence dont le risque majeur est le suicide [44, 132]. La tentative de suicide est un facteur de risque de suicide réussi. 19 à 42% des suicidés avaient au

préalable effectué une tentative et 10% des suicidants décèdent par suicide dans les dix ans suivant leur geste [121, 205, 224, 225]. L'émergence du concept de crise suicidaire a fait naître un intérêt pour une seule population, les suicidants, ainsi que le refus d'une certaine hiérarchie du risque en fonction de la présentation de la conduite à risque. Benoit [24] identifie plusieurs étapes psychodynamiques du comportement suicidaire établies selon un ordre chronologique. Au début, il y a la phase pré-suicidaire avec mise en place de moyens d'adaptation pour faire face aux événements de vie extérieurs. Puis vient la phase du passage à l'acte proprement dit qui associe un événement déclenchant à l'échec des mécanismes de défense mis en œuvre par l'individu. Enfin la phase post-suicidaire traduit une résolution de la crise, ou a contrario les prémices d'une récurrence. La crise suicidaire est une conception moderne qui a fait l'objet d'une conférence de consensus [82,83]. Elle dure en moyenne 6 à 8 semaines : le suicide devient une solution pour mettre fin à la souffrance. Le sujet est submergé par les émotions, la tension émotionnelle entraîne un épuisement des ressources cognitives et la perception de la réalité est embrouillée. Devant la perte de capacité à trouver des solutions pour faire face aux difficultés, la personne en crise développe des solutions inadaptées dans le but de trouver un apaisement. Il existe le plus souvent un élément déclencheur parfois objectivement insignifiant pour le clinicien ; cet événement n'en reste pourtant pas moins le détonateur du passage à l'acte [228]. À l'heure actuelle, le concept de crise suicidaire s'impose dans la nosographie psychiatrique.

D'un point de vue philosophique, le phénomène auto-agressif est aujourd'hui considéré comme une question médicale et sociale. Le suicide est plutôt abordé sous l'angle phénoménologique dans une logique compréhensive qui expliquerait pourquoi le sujet semble vouloir mettre fin à sa vie. Les facteurs de causalité intervenant sont multiples et se déclinent en démographique, social, psychologique et biologique.

## 2.4 Données épidémiologiques concernant les tentatives de suicide

Comparées à la multitude d'études réalisées et en cours de réalisation sur le suicide, les tentatives de suicide sont moins étudiées [11,185]. Du point de vue de l'épidémiologie descriptive, il n'existe pas de recueil systématique de données. Il est à noter que même pour le suicide la qualité du recueil des données est aléatoire [45,134]. La plupart des études référencées sont rétrospectives. Quelques cohortes ont été créées en milieu professionnel dont l'étude GAZEL [105,106].

L'OMS a récemment mis en œuvre des études multicentriques indiquant un nombre de tentatives de suicide de 20 à 30 millions par an à travers le monde [29].

Pour l'hexagone nous disposons de données partielles provenant le plus souvent de régions délimitées et pour une période restreinte [15]. La France a participé à l'étude « *The WHO/EURO Multicentre study on suicidal behavior* » dans laquelle plusieurs grands centres de référence se sont succédés [212].

Le sex ratio des tentatives de suicide est inverse à celui des suicides : les femmes réalisent deux à trois fois plus de tentatives de suicide que les hommes [212]. Le risque diminue progressivement avec l'âge [47, 212], de même que le différentiel de sex ratio [193]. Ainsi de manière unanime dans la littérature, les tentatives de suicide touchent davantage les femmes et les tranches les plus jeunes de la population [99, 100,191].

Les moyens les plus fréquemment utilisés sont les intoxications médicamenteuses volontaires dans plus de 50% des cas, suivies des phlébotomies dans plus de 10% des cas [37]. Mann retrouve que les hommes utilisent des moyens plus violents que les femmes au cours d'un geste auto-agressif [165]. De plus ils planifient davantage leur geste. Donc les femmes utilisent des modalités opératoires moins létales qui confèrent une plus grande chance de survie [165,25]. Pour Hawton et Zahl, la présentation opératoire de la tentative de suicide

indexe est majoritairement l'intoxication médicamenteuse volontaire dans plus de 85% des cas chez les hommes comme chez les femmes [124].

L'étude de Staikowsy a retrouvé l'historique des spécialités pharmaceutiques utilisées lors d'intoxications médicamenteuses volontaires à dix ans d'intervalle entre 1992 et 2002 [222]. Entre les deux périodes, les caractéristiques socio-démographiques de la population ne se modifient pas avec une nette prédominance féminine et un âge moyen de 35 ans. La classe de médicaments la plus utilisée est celle des psychotropes avec augmentation significative des antidépresseurs et notamment les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), tandis que l'utilisation de benzodiazépines diminue. Pour les autres classes thérapeutiques, le paracétamol est le plus utilisé et non le moins dangereux par rapport à la croyance collective.

## 2.5 Facteurs de risque

### 2.5.1. Les facteurs sociaux

Ils sont avancés par plusieurs auteurs avec Chastang qui retrouve davantage de chômeurs et de sujets divorcés chez les suicidants mettant en exergue le rôle de la solitude du sujet [47]. Christoffersen insiste sur les conditions de vie socio-économiques précaires, les traumatismes dans l'enfance dont la violence intrafamiliale et la négligence [48]. Fekete tente de déterminer un profil du suicidant : une femme sans emploi, divorcée ou veuve, avec un antécédent de dépression ; un homme sans emploi, seul et présentant une consommation à risque de substances psycho-actives [85].

### 2.5.2. Les facteurs psychiatriques

#### *Troubles thymiques*

Dans la revue de Mann [167], les troubles de l'humeur unipolaire et bipolaire entraînent le risque de comportement suicidaire le plus élevé [33, 115, 219]. Une étude originale car prospective de Petteri-Sokero étudie les facteurs de risque de tentative de suicide chez des patients présentant un épisode dépressif caractérisé [200]. Par rapport aux patients en rémission complète d'un épisode dépressif, le risque relatif de réaliser une tentative de suicide est de 7,5 pendant l'épisode et de 2,5 en cas de rémission partielle. Pour Malone [164], la période la plus à risque de survenue d'une tentative de suicide est représentée par les trois premiers mois après le début de l'épisode et les cinq années suivant la fin de l'épisode, indépendamment de la sévérité et/ou de la durée du trouble. Ce point est conforté par Mann qui retrouve que l'intensité objective du trouble dépressif n'est pas un bon élément prédictif de suicidalité future [165, 167]. Il faut plutôt prendre en compte la subjectivité du patient en relevant le sentiment d'échec ou de désespoir, l'intensité de l'humeur dépressive ressentie, l'absence de raison de vivre et la prégnance d'idéations suicidaires. Selon Beck, « *on ne se*



*suicide pas parce qu'on est déprimé, mais parce qu'on est à l'acmé du désespoir* » [23]. Il est à noter que le rôle de la dysthymie est évoqué par d'autres auteurs [130].

Dans la mélancolie où l'humeur dépressive atteint le paroxysme de la souffrance, le risque de passage à l'acte est à redouter tout au long de l'évolution de la maladie. Parfois, le suicide est inaugural. Son occurrence reste élevée pendant la phase évolutive. Mais alors qu'on croit le mélancolique soulagé, dégagé de son fardeau d'autoaccusation, le passage à l'acte vient surprendre l'entourage par sa violence, la froideur de son élaboration et cette découverte « post-mortem » que le suicidé avait prémédité son geste, d'où son apparent soulagement.

### *Psychoses*

Plusieurs études rétrospectives ont démontré que les psychoses dissociatives sont un facteur de risque de tentatives de suicide [227,116]. Dans la schizophrénie, les passages à l'acte surviennent à des temps variés de l'évolution de la maladie [43,135]. Mais trois moments sont particulièrement délicats. Le suicide inaugural répond à une impulsion suicidaire bizarre et imprévisible. Ainsi, un patient sur 10 décède dans les stades initiaux de la maladie. Les moments féconds obéissent à certaines injonctions délirantes, dont l'ordre hallucinatoire de tuer. Quant aux moments dépressifs et/ou de désespoir, ils surviennent lorsque le sujet est moins dissocié et qu'il prend la mesure de son handicap et surtout de ce que la maladie ne lui permet plus de réaliser.

### *Troubles de la personnalité*

Il n'y a pas de « personnalité type » laissant prédire la potentialité d'un passage à l'acte [6,118,171,213-4].

En revanche, le trait commun est l'impulsivité [241]. Celle-ci se retrouve volontiers chez les sujets ne tolérant pas la frustration, le manque, la séparation ou l'abandon. Ce trait n'est pas spécifique d'une personnalité donnée mais se voit avec une certaine fréquence chez les personnalités psychopathiques (ou anti-sociales) et les états limites (borderline) [30,40].

On peut aussi retrouver des antécédents de maltraitance dans l'enfance augmentant le potentiel agressif à l'âge adulte [40].

#### *Consommation de substances psychoactives à risque*

En population adolescente, Davidson et Kelly [63,142] retrouvent davantage d'usage d'alcool, de cocaïne et d'hallucinogènes chez les adolescents suicidants que dans le groupe témoin. Le nombre de produits consommés est plus important que le type de produit. Pour ces mêmes auteurs, après ajustement des données socio-démographiques et pathologiques associées, l'usage de substances psychoactives est un facteur prédictif de tentative de suicide.

De façon consensuelle, l'inhibition du passage à l'acte semble levée par l'intoxication alcoolique aiguë, l'ivresse diminuant l'élaboration mentale des significations de l'acte et surtout rassurant ou éloignant la peur de la mort [80,81,217].

#### *Comorbidités psychiatriques [122]*

McDermut et Harris démontrent que chez les patients dépressifs la présence d'un trouble comorbide tel qu'un trouble anxieux, un abus de substance ou un défaut du contrôle des impulsions augmente le risque de tentative de suicide [117,172]. Beautrais a étudié plus de 300 patients ayant réalisé une tentative de suicide médicalement sévère parmi lesquels plus de 50 % présentent au moins deux troubles comorbides [22].

### *Particularités militaires*

Au niveau militaire, on considère que l'état de stress post-traumatique (ESPT) est pourvoyeur de comportements suicidaires et ce indépendamment d'une dépression éventuellement associée [74,230].

Cette distinction entre ESPT et dépression est fondamentale car en population générale ou en population spécifique, il existe une importante comorbidité entre l'ESPT et d'autres catégories diagnostiques notamment anxieuses, dépressives et addictives [75]. Sur la vie entière, la comorbidité dépressive est le trouble le plus fréquemment associé à l'état de stress post-traumatique [141]. Les addictions sont une autre comorbidité majeure [95].

Vaiva et Omnes [194,229] reprennent les données de l'enquête santé mentale en population générale (SMPG) et distinguent quatre niveaux graduels différents de symptomatologie psychotraumatique : exposés (30%), confrontés (10%), psycho-traumatisés (5%) et présentant un ESPT complet (0,7% sans sex ratio). En comparaison avec les sujets indemnes de ce trouble, les sujets souffrant d'un ESPT sont plus jeunes, plus souvent célibataires, et présentent un moindre niveau d'études que leurs homologues non traumatisés. Il existe un gradient progressif de comorbidité psychiatrique, notamment dépressive, en fonction des quatre types de retentissement psychotraumatique. Le risque suicidaire double lorsqu'un sujet a été confronté à un évènement traumatogène quelque soit le retentissement psycho-traumatique. Le risque suicidaire est multiplié par sept en cas d'ESPT complet ; il quadruple si l'on prend en compte le trouble psychotraumatique en général. En comparaison avec la population générale, les sujets souffrant d'un ESPT présentent 15 fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé suivant le traumatisme psychique.

Marshall évoque une corrélation significative et linéaire entre le nombre de symptômes psycho-traumatiques et un trouble comorbide anxieux ou dépressif, le handicap

global et l'existence d'idées suicidaires [168]. Cette corrélation entre ESPT et suicidalité se maintient après contrôle d'un trouble thymique préexistant.

En étudiant la suicidalité de réfugiés victimes d'actes de barbarie, Ferrada-Noli établit un lien entre le type de torture subie et la méthode employée pour le suicide ou envisagée dans le projet de suicide [86]. Dans cette étude, la présence d'un ESPT est reliée à une augmentation des conduites suicidaires indépendamment de toute comorbidité psychiatrique, notamment dépressive.

En 1985, Golomb affirme que 30% des 115 000 vétérans du Vietnam, décédés après leur retour de la guerre, s'étaient donnés la mort par suicide [107]. En étudiant une population de 248 vétérans, Lehmann et Hendin confirment les travaux précédents et les enrichissent en affirmant que 17% des sujets ayant commis un passage à l'acte souffrent d'un trouble anxieux dont l'ESPT est le plus représenté [125,154].

Devant les conséquences du traumatisme psychique en terme de mortalité et de morbidité, à l'instar de l'action déjà ancienne et bien rodée des psychiatres militaires, des cellules médico-psychologiques civiles ont été mises en place pour faire face aux événements potentiellement traumatisants comme des catastrophes naturelles ou des faits résultant du facteur humain (terrorisme, accidents collectifs de train, crash d'avions...) [89].

### **2.5.3. Facteurs précipitants**

La présence de moyens létaux est un agent environnemental facilitant. Il peut s'agir de l'arme à feu chez le militaire, et surtout le gendarme, mais aussi chez les chasseurs, ou de l'accès facilité aux médicaments, comme l'insuline, chez l'infirmière. La contingence d'une disposition de substance psychoactive et d'une arme à feu augmente considérablement le risque suicidaire. Dans une revue de la littérature, Brent retrouve que la présence d'une arme à feu au domicile augmente le risque de suicide [36]. Mann conclut que la limitation de l'accès

aux armes à feu n'a pas d'incidence sur le nombre de tentatives de suicide mais qu'elle permet en revanche d'augmenter la chance de survie du sujet après la tentative [165]. Il est à noter que les patients survivant à leur geste présentent peu de récurrences suicidaires malgré la gravité des lésions faciales inesthétiques [131], interrogeant les rôles de l'impulsivité et de la question identitaire dans les velléités suicidaires [52,101].

Les pesticides sont incriminés en premier chef dans des régions de Chine et du Sri Lanka où le taux de décès par suicide approche celui des tentatives de suicide pour être dix fois plus élevé que dans le reste du pays [26,34,169]. Dans ces mêmes régions, le taux de suicide est plus important chez les hommes que chez les femmes.

#### **2.5.4. Facteurs neurobiologiques**

La médicalisation du fait suicidaire implique aujourd'hui la recherche de marqueurs biologiques associés à la propension aux conduites auto-agressives et au passage à l'acte suicidaire. Samuelsson évoque une défaillance du système sérotoninergique avec diminution de l'acide 5-Hydroxy-indolacétique (5-HIAA) dans le liquide céphalorachidien [211]. Pour Coryell, l'hyperactivité de l'axe corticotrope (avec échappement de la freination de l'axe hypothalamohypophysaire par la dexaméthasone) serait davantage corrélée à une issue suicidaire que les facteurs cliniques [58].

Le modèle neurobiologique de vulnérabilité au stress évoque un dysfonctionnement sérotoninergique central du cortex orbito-frontal, influencé par une vulnérabilité génétique générant à la fois des déficits cognitifs et une vulnérabilité émotionnelle. Cette vulnérabilité génétique associée aux conduites suicidaires serait spécifique et indépendante de la vulnérabilité génétique des affections psychiatriques associées aux conduites auto agressives. Les gènes impliqués coderaient pour des protéines intervenant dans le métabolisme de la sérotonine comme la tryptophane hydroxylase et le transporteur de la sérotonine. Les

conduites suicidaires peuvent constituer une entité clinique autonome au sein de la nosographie psychiatrique moderne [60]. Nous y reviendrons.

Au-delà des neurotransmetteurs, Guillem et al [112], en reprenant l'hypothèse d'une corrélation entre le taux de cholestérol plasmatique total et la suicidalité, concluent à l'intérêt d'une investigation conjointe des variables cliniques (épisode thymique, traits pathologiques de personnalité, impulsivité) et biologiques (acides gras, sérotonine). Colin évoque les liens entre cholestérol et acides gras polyinsaturés en terme de perturbations du ratio oméga six sur oméga trois [53].

Roggenbach *et al* [206] ont réalisé une revue critique de la littérature sur les déterminants biologiques liant la suicidalité, l'impulsivité et l'agressivité. Ils pointent les insuffisances méthodologiques des études peu comparables entre elles du fait de l'absence consensuelle de définition des comportements suicidaires, des comportements auto et hétéro-agressifs et de l'impulsivité. Les auteurs soulignent la disjonction entre des termes cliniques courants, pourtant non consensuels, et une neurobiologie quantifiable standardisée.

Van Heeringen a réalisé une autre revue de la littérature sur la neurobiologie du suicide et de la suicidalité montrant que trois systèmes de régulation biologique ont un rôle dans les conduites suicidaires [231]. Il s'agit de l'hyperactivité du système neuroendocrinien hypothalamo-hypophyso-surrénalien, de l'hypoactivité du système sérotoninergique central et de l'hyperactivité du système noradrénergique. Alors que les premiers et derniers axes sus-cités sont impliqués dans la réponse au stress, le système sérotoninergique est associé à des troubles de la régulation de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'agressivité. Les auteurs formulent l'hypothèse que ces dysfonctions neurobiologiques entraînent des troubles élémentaires de certaines fonctions neuropsychologiques à l'origine de conduites auto-agressives.

La même équipe de recherche fait état des agonistes de la sérotonine de type inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (ISRS) dans le traitement et la prévention des

conduites suicidaires même si cette assertion reste empirique et non confirmée par des études scientifiques ultérieures [231].

Cette vision neurobiologique de tendance à l'impulsivité rejoint en partie la catégorie « *trouble du contrôle des impulsions non classées ailleurs* » du DSM-IV-TR qui réunit le « *trouble explosif intermittent* » et le « *trouble du contrôle des impulsions non spécifié* » [3]. Le trait essentiel du trouble explosif intermittent est la survenue d'épisodes distincts dans lesquels le sujet ne parvient pas à résister à des impulsions agressives aboutissant à des faits des violences graves physiques ou de destruction de biens. Après la décharge agressive, le sujet peut présenter un malaise, des regrets ou des remords envers les conséquences de son acte impulsif. Ce diagnostic se différencie du trouble des personnalités état limite et psychopathique ainsi que du trouble des conduites. L'impossibilité inhabituelle de résister à l'impulsion d'accomplir un acte dommageable survient juste après une sensation de tension croissante et entraîne au moment où l'acte est commis, une expérience de soulagement [3].

Il nous reste à souligner que les aspects neurobiologiques développés ici ne remettent pas en cause les approches psychothérapeutiques qui doivent être proposées conjointement avec ou sans traitement psychotrope associé.

## 2.6 Surveillance épidémiologique en milieu militaire

Le réseau de surveillance épidémiologique du service de santé des armées participe à la surveillance épidémiologique nationale, en coopération avec l'institut national de veille sanitaire (INVS), les réseaux sentinelles spécialisés et les centres nationaux de référence (CNR). Les acteurs sont tous les médecins des services médicaux d'unité (SMU) et des hôpitaux d'instruction des armées (HIA).

La surveillance épidémiologique des armées consiste en un recueil systématique et continu d'informations permettant leur analyse, leur interprétation et leur diffusion à tous les personnels concernés.

Cette veille épidémiologique est orientée vers quatre objectifs principaux :

- évaluer l'importance épidémiologique de différents problèmes de santé en décrivant leur ampleur et leur tendance ;
- identifier les problèmes nécessitant une intervention urgente ;
- mesurer l'efficacité des programmes de santé publique ;
- influencer sur les axes de recherche en relation avec les centres de recherche militaires et civils.

Les procédures de déclaration sont au nombre de quatre en métropole auxquelles s'ajoutent deux procédures en mission extérieure :

- le message épidémiologique hebdomadaire (MEH avec une liste de 62 évènements) ;
- les fiches spécifiques de déclaration (liste de 50 évènements) ;
- les messages d'alerte (liste de 18 évènements ainsi que tout évènement inhabituel) et les enquêtes complémentaires.

En Opération Extérieure (OPEX), le médecin d'unité joint au MEH le CRASH.

Dans les missions sous mandat OTAN, c'est la procédure EpiNATO qui est suivie, permettant un échange entre les différents pays.



Les destinataires des déclarations épidémiologiques sont les départements d'épidémiologie et de santé publique (DESP) ainsi que les directions régionales et la direction centrale du service de santé des armées (DRSSA ; DCSSA).

Les étapes de la surveillance épidémiologique des armées sont les suivantes :

- enregistrement des cas par les médecins traitants et déclaration à l'aide de formulaires (MEH, fiches spécifiques),
- collecte, analyse et interprétation des données par les DESP,
- rétro information par les DESP qui publient les bulletins régionaux de rétro information hebdomadaires, et par la Direction Centrale du Service de Santé des Armées qui publie le bulletin épidémiologique des armées (BEA),

La surveillance épidémiologique des conduites auto-agressives est redondante avec d'une part le MEH et d'autre part la fiche spécifique de déclaration F6 [179,180]. Les résultats de cette veille épidémiologique font l'objet d'un rapport annuel disponible sur le réseau <http://www.sante.defense.gouv.fr>. [98,119,230,232,235].

Il est intéressant de noter qu'une déclaration a fortiori non médicale mais hiérarchique militaire existe pour rendre compte des conduites auto-agressives. Il s'agit de la procédure « *évènements graves* » qui informe le cabinet du Ministre de la Défense de certains faits devant être portés à sa connaissance [177]. La catégorie 6 des évènements graves demande « *pour tout personnel militaire ou civil du Ministère de la Défense ou des établissements publics qui en dépendent* » de déclarer un « *décès par suicide en/ou hors service, avec ou sans lien présumé avec le service* » et de manière plus générale « *tout acte auto-agressif en/ou hors service, susceptible d'avoir un lien avec le service et ayant occasionné une blessure pouvant conduire à une incapacité de travail supérieure à un mois* ». Cette déclaration administrative militaire n'est à notre connaissance pas utilisée à des fins de recherche épidémiologique.

## 2.7 Cadre légal de la prévention civile et militaire

En 1982 est publié l'ouvrage « *Suicide mode d'emploi* » [113]. Ce livre fait scandale et apparaît comme le détonateur d'une réflexion de sociologie politique. Une loi réprimant l'incitation au suicide est alors adoptée par le parlement [156].

La prise de conscience par le pouvoir politique de l'importance du phénomène auto-agressif en tant que fait social s'est traduite par des mesures législatives fixant un cadre juridique à la prévention.

La question des phénomènes auto-agressifs a ainsi été progressivement reconnue comme priorité de santé publique ayant pour but d'aboutir à la volonté quantifiable de faire diminuer le nombre de décès par suicide sous la barre symbolique de 10 000 par an. Pour atteindre cet objectif, un programme national de prévention est mis en œuvre à partir de l'année 1998 : il s'articule autour de dix programmes régionaux. Il s'agit, en s'inspirant des initiatives locales, de mieux connaître les facteurs de risque suicidaires et d'identifier de nouvelles actions à mettre en place et à évaluer secondairement.

Une stratégie nationale d'action face au suicide est établie de 2000 à 2005 [183] pour se concentrer autour de quatre axes de prévention :

- Favoriser la prévention par un dépistage accru des suicidaires,
- Diminuer l'accès aux moyens couramment mis en œuvre lors des suicides,
- Améliorer la prise en charge,
- Améliorer la connaissance épidémiologique.

La formation de binômes de formateurs est organisée au niveau national [136].

À titre d'exemple, la circulaire du 16 juillet 2003 est adressée par le ministre de la santé aux Préfets de région, aux Préfets de département et aux directeurs d'agence régionale de

l'hospitalisation. Elle reprend les grandes lignes prioritaires des actions urgentes à engager en 2003 [72].

Deux conférences de consensus ont été établies pour inciter les praticiens à adopter les mesures thérapeutiques adéquates. La première concerne les adolescents [84], la seconde répond au concept de « *crise suicidaire* » [82,83].

La Loi de Santé Publique du 9 Août 2004 implique la mise en place du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) qui se décline en un programme de prévention du suicide avec un « *réfèrent suicide* » dans chaque Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) [159]. Cette loi prévoit également la mise en place d'un plan national ayant pour finalité de limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives.

En janvier 2005, un plan d'action pour la santé mentale est adopté au niveau européen [196]. La prévention du suicide devient une responsabilité interministérielle, sous la houlette du ministère de la Santé chargé des programmes de prévention du suicide, et plus particulièrement des axes de formation des personnels médicaux. L'accent porte sur la nécessité de développer des programmes de recherche sur les conduites suicidaires. Les médias sont également concernés par la prévention du suicide et devraient se conformer aux recommandations de bonnes pratiques journalistiques lorsqu'ils rendent compte dans la presse d'un fait suicidaire [138].

Le plan « *psychiatrie et santé mentale* » établi pour la période 2005-2008 [182] reprend quatre programmes d'actions spécifiques pour améliorer la prise en charge de la dépression et élaborer une stratégie nationale d'action face au suicide. Il s'agit en priorité de :

- Favoriser la prévention du passage à l'acte avec mise en place de sessions de formation destinées au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire [136],

➤ Diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux en s'appuyant sur la loi du 15 Novembre 2001 [157],

➤ Améliorer la qualité de la prise en charge du patient suicidaire en évaluant les pratiques professionnelles par la mise en place d'audits cliniques,

➤ Mieux connaître la situation épidémiologique des conduites auto agressives grâce à la poursuite du développement d'un pôle d'observation à la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques (DREES).

À côté de ces dispositions juridiques, la prévention des conduites auto-agressives est également abordée dans un cadre associatif. Nous avons comme exemple l'union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), organisme laïque et apolitique, doté d'un comité éthique et scientifique, qui fédère 31 associations. Créée en 1996 et subventionnée par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'UNPS a développé des partenariats avec plusieurs institutions publiques ou privées comme la Ville de Paris et la Régie autonome des transports parisiens (RATP).

Le Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS) coordonne quant à lui des actions de prévention et de recherche et organise les journées annuelles françaises de prévention du suicide.

Le ministère de la Défense, pour sa part, ne possédait pas en 2007 de plan spécifique visant à prévenir les conduites auto-agressives dans les armées. Des actions de prévention étaient menées au sein des différents corps d'armée sans pour autant être coordonnées et sans qu'émerge une réelle cohérence scientifique de fond [181].

La conférence de consensus d'octobre 2000 (conférence de consensus sur « *la crise suicidaire : la reconnaître et la prendre en charge* »), rend pourtant compte de certaines spécificités à la population militaire établies par le Médecin Général Inspecteur Bazot : « *l'armée française vit actuellement une professionnalisation, une féminisation et une*

*évolution à contenu humanitaire de ses missions. Les critères de sélection et d'incorporation lui épargnent a priori la gestion en nombre de personnes qui présentent des troubles psychiatriques manifestes. Les crises suicidaires semblent plutôt concerner d'une part les jeunes appelés qui présentent des troubles dépressifs de l'adaptation dans les premiers mois d'incorporation, et d'autre part les personnels qui présentent des troubles dépressifs masqués par des attitudes de prestance ou des prises de risques inconsidérés. Il semble exister un risque accru chez les gendarmes pour qui les conditions de travail sont incriminées au premier chef» [18].*

Les réformes successives engagées par le Ministère de la Défense ont rendu obsolète la conscription mais ont créé des contraintes supplémentaires pour les militaires de métier. Ces changements institutionnels, ayant servi notamment à la réflexion menée lors de l'élaboration du Livre Blanc sur la Défense Nationale [163], nous incitent à penser qu'une stratégie globale et cohérente de prévention des conduites auto-agressives dans les Armées mériterait d'être instaurée. De plus, les missions auxquelles participe l'Armée Française ne sont plus des guerres stricto sensu mais plutôt des opérations que les américains nomment MOOTH pour « *Military Operations Other Than War* ». Ce concept théorise seize types d'opérations de nature très différente : contrôle des armements, protection de navires, appui aux opérations anti-drogue, contrôle des zones d'exclusion, évacuation de ressortissants et assistance humanitaire. La lisibilité des missions étant de fait beaucoup plus complexe depuis la fin de la guerre froide, le stress psychologique du militaire est majoré.

Le service de santé des armées possède de longue date un système de veille épidémiologique qui permet de surveiller la suicidalité au sein des Forces. L'importance des suicides parmi les autres causes de décès a conduit la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) à mettre en œuvre un programme de prévention pour lutter contre cette cause de mortalité évitable [178]. L'axe majeur de la prévention est « *un programme de*

*formation continue destinée aux médecins des unités et des hôpitaux afin de promouvoir une culture commune de dépistage et de prise en charge des crises suicidaires ».*

Les Forces sont également mobilisées dans ce mouvement de prévention. Tel est le cas par exemple pour la Gendarmerie Nationale qui, compte tenu de ses spécificités, a établi une prévention vis-à-vis du risque suicidaire de ses personnels en engageant un programme de prévention du suicide en Gendarmerie avec des actions de sensibilisation sur le terrain. La région Lorraine pilote depuis 2006 une cellule, dite « *cellule d'écoute* », chargée de recueillir 24h/24 les appels téléphoniques de personnels ou de leur famille en difficultés.

# **3 - ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

*À propos de 39 Observations  
cliniques*

## **3.1 Objectifs**

### ***Objectif principal***

Recensement des conduites auto-agressives des militaires pris en charge à l'hôpital d'instruction des armées Legouest pour analyse des données sociodémographiques et psychopathologiques.

### ***Objectifs secondaires***

Établir des mesures de prévention des conduites auto-agressives dans les armées en alliant les résultats de notre étude aux données de la littérature, et à la surveillance épidémiologique des armées.

## **3.2 Matériel et méthodes**

### **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective sur dossier médical psychiatrique.



## Population de l'étude

La population de l'étude correspond aux militaires qui ont eu un contact avec le service de psychiatrie de l'HIA Legouest dans les suites d'une conduite auto-agressive.

La mission de l'HIA Le est double : il s'agit d'assurer le soutien des personnels du Ministère de la Défense et de participer au service public hospitalier. Cet hôpital reçoit des patients militaires ou civils en hospitalisation libre, en hospitalisation de jour et en consultation.

Les dossiers médicaux des patients ayant consulté ou ayant été hospitalisés en psychiatrie sont archivés dans les murs du service. Pour des raisons de confidentialité, le dossier médical psychiatrique n'est pas un élément du dossier médical commun à tous les autres services de l'hôpital [158]. Cette décision a été prise lors d'une réunion du comité d'éthique de l'hôpital.

## Critères d'inclusion et d'exclusion

Un dossier médical est éligible lorsque tous les critères suivants sont satisfaits :

- le patient est militaire français, homme ou femme, âgé(e) de 18 ans ou plus ;
- l'acte auto-agressif présenté a eu lieu au cours de l'année 2007 ;
- l'hospitalisation ou la consultation retrouvant ce geste auto-agressif a eu lieu en 2007.

Un dossier médical est inéligible lorsqu'il présente un des critères suivants :

- le patient n'est pas militaire français, homme ou femme, âgé(e) de 18 ans ou plus ;
- l'acte auto-agressif présenté a eu lieu en dehors de l'année 2007 ;
- l'hospitalisation ou la consultation retrouvant ce geste auto-agressif a eu lieu en dehors de l'année 2007.

## Déroulement de l'étude

Le sujet a été validé par le comité pédagogique de l'hôpital Legouest et l'École du Val- de-Grâce.

L'accord préalable du Chef de Service de psychiatrie a été recueilli avant l'acquisition des données.

## Modalités de recueil des données

Les données sont recueillies par une lecture systématique de tous les dossiers médicaux psychiatriques archivés à partir de l'année 2007.

## Plan d'analyse

### *- Matériel*

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées au moyen du logiciel Microsoft® Excel 2002.

### *- Données recueillies*

- Sociodémographiques : âge ; sexe ; situation maritale ; corps d'armée ; grade militaire ; durée d'engagement.
- Psychiatriques : motif de contact avec le système de soins psychiatriques ; modalités de passage à l'acte ; trouble psychiatrique caractérisé ; motif de réforme éventuelle.

## Aspects éthiques

Les données recueillies ont été saisies dans des fichiers informatisés sur l'ordinateur de l'investigateur. Ces données ont été stockées sur un support amovible crypté.

L'étude a été conduite dans le respect des recommandations en matière de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie, en particulier en ce qui concerne les modalités de publication scientifique des résultats de l'étude [8].

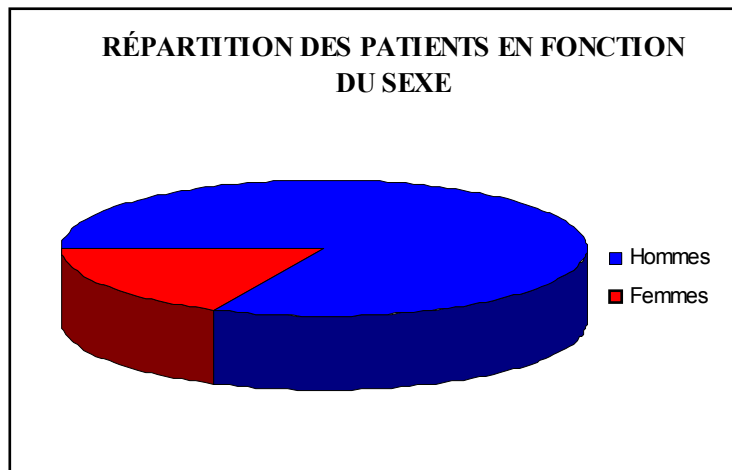
### 3.3 Résultats

#### 3.3.1 Description de la population

39 dossiers médicaux correspondant aux critères de sélection ont été retenus.

#### Répartition des patients en fonction du sexe

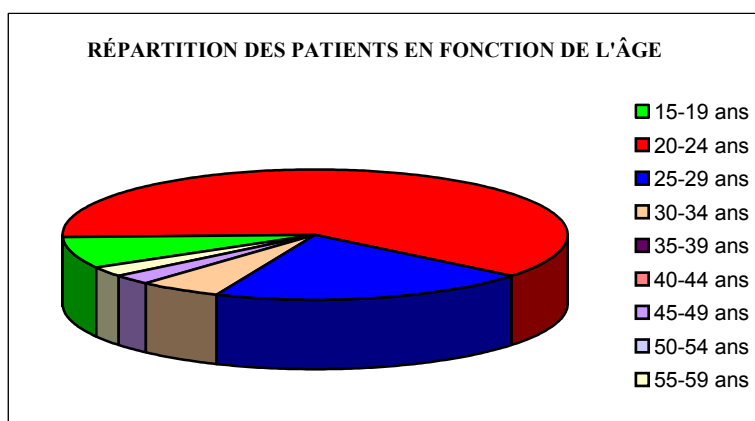
SEXE	Effectif	Pourcentage
Hommes	32	82,05
Femmes	7	17,95
TOTAL	39	100



La population étudiée est essentiellement masculine ce qui correspond au sex ratio de la population militaire globale. Pourtant l'ouverture des carrières militaires aux femmes à partir de la fin des années 1970 entraîne une féminisation croissante des effectifs des forces armées. Ce changement de sex ratio est plus important dans certains corps comme le service de santé des armées.

## Répartition des patients en fonction de l'âge

TRANCHE D' ÂGE	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	3	7,69
20-24 ans	24	61,54
25-29 ans	8	20,51
30-34 ans	2	5,13
35-39 ans	0	0
40-44 ans	0	0
45-49 ans	1	2,56
50-54 ans	0	0
55-59 ans	1	2,56
TOTAL	39	100



Environ 2/3 des sujets appartiennent à la classe d'âge des 20-24 ans. Il s'agit de la force vive du personnel militaire, représentée par de jeunes engagé(e)s au contrat de cinq ans en moyenne, éventuellement renouvelable.

Les 4/5<sup>èmes</sup> des patients se situent entre la deuxième et la troisième décennie.

Quelques patients n'ont pas encore atteint 20 ans. Nous rappelons que l'âge minimum requis à l'engagement est de 17 ans et demi.

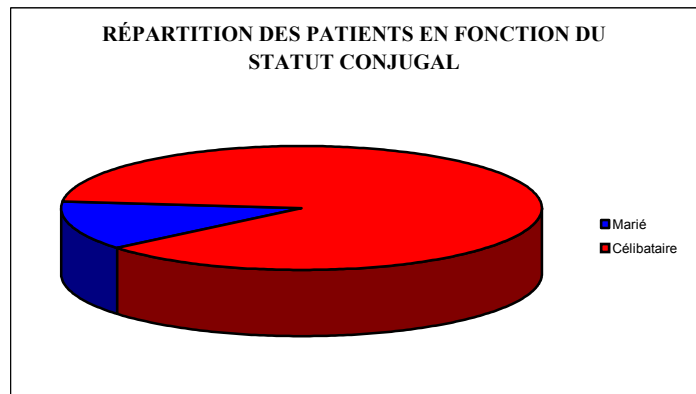
Aucun sujet n'appartient à la classe d'âge des 36-45 ans.

Les tranches d'âges supérieures sont soit non représentées, soit représentées par un sujet isolé.

Un seul sujet de l'étude est âgé de plus de 55 ans.

## Répartition des sujets en fonction du statut conjugal

STATUT CONJUGAL	Effectif	Pourcentage
Marié	5	12,82
Célibataire	34	87,18
Veuf (ve)	0	0
TOTAL	39	100



Près de 90% des sujets de l'étude sont célibataires. Il a été difficile de retrouver *a posteriori* si les sujets célibataires possédaient une relation affective stable ou non. La personne de confiance mentionnée dans le dossier médicale n'a jamais été identifiée comme fiancé(e) ou concubin(e).

Aucun sujet n'a souscrit de pacte civil de solidarité.

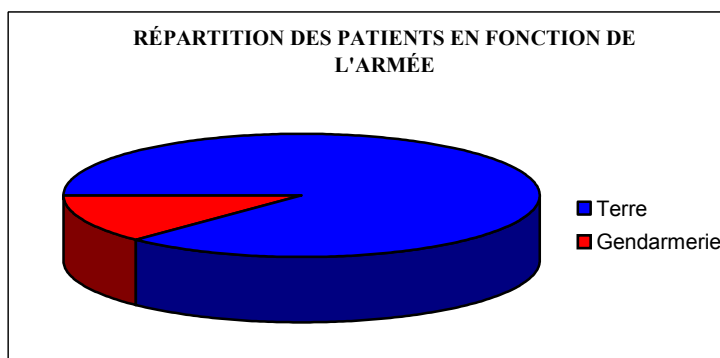
Aucun patient n'est veuf.

Aucun personnel n'est divorcé.

Il est à noter que les cinq personnels mariés ont pris leurs affectations comme célibataire géographique, c'est-à-dire loin de leur domicile familial habituel. Une procédure de divorce est en cours pour quatre d'entre eux.

## Répartition des patients en fonction de l'armée

ARMÉE	Effectif	Pourcentage
Terre	34	87,18
Gendarmerie	5	12,82
Air	0	0
Marine	0	0
Services communs	0	0
TOTAL	39	100



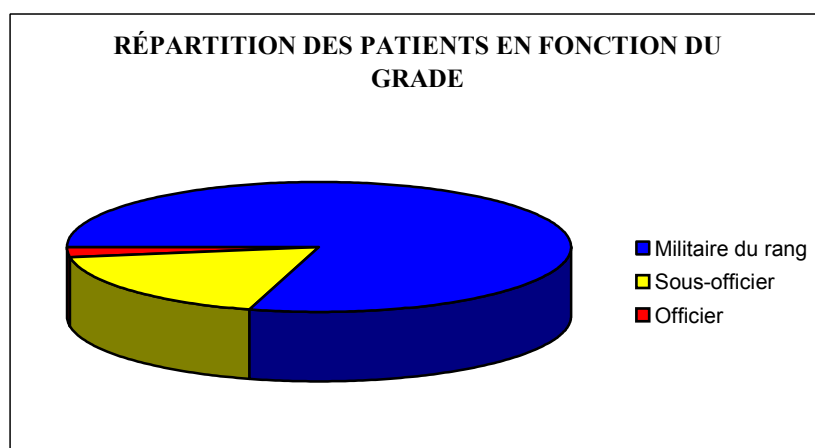
Près de 9 militaires sur 10 appartiennent à l'Armée de Terre. Les autres sujets sont issus des rangs de la Gendarmerie Nationale.

Nous rappelons que cette étude est menée en région Grand Est de la France, où aucune unité de la Marine nationale n'est basée et où peu de bases aériennes sont présentes. Pour des raisons historiques attenantes aux deux premières guerres mondiales, et la proximité allemande, une grande partie des unités et régiments de l'armée de terre est stationnée en région terre nord est (RTNE). Ceci explique l'asymétrie des forces en présence.

La réforme de la carte militaire française, suite au livre blanc sur la défense nationale devrait modifier la répartition géographique des militaires sur le territoire [163].

## Répartition des sujets en fonction du grade

GRADE	Effectif	Pourcentage
Militaire du rang	31	78,49
Sous-officier	7	17,95
Officier	1	2,56
TOTAL	39	100



Dans 8 cas sur 10, le sujet est militaire du rang. Ces données sont connexes à la distribution des patients en fonction de l'âge et de l'armée car la majorité des engagés volontaires dont l'âge est le plus souvent de 18 à 24 ans, est affectée dans l'armée de terre. Il débute leur carrière comme soldat et peuvent éventuellement par la suite passer les concours internes.

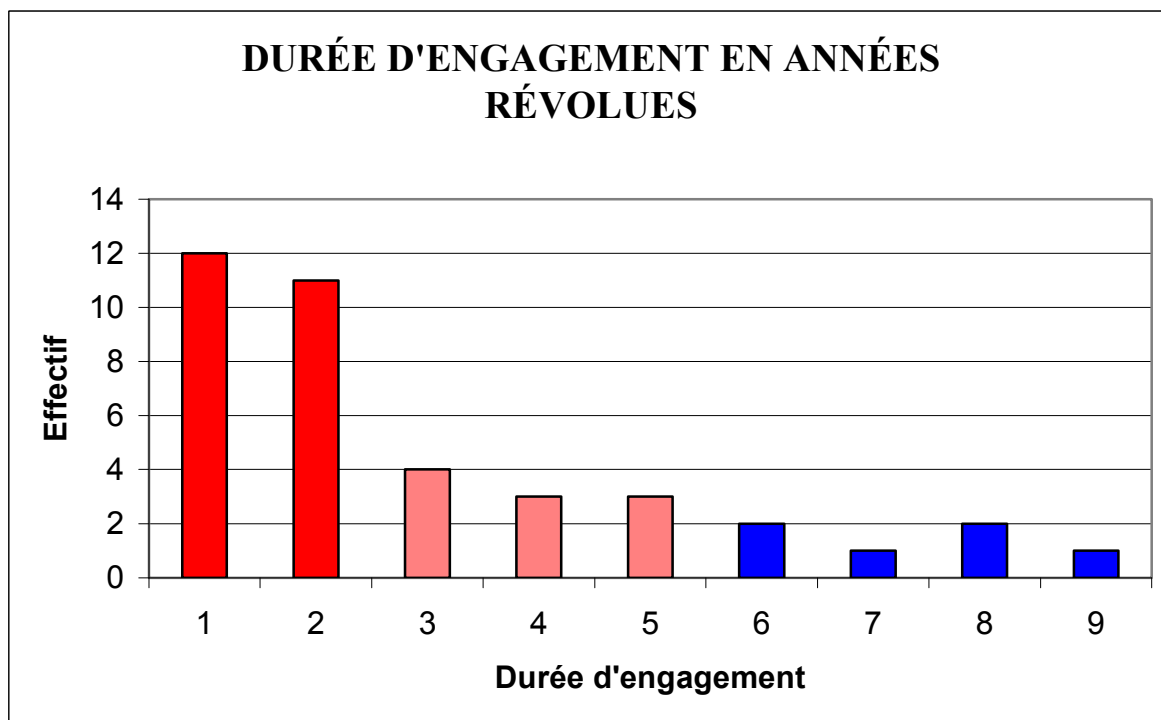
Les sous-officiers représentent près d'un cinquième de l'effectif des suicidants.

Seul un officier est retrouvé dans cette étude, il s'agit du patient de plus 55 ans.



## Répartition des patients en fonction de la durée d'engagement en années révolues

DUREE D'ENGAGEMENT	Effectif	Pourcentage
< 1	12	30,77
1	11	28,21
2	4	10,26
3	3	7,69
4	3	7,69
5	2	5,13
6	1	2,56
10	2	5,13
15	1	2,56
TOTAL	39	100

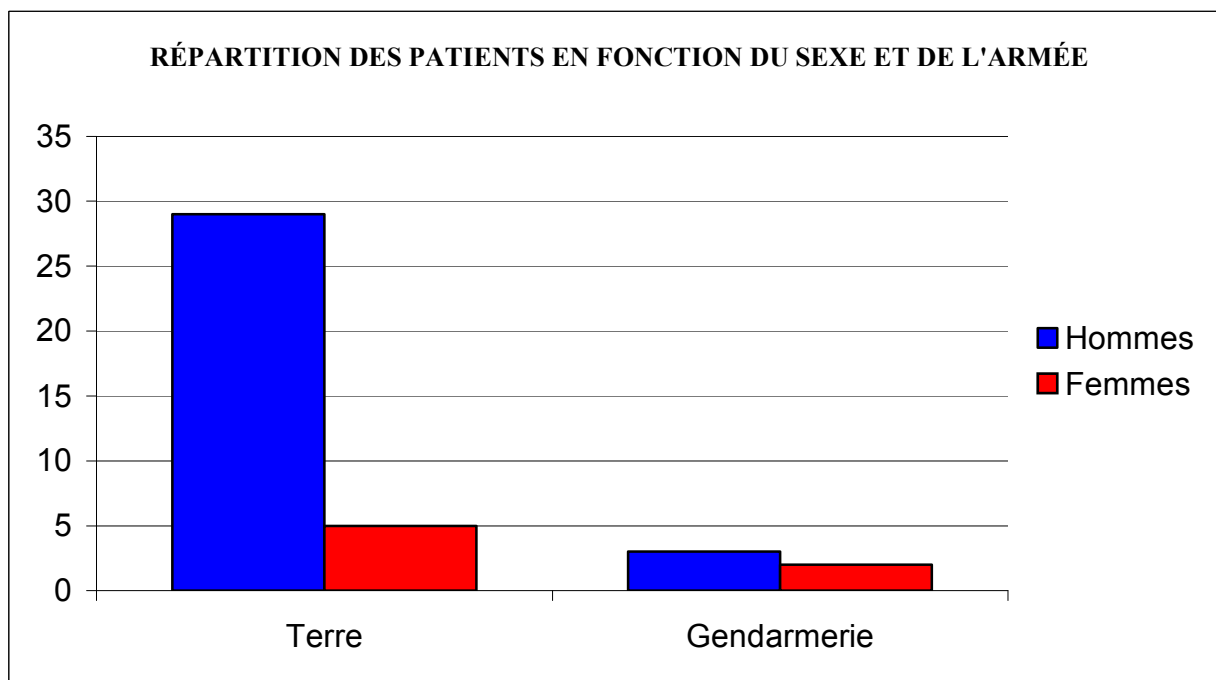


Le nombre de tentatives de suicide décroît en fonction de la durée d'engagement, ceci étant particulièrement prégnant après deux ans d'engagement révolus.

En moyenne, 8 sujets sur 10 sont engagés depuis moins de cinq ans. Ce délai correspond à la durée de contrat la plus fréquente des militaires du rang. Les autres étapes de carrière se situent à 11 ans, 15 ans et 17 ans ½.

## Répartition des patients en fonction des facteurs sexe et armée

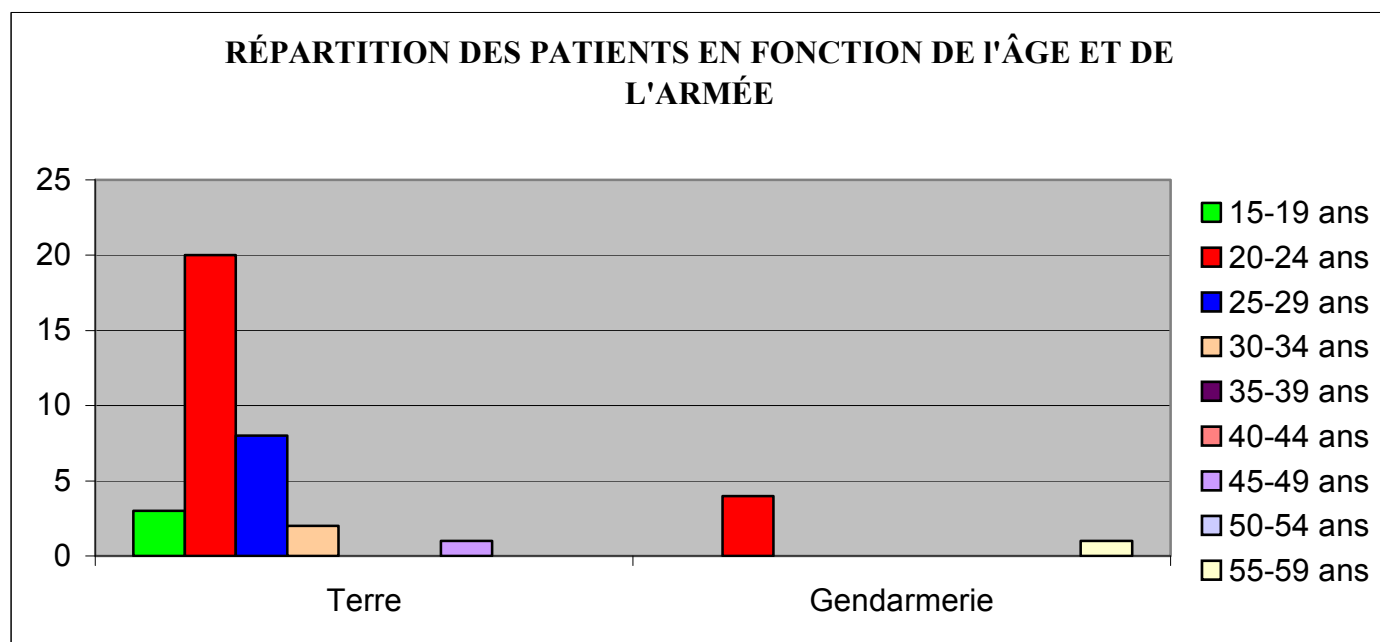
	Homme (%)	Femme (%)	TOTAL (%)
Terre	29 (74,36)	5 (12,82)	34 (87,18)
Gendarmerie	3 (7,69)	2 (5,13)	5 (12,72)
TOTAL (%)	32 (82,05)	7 (17,95)	39 (100)



Dans l'armée de terre, la majorité des suicidants sont des hommes alors que dans la gendarmerie les deux sexes sont à peu près également représentés.

## Répartition des patients en fonction des facteurs âge et armée

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	TOTAL
Terre	3	20	8	2	0	0	1	0	0	34
Gendarmerie	0	4	0	0	0	0	0	0	1	5
TOTAL	3	24	8	2	0	0	1	0	1	39

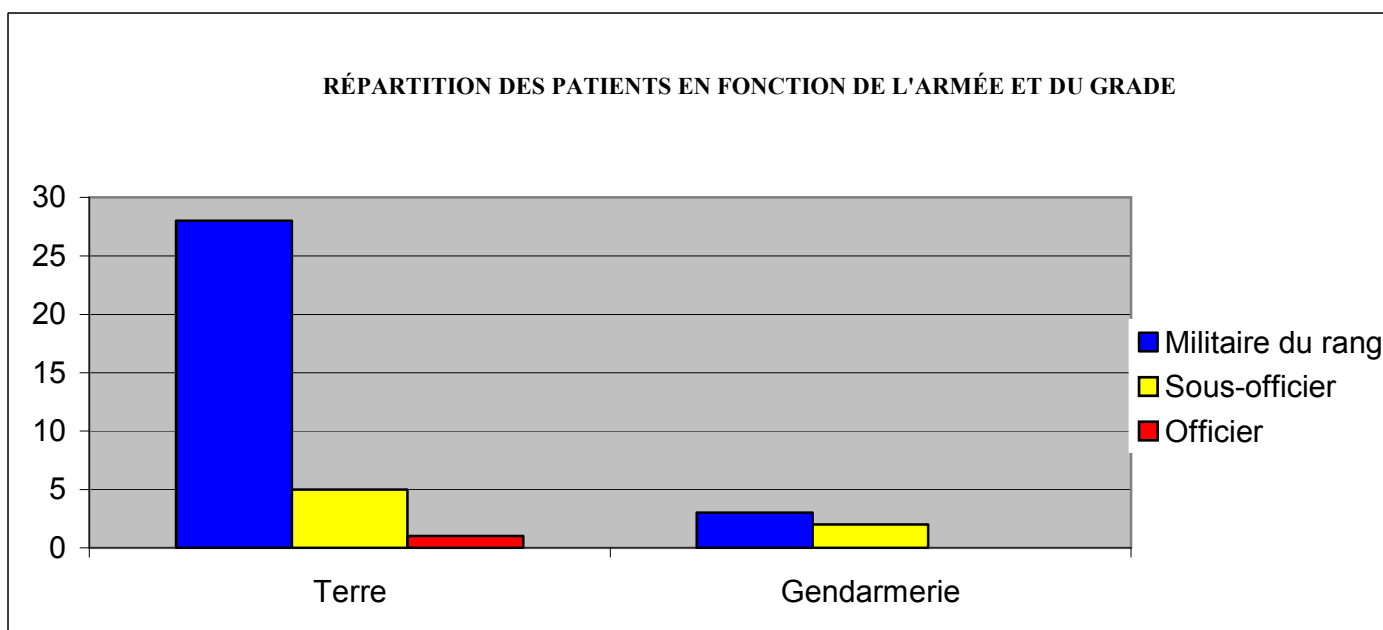


Dans l'armée de terre comme en gendarmerie, la classe d'âge des 20-24 ans est la plus représentée.

Un hiatus, pour cette année 2007, est particulièrement visible dans la tranche d'âge 35 – 45 ans pour l'armée de terre, tranche d'âge où l'on retrouve peu d'engagés et davantage de militaires de carrière. Il se voit également dans la gendarmerie pour la tranche d'âge 24 – 55 ans, tranche dans laquelle pratiquement tous les gendarmes sont engagés dans une dynamique de militaire de carrière.

## Répartition des patients en fonction des facteurs grades et armée

	Militaire du rang (%)	Sous-officier (%)	Officier (%)	TOTAL (%)
Terre	28 (71,79)	5 (12,82)	1 (2,56)	34 (87,17)
Gendarmerie	3 (7,69)	2 (5,13)	0 (0)	5 (12,83)
TOTAL	31 (79,49)	7 (17,95)	1 (2,56)	39 (100)

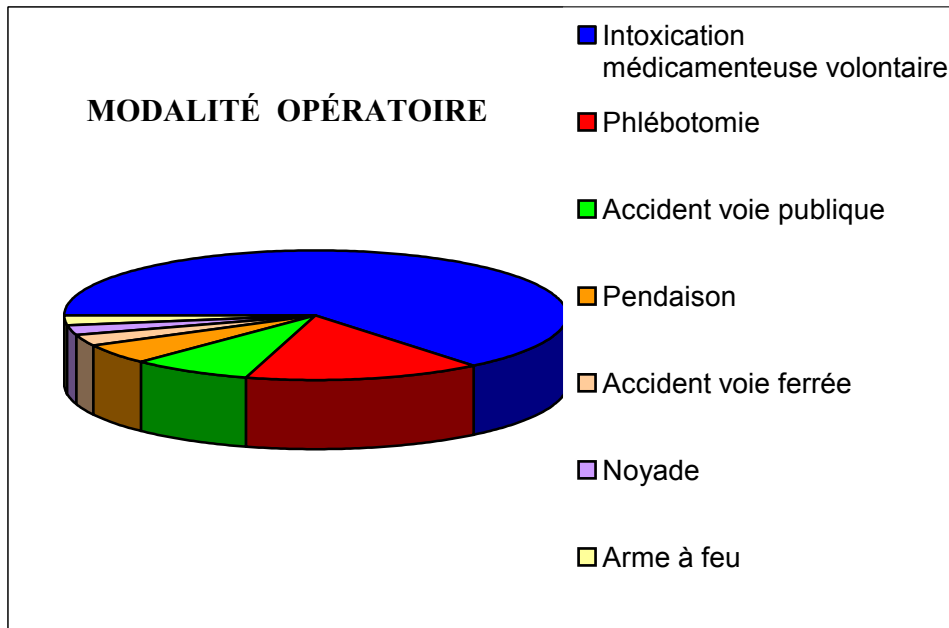


Dans l'armée de terre comme en gendarmerie, la catégorie des militaires du rang est la plus représentée. Le ratio militaire du rang / sous-officier est plus élevé dans l'armée de terre qu'en gendarmerie, ce que semble traduire nos résultats.

### 3.3.2 Modalités opératoires de la conduite auto-agressive

#### Modalité opératoire de la tentative de suicide

MODALITE OPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Intoxication médicamenteuse volontaire	25	64,1
Phlébotomie	6	15,38
Accident voie publique	3	7,69
Pendaison	2	5,13
Accident voie ferrée	1	2,56
Noyade	1	2,56
Arme à feu	1	2,56
TOTAL	39	100



Le passage à l'acte le plus représenté est l'intoxication médicamenteuse volontaire qui correspond environ aux 2/3 des cas. La deuxième modalité est la phlébotomie avec environ 1 cas sur 8.

Les catégories de substances ingérées pour les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) sont diverses. Même si dans certains dossiers les données sont manquantes, il s'agit dans la moitié des cas d'une polyintoxication. Les anxiolytiques sont les médicaments

les plus utilisés, au premier rang desquels figurent les benzodiazépines. Les antalgiques arrivent en seconde place, principalement avec le paracétamol suivi des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Un traitement antidépresseur n'a été utilisé que dans un cas. On note une prise isolée d'un antibiotique.

Aucun médicament ne constituait le traitement de fond d'une pathologie chronique. La majorité de ces traitements avaient été prescrits de manière ponctuelle et pour une courte période par le médecin généraliste de l'unité. Cette prescription a été réalisée dans les jours qui précèdent le geste suicidaire.

La notion d'une prise de substance psycho-active au moment du passage à l'acte ou juste avant celui-ci était mentionnée dans 28% des cas. Il s'agissait d'alcool au cours d'une intoxication médicamenteuse volontaire dans la grande majorité des cas.

Les accidents provoqués de la voie publique ont été effectués dans un cas avec une voiture de service, et deux fois avec un véhicule privé. Pour les trois situations le sujet était seul au volant et n'a pas mis en péril la vie d'autrui.

Deux patients ont été dépendus grâce à une intervention extérieure impromptue.

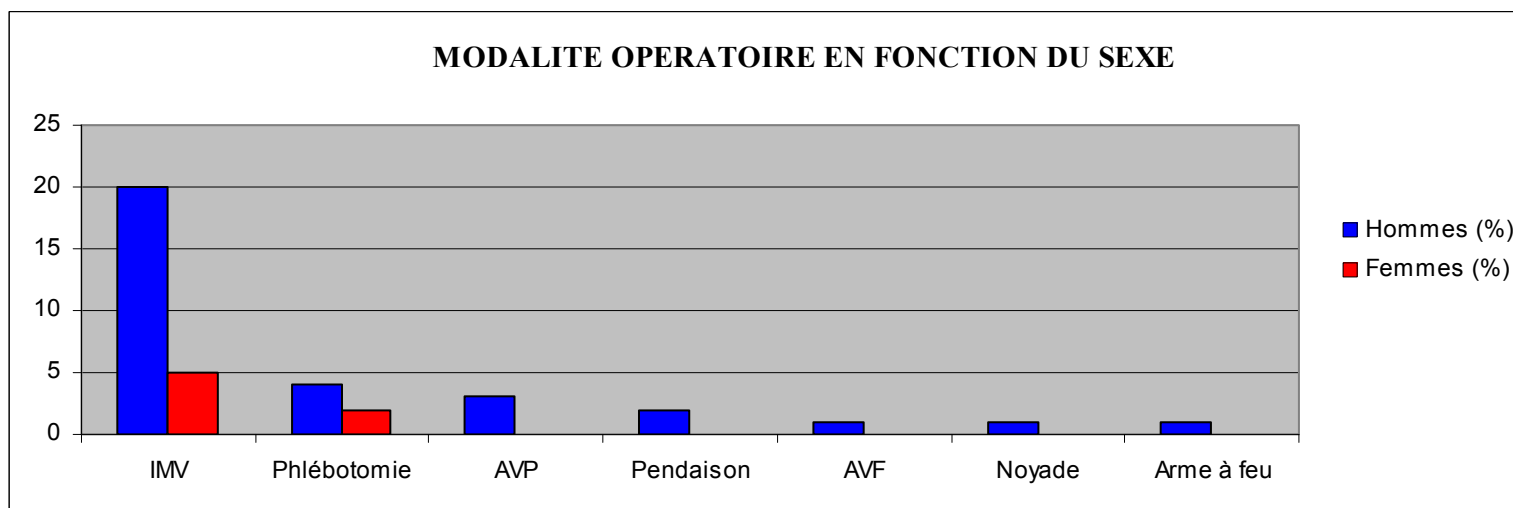
L'arme de service a été utilisée une fois.

Un patient s'est couché sur la voie ferrée avant d'être évacué par les pompiers.

Nous n'avons pas mis en évidence de modalités opératoires conjointes au cours d'un geste suicidaire.

### Modalité opératoire de la tentative de suicide en fonction du sexe

MODALITE OPERATOIRE	Hommes (%)	Femmes (%)	TOTAL (%)
Intoxication médicamenteuse volontaire	20 (51,28)	5 (12,82)	25 (64,10)
Phlébotomie	4 (10,26)	2 (5,13)	6 (15,39)
Accident voie publique	3 (7,69)	0	3 (7,69)
Pendaison	2 (5,13)	0	2 (5,13)
Accident voie ferrée	1 (2,56)	0	1 (2,56)
Noyade	1 (2,56)	0	1 (2,56)
Arme à feu	1 (2,56)	0	1 (2,56)
TOTAL	32 (82,05)	7(17,95)	39 (100)



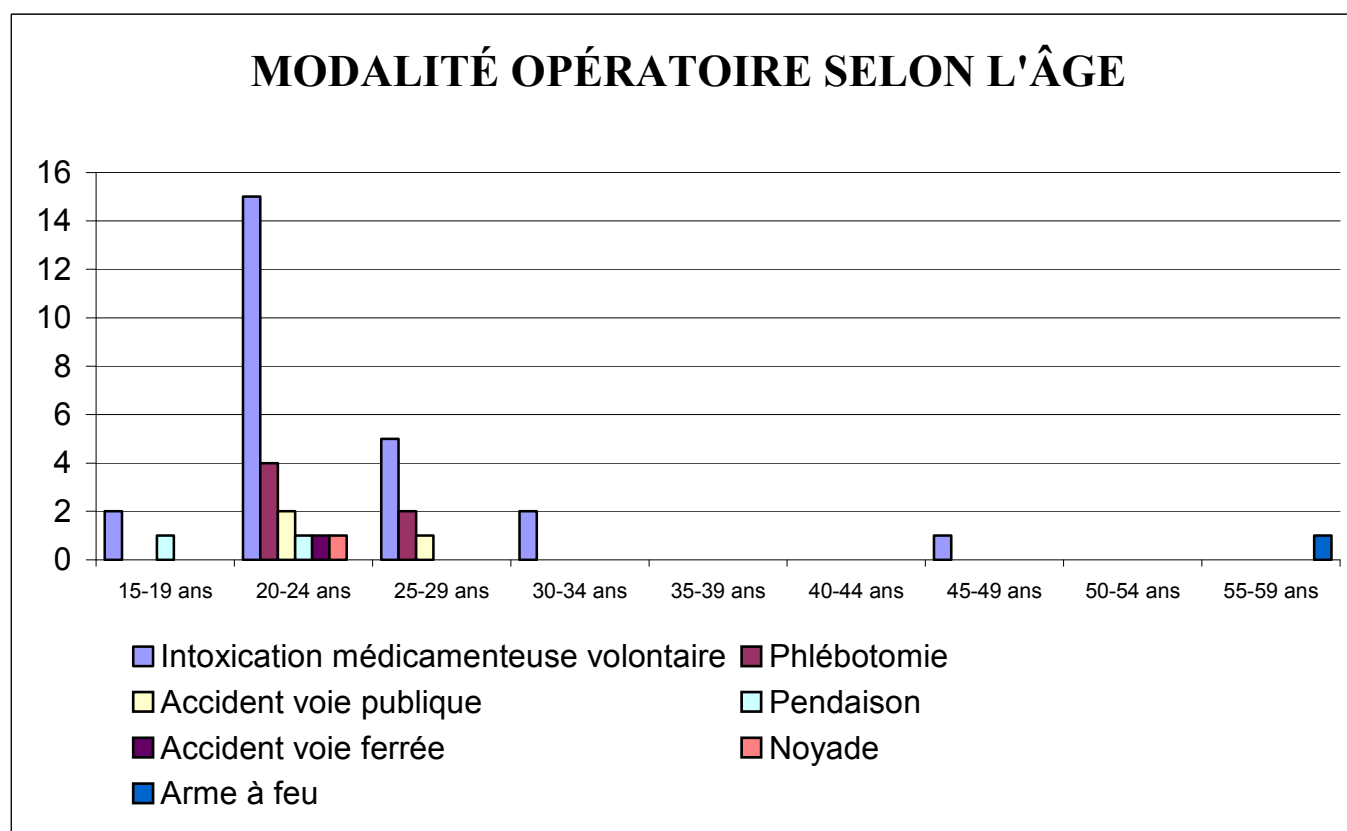
Chez les hommes, tous les modes opératoires sont représentés avec l'existence des moyens les plus violents.

Chez les femmes, les modalités opératoires retrouvées sont l'intoxication médicamenteuse volontaire et la phlébotomie.

L'IMV et la phlébotomie restent les passages à l'acte les plus représentés dans les deux sexes.

## Modalité opératoire de la tentative de suicide en fonction de l'âge

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans
IMV	2	15	5	2	-	-	1	-	-
Phlébotomie	-	4	2	-	-	-	-	-	-
Accident voie publique	-	2	1	-	-	-	-	-	-
Pendaison	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Accident voie ferrée	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Noyade	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Arme à feu	-	-	-	-	-	-	-	-	1

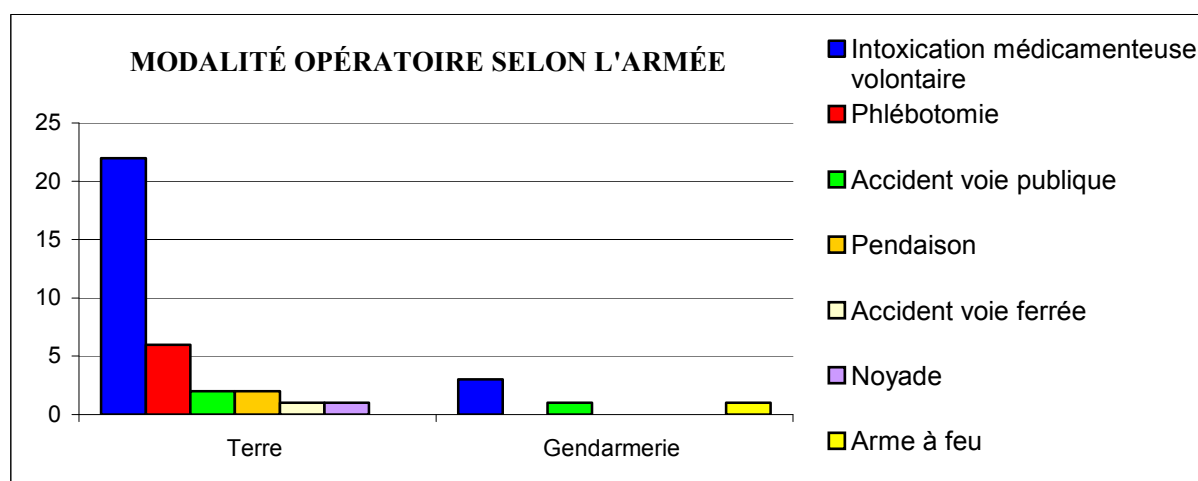


Les modalités opératoires violentes de passage à l'acte sont l'apanage des classes d'âges jeunes des deuxième et troisième décennies.



## Modalité opératoire de la tentative de suicide en fonction de l'armée

	Terre (%)	Gendarmerie (%)	TOTAL
Intoxication médicamenteuse volontaire	22 (56,41)	3 (7,69)	25 (64,10)
Phlébotomie	6 (15,38)	0	6 (15,38)
Accident voie publique	2 (5,13)	1 (2,56)	3 (6,69)
Pendaison	2 (5,13)	0	2 (5,13)
Accident voie ferrée	1 (2,56)	0	1 (2,56)
Noyade	1 (2,56)	0	1 (2,56)
Arme à feu	0	1 (2,56)	1 (2,56)
TOTAL	34 (87,18)	5 (12,8)	39 (100)

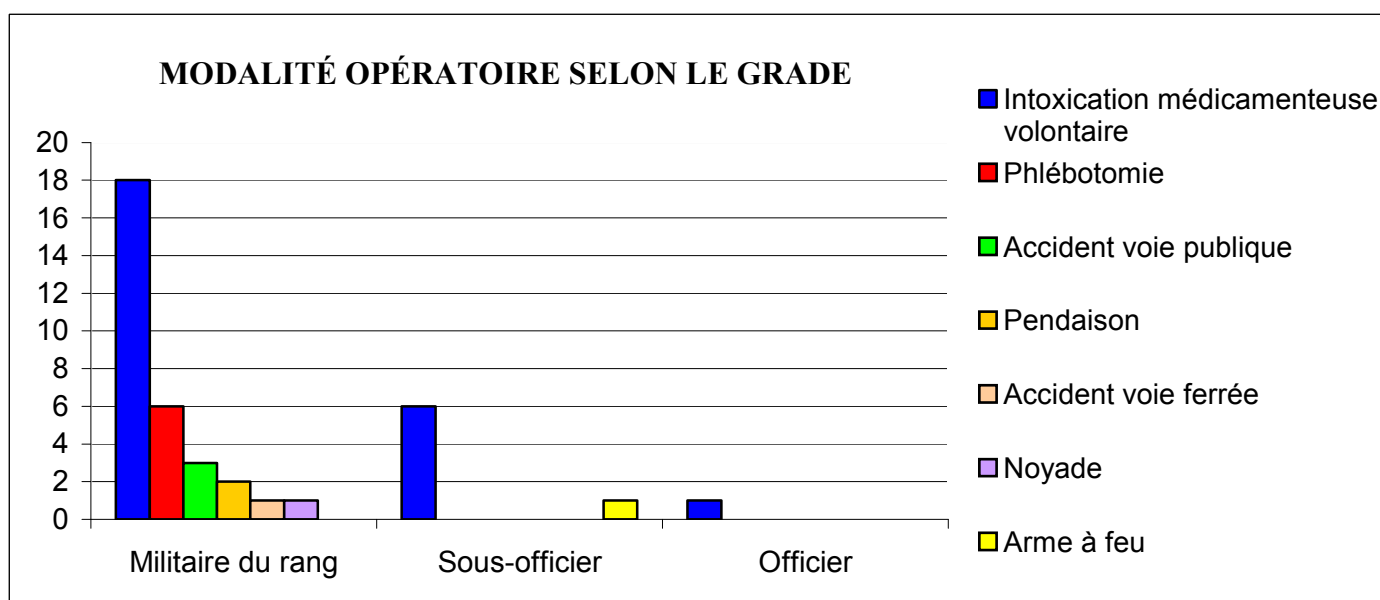


La phlébotomie est uniquement présente dans l'armée de terre.

L'arme à feu de service a été utilisée une fois dans la gendarmerie et jamais dans l'armée de terre lors de cette année 2007.

## Modalité opératoire de la tentative de suicide en fonction du grade

	Militaire du rang (%)	Sous-officier (%)	Officier (%)	TOTAL (%)
Intoxication médicamenteuse volontaire	18 (46,15)	6 (15,38)	1 (2,56)	25 (64,09)
Phlébotomie	6 (15,38)	0	0	6 (15,38)
Accident voie publique	3 (7,69)	0	0	3 (7,69)
Pendaison	2 (5,13)	0	0	2 (5,13)
Accident voie ferrée	1 (2,56)	0	0	1 (2,56)
Noyade	1 (2,56)	0	0	1 (2,56)
Arme à feu	0	1 (2,56)	0	1 (2,56)
TOTAL	31 (79,5)	7 (17,94)	1 (2,56)	39 (100)

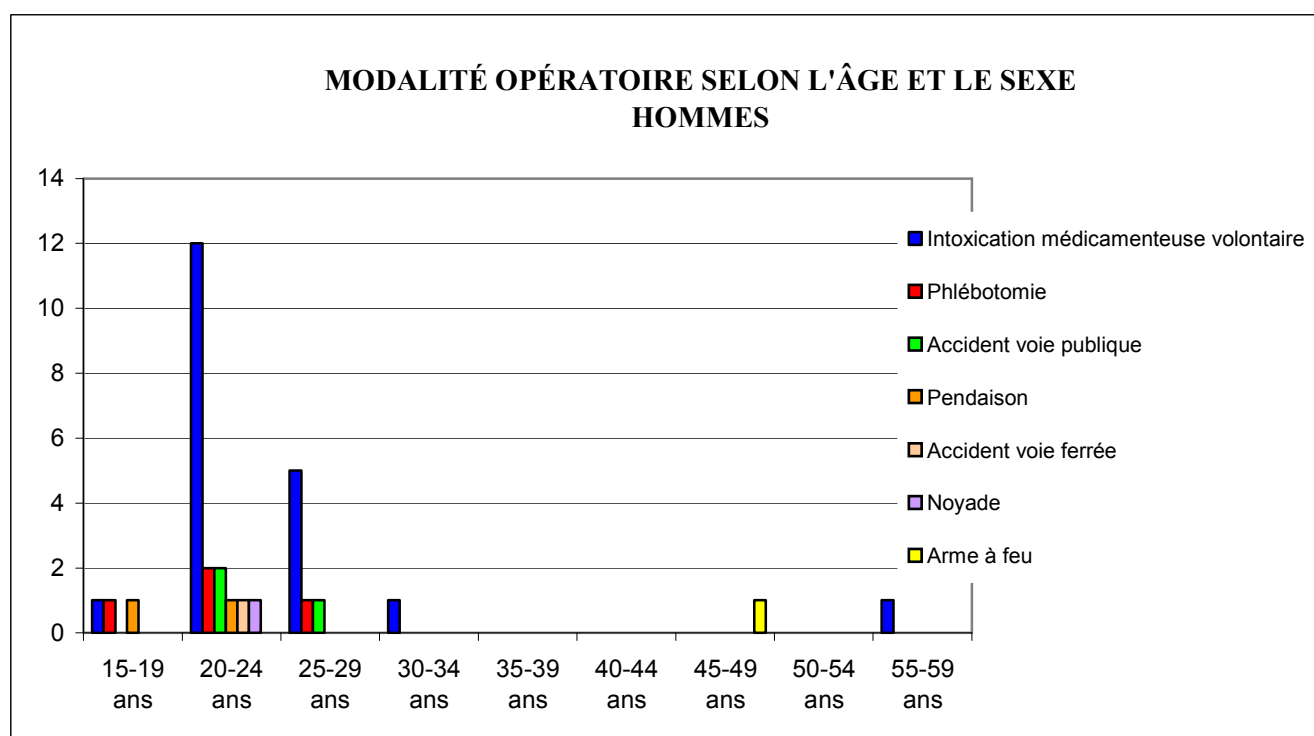


Tous les modes opératoires sont représentés chez les militaires du rang.

## Modalité opératoire de la tentative de suicide en fonction des facteurs sexe et âge

### HOMMES

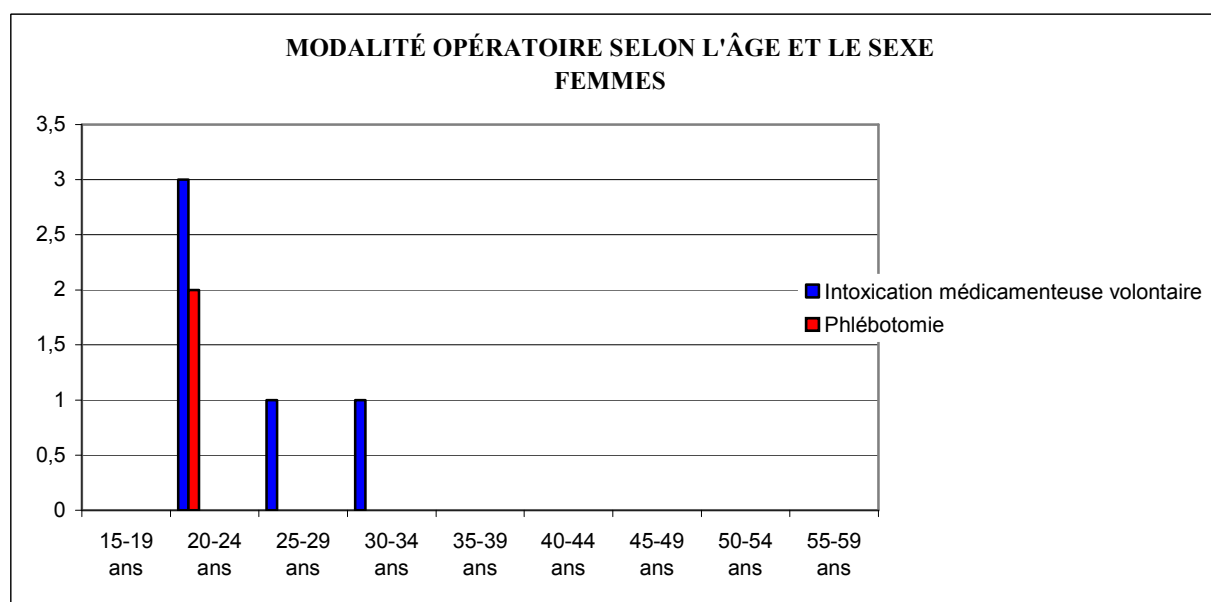
HOMMES	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans
IMV	1	12	5	1	-	-	-	-	1
Phlébotomie	1	2	1	-	-	-	-	-	-
Accident voie publique	-	2	1	-	-	-	-	-	-
Pendaison	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Accident voie ferrée	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Noyade	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Arme à feu	-	-	-	-	-	-	1	-	-



Les modalités opératoires violentes sont essentiellement représentées chez les hommes jeunes.

## FEMMES

FEMMES	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans
IMV	-	3	1	1	-	-	-	-	-
Phlébotomie	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Accident voie publique	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pendaison	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Accident voie ferrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noyade	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arme à feu	-	-	-	-	-	-	-	-	-

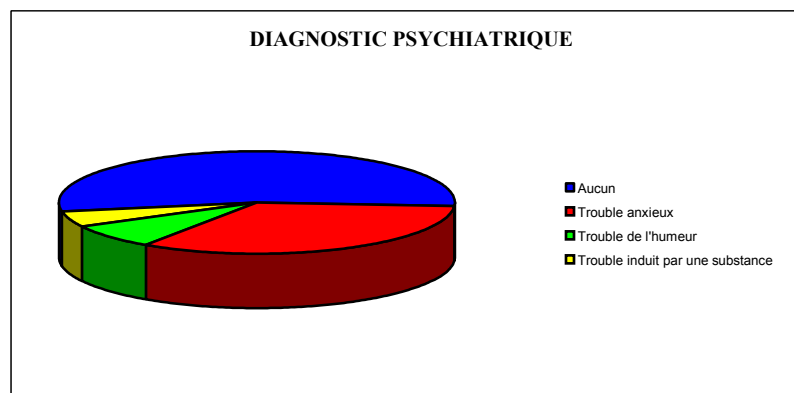


L'effectif en présence est ici trop petit pour envisager le rôle conjoint des facteurs sexe féminin et âge.

### 3.3.3 Diagnostic psychiatrique et décision médico-militaire

Diagnostic psychiatrique au sens du DSM-IV-TR [3]

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE	Effectif	Pourcentage
Aucun	21	53,85
Trouble anxieux	13	33,33
Trouble de l'humeur	3	7,69
Trouble induit par une substance	2	5,13
TOTAL	39	100



La majorité des patients ne présente pas de trouble psychiatrique caractérisé au moment de la prise en charge.

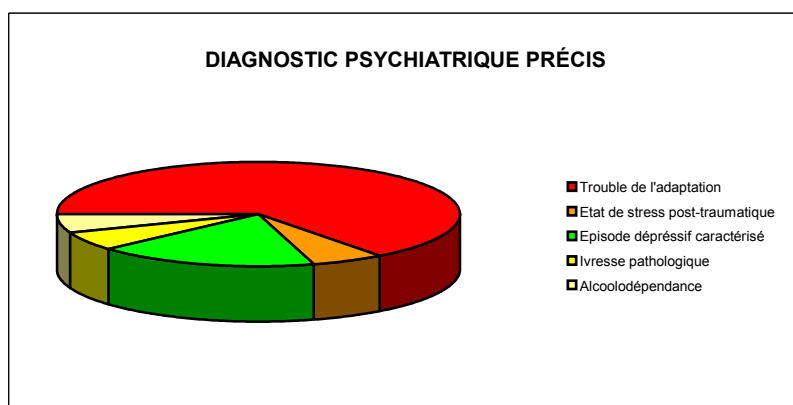
Chez les sujets ne présentant pas de trouble psychiatrique caractérisé, le mode de passage à l'acte est surtout une intoxication médicamenteuse volontaire. Nous avons précédemment retrouvé que la thérapeutique utilisée était prescrite dans les jours précédents pour une pathologie à dominante fonctionnelle.

Un trouble anxieux caractérisé est identifié dans un tiers des cas, devant un trouble de l'humeur, uniquement retenu pour moins de 10% des sujets.

Aucun trouble psychotique n'a été individualisé.

### Diagnostic psychiatrique détaillé au sens du DSM-IV-TR [3]

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE	Effectif	Pourcentage
Trouble de l'adaptation	12	28,21
Etat de stress post-traumatique	1	2,56
Episode dépressif caractérisé	3	7,69
Alcoolodépendance	1	2,56
Ivresse pathologique	1	2,56
TOTAL	17	43,58



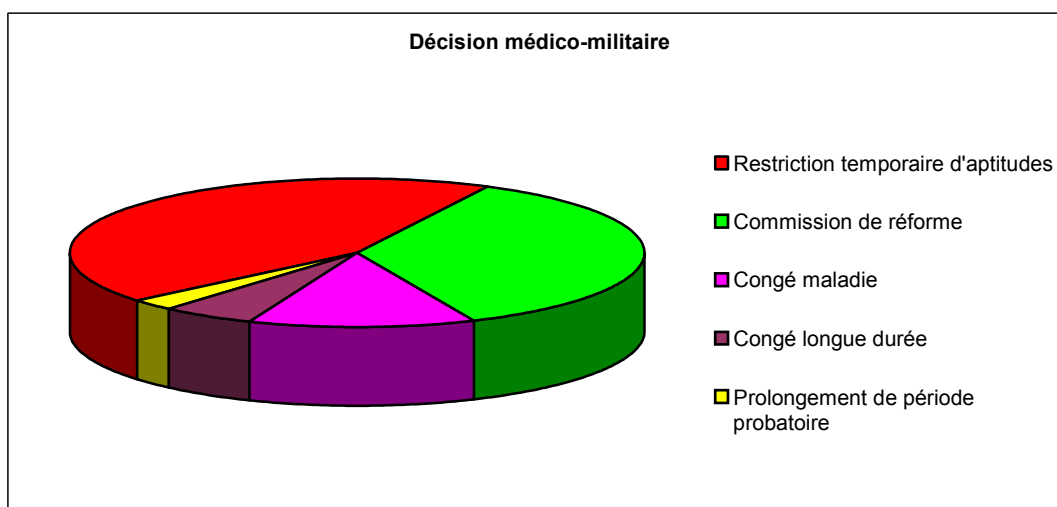
Les troubles anxieux sont les plus souvent retrouvés avec une prégnance particulière du trouble de l'adaptation au milieu militaire. Il s'agit d'une anxiété réactionnelle qui s'est mise en place progressivement, secondairement à des événements perçus comme stressants.

L'épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic fréquent. À la vue de l'anamnèse et de la présentation clinique au moment de la prise en charge, le trouble thymique n'entraîne pas dans le cadre du spectre bipolaire.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a été retenu que dans un cas unique. Ceci peut paraître surprenant dans une population potentiellement davantage confrontée au réel de la mort que la population générale. Les « masques de l'état de stress post-traumatique » ont davantage pris la forme de somatisations. D'autre part, cette pathologie fait l'objet d'une attention particulière de la part des médecins d'unité qui nous adressent rapidement ces patients en consultation. Une prise en charge précoce éviterait les passages à l'acte.

## Décision médico-militaire instituée

DECISION MEDICO-MILITAIRE	Effectif	Pourcentage
Restriction temporaire d'aptitudes	17	43,59
Commission de réforme	14	35,9
Congé maladie	5	12,82
Congé longue durée	2	5,13
Prolongement de période probatoire	1	2,56
TOTAL	39	100



Tous les patients ont bénéficié d'une décision médico-administrative à distance du passage à l'acte.

Une restriction d'aptitudes port d'arme, service outre mer et opérations extérieures est la décision la plus fréquente. Celle-ci est d'une durée de 3 à 6 mois. Elle doit être expliquée au sujet comme étant une prévention médicale et non pas une sanction administrative. Cette restriction d'aptitude au service sera réévaluée ultérieurement.

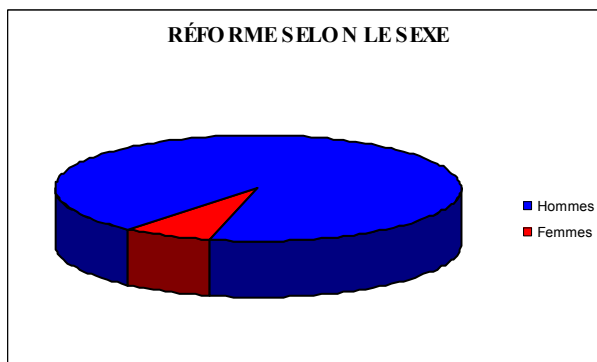
Les congés de maladie sont dispensés avec possibilité d'utiliser le congé longue durée lorsque les arrêts maladie totalisent 180 jours calendaires.

Dans un seul cas, la période probatoire a été prolongée, ce qui illustre le peu de gestes suicidaires réalisés dans les premières semaines d'incorporation.

Environ un tiers des patients suicidants ont été considérés comme inaptes à la reprise du service et présentés devant la commission de réforme des militaires.

### Répartition des réformes en fonction du sexe

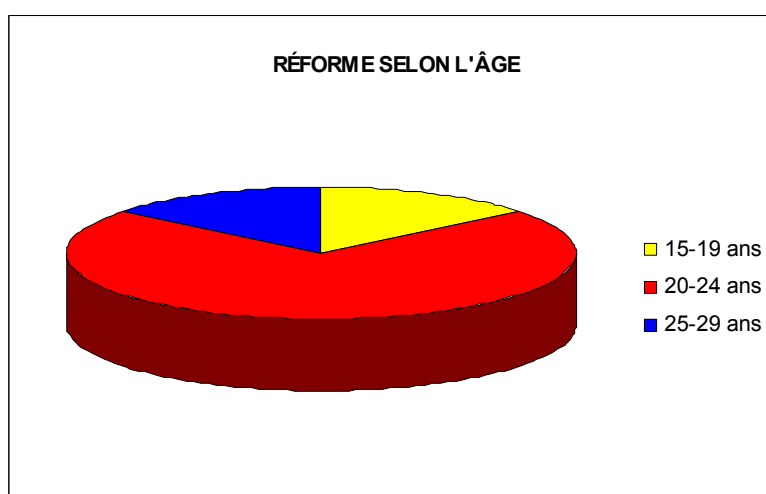
SEXE	Effectif	Pourcentage
Hommes	13	33,33
Femmes	1	2,56
TOTAL	14	35,89



La majorité des patients présentés devant la commission de réforme sont des hommes.

### Répartition des réformes en fonction de l'âge

	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	2	5,13
20-24 ans	10	25,64
25-29 ans	2	5,13
>30 ans	0	0



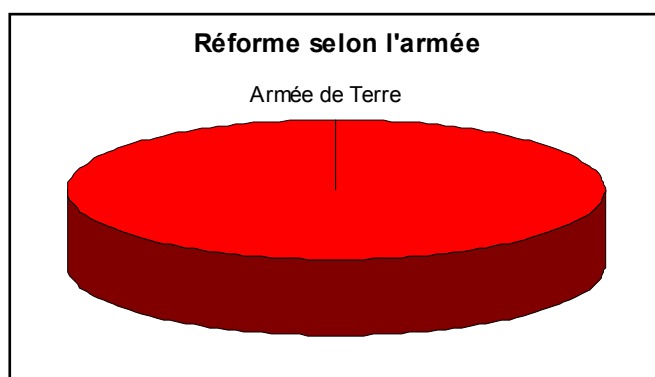
La majorité des sujets engagés dans une procédure de réforme est représentée par la classe d'âge des 20-24 ans, ce qui correspond en général au temps du premier contrat.



### Répartition des réformes en fonction de l'armée

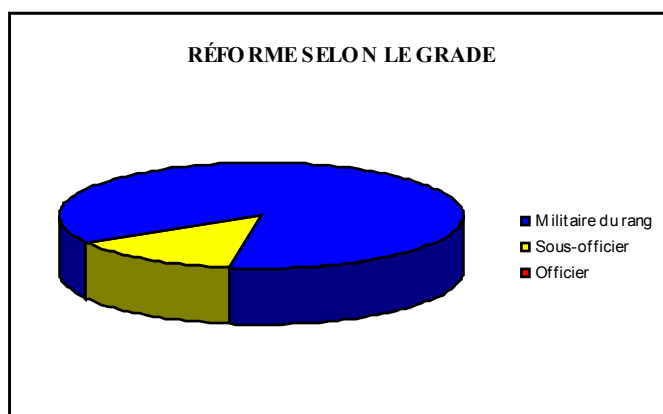
ARMEE	Effectif	Pourcentage
Terre	14	35,9
Gendarmerie	0	0

Tous les patients réformés proviennent de l'armée de terre.



### Répartition des réformes en fonction du grade

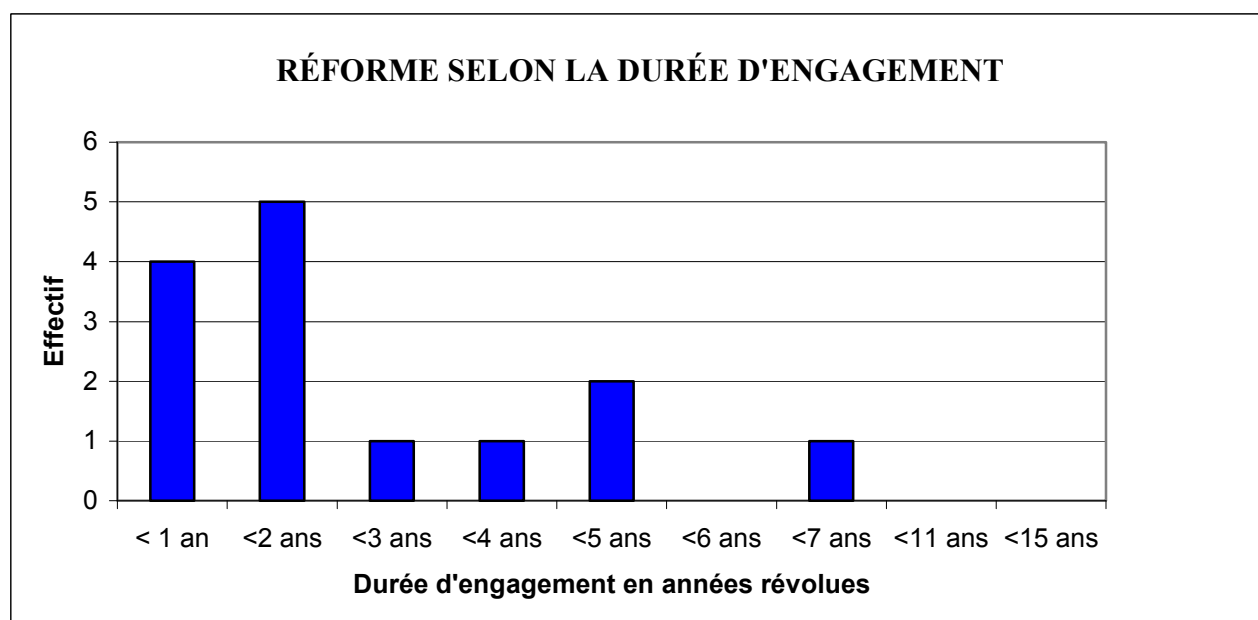
GRADE	Effectif	Pourcentage
Militaire du rang	12	30,77
Sous-officier	2	5,13
Officier	0	0



La majorité des patients réformés appartenait au grade des militaires du rang.

## Répartition des réformes en fonction de la durée d'engagement

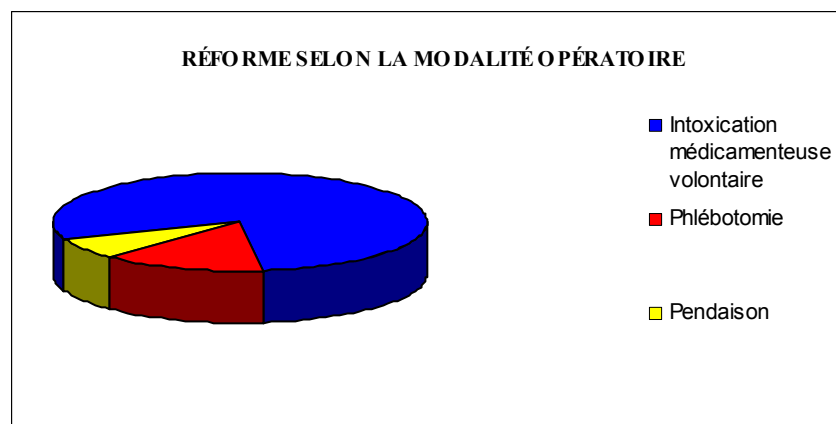
DUREE D'ENGAGEMENT	Effectif	Pourcentage
< 1 an	4	10,26
<2 ans	5	12,82
<3 ans	1	2,56
<4 ans	1	2,56
<5 ans	2	5,13
<6 ans	-	-
<7 ans	1	2,56
<11 ans	-	-
<15 ans	-	-



La majorité des patients réformés s'était engagée en service depuis moins de deux ans. Néanmoins une réforme est toujours envisageable quelle que soit la date d'entrée en service actif. Celle-ci peut intervenir directement ou secondairement après épuisement des droits à congés de longue durée pour maladie. Le dossier du militaire est alors présenté devant la commission de réforme des militaires qui statue *in fine*.

## Réforme en fonction de la modalité opératoire de la tentative de suicide

MODALITE OPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Intoxication médicamenteuse volontaire	11	28,21
Phlébotomie	2	5,13
Pendaison	1	2,56

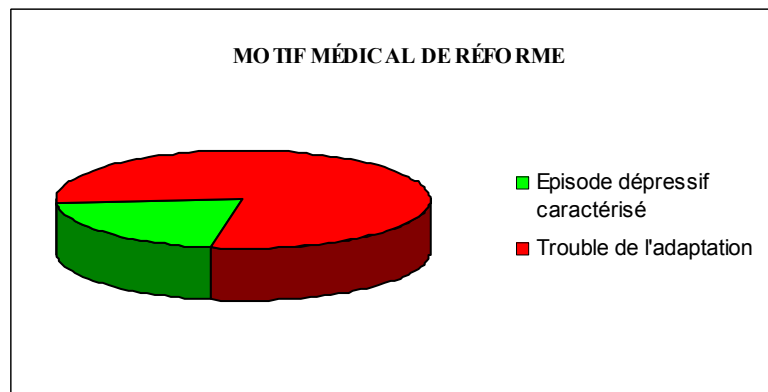


La modalité opératoire la plus corrélée à la réforme est l'intoxication médicamenteuse volontaire, suivie de la phlébotomie et de la tentative de pendaison.

Il est à noter que les patients ayant utilisé les moyens les plus violents (arme à feu, voie ferrée, accident de la voie publique) non pas fait l'objet d'une procédure de réforme. Ils s'engagent dans un processus de soins au plus long cours et peuvent bénéficier de congé de longue durée pour maladie. Ainsi, la modalité opératoire du passage à l'acte auto-agressif n'est pas directement corrélée à la décision médico-administrative connexe.

Motif médical de réforme au sens du DSM-IV-TR [3]

MOTIF MEDICAL AXE I du DSM IV	Effectif	Pourcentage
Episode dépressif caractérisé	3	7,69
Trouble de l'adaptation	11	28,21



Le motif médical psychiatrique de l'axe I du DSM-IV-TR le plus fréquent est le trouble de l'adaptation au milieu militaire.

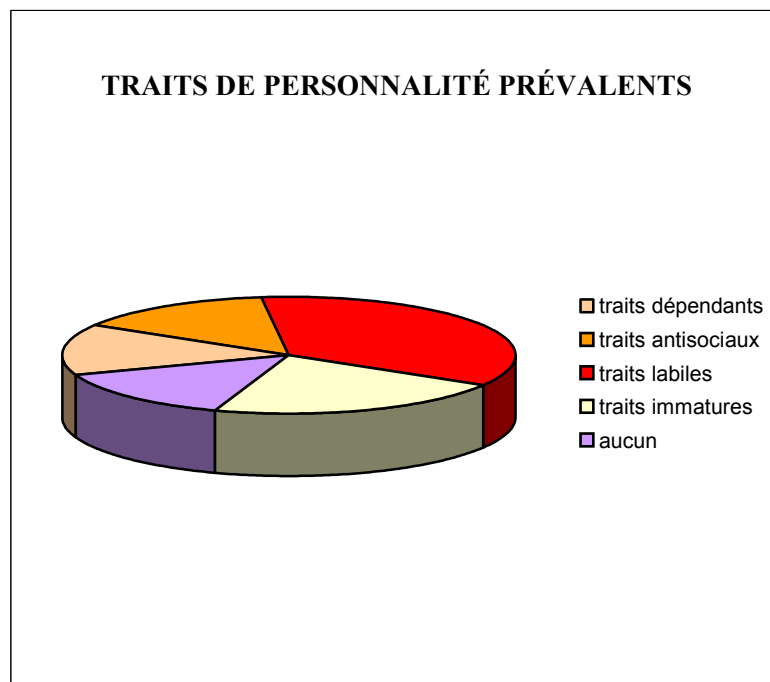
Le trouble de l'humeur dépressif caractérisé arrive en deuxième et dernière position comme motif médical de réforme.

Les éléments médicaux restent confidentiels et ne sont pas transmis à la hiérarchie militaire.

Les diagnostics ne sont transmis qu'à la hiérarchie médicale technique du service.

## Traits de personnalité prévalents retrouvés dans les réformes pour trouble de l'adaptation

MOTIF MEDICAL AXE II du DSM IV	Effectif	Pourcentage
traits dépendants	2	5,13
traits antisociaux	2	5,13
traits labiles	5	12,82
traits immatures	3	7,69
aucun	2	5,13



Chez les patients engagés dans une procédure de réforme, les traits de personnalité les plus fréquents sont de type labiles et impulsifs, suivis par les traits immatures.

## **3.4 Discussion des résultats**

### **3.4.1 Justification de l'étude**

Le recours aux soins de santé en milieu civil de patients militaires implique une perte de données statistiques qui est source de biais pour la surveillance épidémiologique du service de santé des armées. Par exemple, si un patient militaire consulte aux urgences d'un hôpital général après une tentative de suicide, les données de recours au système de soins seront ignorées du département d'épidémiologie et de santé publique des armées.

Pour explorer cette limite, nous avons réalisé une enquête car très peu d'études ont été diligentées sur les conduites auto-agressives dans les armées françaises ces dix dernières années, et a fortiori depuis la fin de la conscription.

La fiche spécifique de déclaration F6 relative aux conduites auto-agressives ne mentionne pas suffisamment de données médicales permettant d'établir un diagnostic psychiatrique. Nous avons recherché s'il existait une psychopathologie sous-jacente particulière à l'auto-agressivité.

### **3.4.2 Atteinte des objectifs**

Cette étude nous a permis de reconnaître une « population type » en termes sociodémographiques et psychopathologiques.

La population à risque de conduites auto-agressives s'est révélée correspondre aux engagés volontaires de l'armée de terre (EVAT). Les EVAT constituent la force vive de l'Armée de terre depuis la suspension de la conscription et la professionnalisation des armées. Recrutés localement sans condition de qualification précise, ils sont le plus souvent jeunes et

l'armée est leur premier employeur. Leur contrat est de cinq ans mais leur carrière peut durer 11 ans ou plus pour 20% d'entre eux, caporaux-chefs, qui auront réussi les examens intermédiaires nécessaires. À l'issue de leur contrat militaire, les EVAT se reconvertissent dans la vie civile.

L'exploration de la psychopathologie sous-jacente éventuellement présentée révèle qu'aucun trouble psychiatrique caractérisé n'est retenu dans la majorité des cas. Les passages à l'acte sont la plupart du temps impulsifs, survenant sur une personnalité immature sans pour autant correspondre à l'ensemble des critères diagnostiques des troubles de la personnalité au sens du DSM IV-TR [3]. Le contact du patient avec le système de soins psychiatrique militaire est fréquemment de courte durée, ne permettant pas de poser le diagnostic de trouble de la personnalité sous-jacent dans ses critères temporels classiquement requis.

Le passage à l'acte est souvent l'apogée d'une crise psychique traduisant une désadaptation du sujet face à une rupture relationnelle personnelle ou professionnelle. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une rupture sentimentale conduisant à une crise suicidaire.

### **3.4.3 Biais**

#### *3.4.3.1 Biais de sélection*

##### Choix de la population

L'HIA Legouest est situé dans le « Grand Est » de la France où une partie des forces françaises sont établies. En 2007, on considère que la moitié des effectifs de l'Armée de terre et un quart des effectifs de l'Armée de l'air dépendent de l'HIA Legouest. Cependant, un militaire basé dans le « Grand Est » peut tout à fait consulter dans un autre hôpital d'instruction des armées que celui dévoué à son unité de rattachement.

La population de notre étude n'est ainsi pas représentative de la population militaire française. Les résultats ne sont pas extrapolables aux militaires appartenant à la Marine nationale ou aux Services communs, en l'absence d'autres données.

### Non répondant

Certains personnels sont à considérer « non répondant ». Ils ont refusé de se présenter à un rendez-vous de consultation psychiatrique pris par leur médecin d'unité ou ont incité leur médecin généraliste à ne pas solliciter de consultation spécialisée.

D'autres patients auront eu recours à des soins en milieu civil. Les causes de ce biais sont multiples : absence d'alliance thérapeutique avec le médecin généraliste d'unité, désintérêt, rejet de l'institution qu'ils peuvent juger comme responsable de leurs symptômes et troubles psychiatriques rendant l'alliance thérapeutique aléatoire.

Nous n'avons aucun moyen de savoir si l'état de santé des militaires « non répondant » est identique ou non à l'état de santé des « répondant ».

### Biais de survie sélective

Certains patients ont pu réaliser une tentative de suicide pendant un congé maladie passé dans une autre région que celle de l'Est. D'autres sujets refusant les soins ont pu bénéficier de la procédure d'hospitalisation sous contrainte et n'ont donc pas été suivis à l'HIA Legouest. Le législateur, conformément à la loi de Juin 1990, n'a pas souhaité que les hôpitaux militaires accueillent des patients nécessitant une hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers. En conséquence, ces données épidémiologiques sont manquantes.



### Biais de « perdu de vue »

Certains patients ont quitté l'institution militaire après une conduite auto-agressive mais avant qu'une prise en charge psychiatrique ne soit instaurée, pour cause de fin de contrat, de retraite ou d'inaptitude médicale autre que psychique. Les anciens militaires et leurs familles restent pourtant des ayants droits du service de santé des armées. Dans notre étude, nous n'avons retrouvé aucun militaire en retraite ou dans une autre position statutaire. Seuls les militaires en position d'activité ont été demandeurs de prise en charge.

Les éventuelles tentatives de suicide réalisées en opération extérieure ne nous sont pas parvenues directement. Nous savons pourtant qu'elles existent grâce à l'analyse des « *Guerre-Even* ». Le rapatriement sanitaire (RAPASAN) est actuellement effectué sur les HIA parisiens Percy, Bégin et Val de Grâce ; ces données échappent donc à notre étude.

#### *3.4.3.2 Biais d'information*

Le relevé des données médicales n'est pas exhaustif. Les antécédents médicaux personnels et familiaux, les facteurs de risque de trouble psychiatrique et les éventuelles comorbidités organiques ne sont pas colligés. Les syndromes et les troubles psychiatriques caractérisés ont été retenus comme éléments diagnostiques sans que le recueil des données ne détaille plus précisément chaque symptôme dans une approche dimensionnelle d'une part, et leur intégration au niveau d'un syndrome d'autre part.

### Biais de prévarication

Les militaires sont souvent réticents à accepter et à exprimer certains symptômes médicaux et notamment psychologiques. Ils peuvent occulter un antécédent auto-agressif récent. Pour Vallet, l'origine de ce silence « *est en relation avec les sentiments de honte qui peuvent y être rattachés, ainsi qu'avec la crainte que l'évocation de ces symptômes ne vienne remettre en cause leur aptitude opérationnelle* » [230].

La peur du non respect de l'anonymat est à l'origine d'un autre biais de prévarication, notamment pour les sujets appartenant à des groupes quantitativement moindres (femmes, officiers...). Rappelons que le secret médical du médecin militaire peut être exceptionnellement partagé avec le commandement si des circonstances particulières, essentiellement opérationnelles, l'imposent. En pratique, le médecin d'unité incite le sujet à évoquer d'éventuelles difficultés professionnelles ou personnelles aux cadres compétents. Certains sujets peuvent occulter une auto-agressivité à cause d'une pathologie mentale entraînant amnésie ou confusion. D'autres patients sont peu ou pas interrogeables du fait d'un mutisme ou de propos délirants.

### Biais de mémorisation

Pouvant être liés à une pathologie psychiatrique, ils peuvent aussi être le résultat du délai entre la date de la tentative de suicide et l'expression d'un mal-être ultérieur qui va faire revenir le praticien sur l'anamnèse. Cet aspect illustre le hiatus entre la présentation clinique du patient au moment de la consultation et son état de santé mentale au moment du passage à l'acte.

### Biais d'enquêteur

Dans notre étude, un seul enquêteur a procédé au recueil des données de manière standardisée et reproductible.

#### *3.4.3.3 Biais de mesure*

Un biais de mesure est à redouter lorsque le consultant parle peu ou mal le français ou une autre langue peu ou pas maîtrisée par le praticien. Cette éventualité nous apparaît non négligeable dans les régiments de la Légion Etrangère.

En dehors de la barrière de la langue, les traits de la pathologie mentale peuvent être sur ou sous estimés en fonction de présentations interculturelles particulières, d'autant plus que les critères diagnostiques internationaux sont teintés de références occidentales. Nombre de militaires sont ainsi recrutés dans les départements et territoires d'outre mer, avec comme corollaire des présentations clinico-culturelles différentes en fonction des origines, polynésienne ou antillaise par exemple.

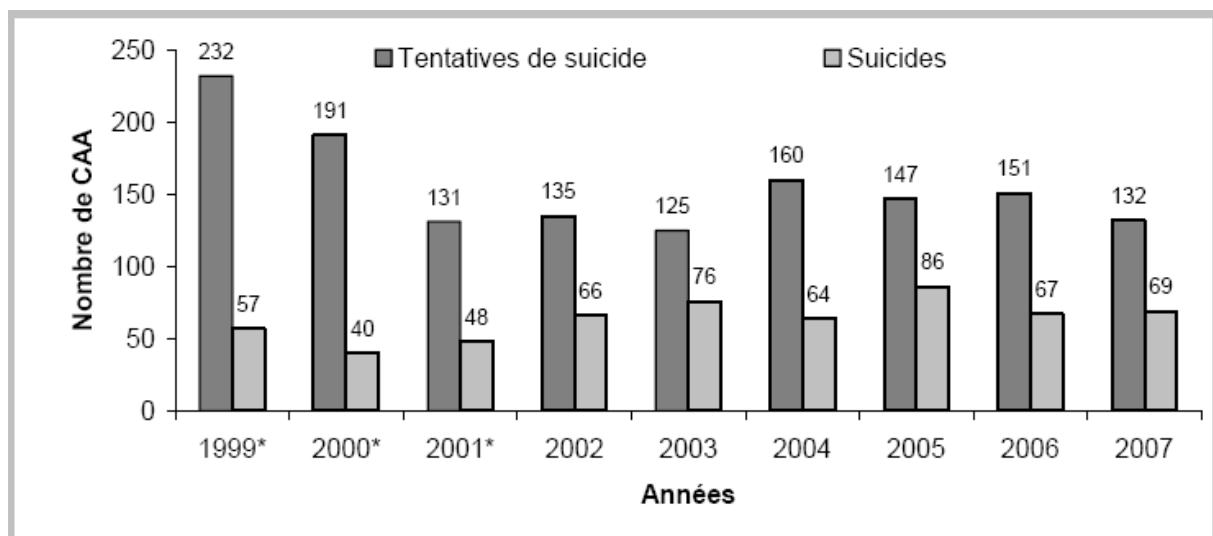
### 3.4.4 Comparaison des résultats de notre étude avec les résultats du rapport annuel du Département d'Épidémiologie et de Santé Publique

#### 3.4.4.1 Description de la population

Nos résultats sociodémographiques sont superposables aux données de la surveillance épidémiologique des armées [235].

En 2007, quelques 132 tentatives de suicide ont été déclarées à la surveillance épidémiologique, soit un taux d'incidence de 38,4 pour 100 000.

#### Incidence des tentatives de suicide et des suicides selon l'année de 1999 à 2007



Si l'on considère que les données que nous avons recueillies ont fait l'objet de déclaration à la surveillance épidémiologique, les tentatives de suicide reçues à l'HIA Legouest correspondent en 2007 à près de 30% (29,54%) de l'ensemble des tentatives de suicides dans les armées. Le fait qu'un seul des neuf HIA puisse recevoir un tiers des conduites auto-agressives trouve une explication par la disparité démographique des militaires français sur le territoire métropolitain.

La tentative de suicide concerne un homme dans 78% des cas, cette donnée est unanimement retrouvée dans la littérature militaire [20,162,216].

Pendant la période 2002-2007, le taux d'incidence des tentatives de suicide était le plus élevé dans les classes d'âge des 18-19 ans et des 20-24 ans, soit respectivement 166,0 et 68,2 pour 100 000 personnes année [235].

Le statut de militaire engagé sous contrat est le plus retrouvé avant 2005. Après cette date, la nouvelle fiche de déclaration épidémiologique instituée ne permet plus le recueil de cette donnée pourtant essentielle. Après 2005, le statut « *militaire d'active* » est le plus souvent rencontré sans que l'on connaisse le type de contrat ou le grade de l'intéressé.

Sur la période 2002-2007, l'armée de terre est la plus touchée par les tentatives de suicide, suivie de la gendarmerie, avec des taux d'incidence par arme respectivement de 60,8 et de 37,6 pour 100 000 [235].

Les taux spécifiques des incidences par âge ont été calculés pour chacune des armées grâce à une analyse multivariée. L'armée de terre présente les taux d'incidence les plus élevés pour la classe d'âge des moins de 20 ans (246,2 p.100.000) ainsi que pour la classe d'âge des 20-29 ans (74,4 p. 100.000).

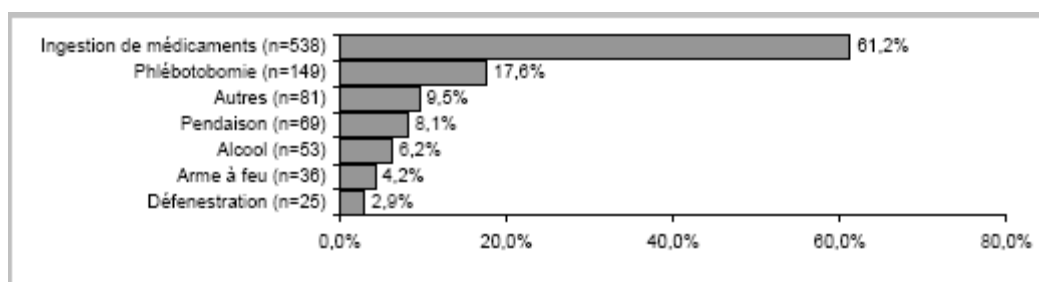
En prenant en compte les facteurs « âge » et « armée », le risque de tentative de suicide est multiplié par 6 chez les militaires de moins de 20 ans. Ce même risque est multiplié par 3,1 chez les militaires de l'armée de terre et par 2,3 chez les gendarmes par rapport à ceux servant dans la marine.

Sur la période 2002-2007, plus d'un tiers des TS (36,7%) a été réalisé dans l'enceinte même de l'unité militaire. Entre 2005 et 2007, près d'un cinquième des TS (18,1%) a été déclaré comme ayant été réalisé au cours du service. Ces données sont rarement mentionnées dans les dossiers médicaux [235].

### 3.4.4.2 Modalités opératoires de la conduite auto-agressive

Les moyens utilisés entre 2002-2007 sont dominés par l'ingestion médicamenteuse volontaire (61,2%) suivie par la phlébotomie (17,6%).

#### Moyens utilisés lors des tentatives de suicide (2002-2007)



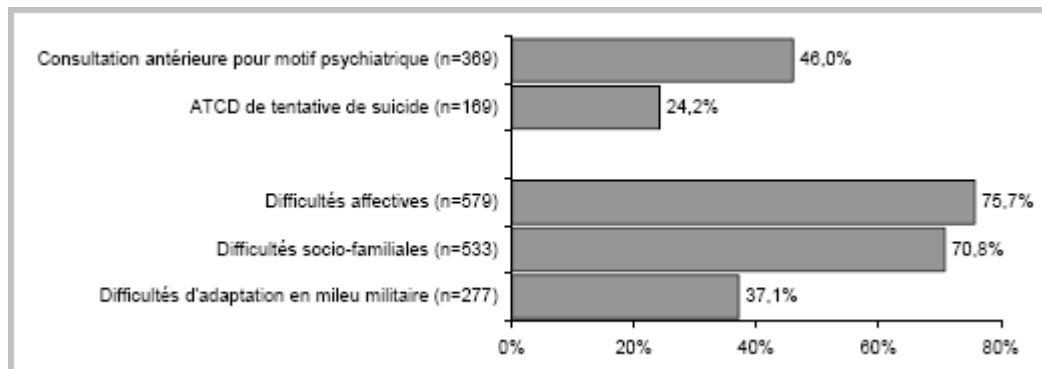
Lorsque l'alcool a été utilisé, ce fut toujours en association avec une autre modalité de passage à l'acte.

Si les difficultés affectives sont interprétées comme une rupture sentimentale ou conjugale, ces résultats corroborent ceux de notre étude où tous les sujets suicidants sont soit célibataires, soit en rupture sentimentale récente. Nous pouvons considérer équivalentes les items « *difficultés affectives* » et « *difficultés socio-familiales* ».

Dans notre étude il s'agit exclusivement de primo-suicidants. Dans le rapport épidémiologique, 24,2% des suicidants avaient déjà réalisé un geste suicidaire. Nous pensons que cette différence était importante au début des années 2000 et qu'elle s'est amenuisée avec le temps.

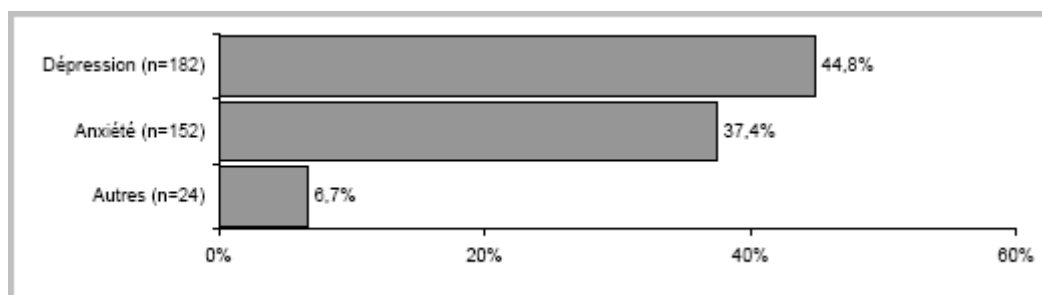
La dénomination « *motif psychiatrique* » nous apparaît vague. Si cet aspect est retenu dans 46,0% des cas par le médecin d'unité, la majorité des patients de notre étude n'avait jamais consulté un psychiatre militaire.

Antécédents psychiatriques et contexte socio-affectif des sujets ayant effectué une tentative de suicide (2002-2007)



À partir de 2005, la nature du cadre nosologique psychiatrique est plus détaillée grâce à un nouveau format de la fiche spécifique de déclaration. Entre 2005 et 2007, une dépression est notifiée dans près de 50% des cas.

Distribution des 358 symptomatologies psychiatriques apparentes observées lors de 406 tentatives de suicide (2005-2007)



Les difficultés d'adaptation au milieu militaire sont fréquentes [80] sans pour autant constituer systématiquement un trouble de l'adaptation au sens du DSM IV-TR [3]. Ainsi dans notre étude, quatre personnels ont été réformés pour trouble de l'adaptation au milieu militaire. Ce trouble est une réponse psychologique à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables qui conduit au développement de symptômes dans les registres émotionnels ou

comportementaux. Les symptômes doivent apparaître au cours des trois mois suivant la survenue du (ou des) facteur (s) de stress. La clinique est constituée par une souffrance marquée plus importante que celle qui était attendue vis-à-vis du facteur de stress, soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel. Par définition, le trouble de l'adaptation ne dure pas plus de six mois une fois que le facteur de stress a disparu. Dans le milieu civil comme en population militaire, « *les troubles de l'adaptation comportent une augmentation du risque de tentatives de suicide et de suicide, d'utilisation excessive de substances et de plaintes somatiques* » [3].



**4. RÉFLEXION PSYCHOPATHOLOGIQUE.  
COMPARAISON DES RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE  
AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE**

#### **4.1 Comparaison des résultats de notre étude aux données de la littérature**

Les données scientifiques concernant la suicidalité des militaires sont difficiles à retrouver dans la littérature. Les articles francophones publiés sur le sujet sont rares. Pour les armées françaises, la seule étude épidémiologique référencée dans les bases de données internationales remonte au temps de la conscription et n'est donc plus valide aujourd'hui [67,68].

Par ailleurs, les articles publiés dans la revue *Military Medecine* sont essentiellement basés sur des données des armées américaines et israéliennes. Il nous est apparu illusoire de comparer ces résultats avec les nôtres étant donné les différences de recrutement entre les armées d'une part, et la différence d'engagement sur les théâtres des conflits internationaux d'autre part. Ainsi une partie du recrutement des personnels sous l'égide du Pentagone est réalisée dans des classes socio-ethnographiques particulières ; quant à *Tsahal*, son recrutement est en grande partie fourni par le service militaire obligatoire qui dure trois ans. D'autre part en 2007, Israël et les Etats-Unis sont davantage engagés que la France dans des conflits majeurs sur le long terme.

Étant donné la prégnance du tempérament impulsif dans les déterminants du passage à l'acte, nous étudions les rapports entre impulsivité et suicidalité.

#### **4.2 Définition de l'impulsivité**

Il n'y a pas de consensus quant au concept même d'impulsivité. Certains auteurs définissent l'impulsivité suicidaire comme l'absence de signes manifestes de projection de l'action auto-agressive dans l'avenir [9,10,54-56]. D'autres auteurs utilisent le terme d'impulsivité en tant qu'absence de plan préalable du passage à l'acte [141,146]. Enfin

l'impulsivité peut être appréhendée comme l'absence de synchronisation entre passage à l'acte et idéations suicidaires [226].

Kessler a souligné la difficulté méthodologique de « *connaître a posteriori si des pensées suicidaires ont précédé un passage à l'acte impulsif* » [32,141]. La progression des idées suicidaires, puis la planification plus ou moins bien finalisée et la tentative impulsive n'obéissent pas nécessairement à une progression linéaire logique mais peut-être à une progression fluctuante et oscillante, variable en fonction du facteur temps suite à des déterminants complexes à la fois externes et internes au sujet [66,204].

Certains auteurs explorent de manière originale l'impulsivité par des tests réalisés en laboratoire [73]. En explorant des tâches mnésiques immédiates ou retardées, ils tentent de corréler les résultats obtenus aux antécédents suicidaires des sujets étudiés. Trois groupes peuvent être individualisés et comparés : les patients ayant réalisé de multiples tentatives de suicide, ceux dont les antécédents sont grevés d'une seule tentative de suicide et un groupe témoin sans antécédent. Les résultats de cette équipe démontrent que l'impulsivité mesurée en laboratoire par des tâches cognitives simples augmente significativement avec le nombre de tentatives de suicide présentées par les sujets.

Gorlyn souligne que l'absence de définition consensuelle de l'impulsivité entraîne des difficultés pour comparer les études [108]. Les échelles d'auto-mesure et les tests de performances qui sont les deux méthodes les plus employées pour caractériser l'impulsivité possèdent chacune leurs intérêts et leurs biais respectifs. Gorlyn propose une approche multiple et pluraliste pour tenter de caractériser, de définir et donc de mesurer l'impulsivité [108].

### 4.3 Impulsivité et troubles psychiatriques

L'impulsivité a été décrite dans plusieurs troubles psychiatriques dont les troubles de la personnalité état-limite et antisociale, le trouble bipolaire de l'humeur et l'abus de substances psychoactives.

Dans une étude portant sur plus de deux cent patients, Brodsky *et al* [40] concluent qu'après contrôle des pathologies dépressives et addictives, l'impulsivité est la seule caractéristique du patient état limite qui est associée avec un nombre élevé de tentatives de suicide antérieures. Certains auteurs ont rendu responsables du développement de traits de personnalité borderline des faits de maltraitance dans l'enfance [41,127,192].

Malone *et al* proposent un modèle de vulnérabilité au stress des comportements suicidaires. Le trouble de la personnalité état limite constitue une prédisposition à l'auto-agressivité que va révéler un facteur de stress qui peut être constitué par un épisode dépressif [164].

Dans une étude réalisée sur plus de 80 sujets, Soloff *et al* retrouvent que la comorbidité entre trouble de la personnalité état limite et accès dépressif augmente davantage le nombre et la gravité des tentatives de suicide que lorsque chaque trouble est étudié séparément [220].

Swann *et al* mesurent [226] l'impulsivité à la BIS (échelle d'impulsivité de Barrat ou *Barrat Impulsivity Scale*) et en laboratoire chez deux groupes de sujets bipolaires stabilisés selon l'existence ou non d'antécédents de tentative de suicide. Les sujets avec un passé de tentatives de suicide font davantage d'erreurs dans les tests de mémoire immédiate avec des temps de latence de la réponse diminués. L'impulsivité est corrélée à la bipolarité [189].

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de patients présentant un trouble bipolaire de l'humeur même si l'on ne peut exclure que les sujets dépressifs retrouvés ont présenté une dépression inaugurale d'un spectre bipolaire.

Les traits de personnalité prévalents des sujets réformés sont de l'ordre de l'impulsivité, de la labilité et de l'immaturation.

#### **4.4 Liens entre impulsivité et suicidalité**

En tentant d'établir un profil sociodémographique des suicidaires impulsifs, plusieurs auteurs n'ont pas retrouvé de différences significatives avec les sujets suicidaires non impulsifs notamment en terme d'âge, de sexe, de race, de statut marital ou de statut socioprofessionnel [129,218].

Dans une étude prospective, Maser démontre que de hauts niveaux d'impulsivité sont directement corrélés à la suicidalité [170]. Cette affirmation est en particulier retrouvée chez les adolescents où l'impulsivité est clairement reliée au passage à l'acte chez des sujets pourtant non dépressifs [104,143]. L'intérêt porté à cette population adolescente est grandissant quant aux facteurs biologiques et neurodéveloppementaux particuliers à cette classe d'âge propice aux comportements à risques et aux gestes impulsifs.

Mann *et al* [167] ont utilisé un modèle de vulnérabilité au stress pour expliquer la relation entre suicidalité et impulsivité chez des sujets présentant des troubles psychiatriques divers. La tendance à avoir des idées suicidaires et à être impulsif peut prendre le chemin d'un passage à l'acte sous l'influence d'un facteur de stress représenté par le trouble psychiatrique qui joue en lui-même un rôle désinhibiteur.

Williams caractérise les impulsifs sur le versant de la psychopathie en décrivant les passages à l'acte impulsifs comme fondamentalement non dépressifs mais motivés par le désir de réduire une tension interne [239]. La tentative, souvent réalisée ici devant la présence d'autrui se traduit par l'absence de désir réel de mort rapporté a posteriori.

McGirr *et al* étudient 645 cas de suicides par la méthode de l'autopsie psychologique dont ils comparent les résultats avec un groupe témoin [174]. De hauts niveaux de traits impulsifs-agressifs jouent un rôle de premier plan dans le suicide, notamment chez les sujets jeunes. La propension et le rôle de l'impulsivité dans le suicide apparaissent dans cette étude récente comme étant inversement corrélés à l'âge : plus l'âge augmente et moins l'impulsivité est incriminée dans les déterminants du passage à l'acte.

D'autres études, certes à la méthodologie plus discutable, ne retrouvent pas de différence significative en terme d'âge chez les sujets impulsifs ou non. Ces auteurs concluent le plus souvent à la nécessité de mener une enquête prospective de grande échelle pour trancher [242].

#### **4.5 Étiologies à l'impulsivité**

*L'interpersonal-psychological theory* de Joiner retrouve un lien indirect entre tempérament impulsif et suicide [133]. Un sujet impulsif est conduit à acquérir une plus grande capacité au suicide suite aux expériences connexes exposant à des situations douloureuses qui provoquent le passage à l'acte. Witte part du postulat que la relation entre suicide et impulsivité est indirecte, les individus impulsifs étant attirés dans des comportements suicidaires car l'impulsivité expose davantage à des stimuli douloureux (désagréables, pénibles) [240].

Si les antécédents familiaux de suicide sont connus comme un facteur de risque de suicide, ce risque pourrait être transmis familialement comme un trait impulsif-agressif. Roy s'intéresse à un échantillon de 258 patients dépendant aux substances psycho-actives mais

alors abstinents [207]. Il explore leur histoire familiale de conduites suicidaires en tentant de rechercher un lien avec le passage de la *Barrat Impulsive Scale*. Les patients ayant une histoire familiale de comportements suicidaires ont des niveaux plus élevés à la BIS en ce qui concerne la prise de risques, comparativement aux patients n'ayant pas d'antécédent familial de comportement suicidaire. De plus, les patients avec des antécédents familiaux de comportements suicidaires et ayant eux-mêmes réalisé une tentative de suicide ont des niveaux d'impulsivité et de prise de risques supérieurs aux patients avec les mêmes antécédents familiaux mais n'ayant pas effectué eux-mêmes de tentative de suicide.

Plusieurs auteurs ont retrouvé une corrélation entre la baisse du niveau de 5HIAA dans le liquide céphalorachidien et l'agressivité [202,223], la suicidalité [7] et l'impulsivité [61,155]. Dans une revue critique de la littérature, Roggenbach *et al* [187,206] ont souligné les insuffisances méthodologiques de ces études ainsi que l'impossibilité d'établir des comparaisons entre elles du fait de l'absence consensuelle de clarté entre les concepts de suicidalité, d'impulsivité et d'agressivité. Pour ces mêmes auteurs, si le concept de vulnérabilité génétique à la suicidalité est devenu populaire dans la communauté scientifique, peu de progrès réels ont été documentés ces trente dernières années [187,206], sauf peut-être tout récemment, en 2009 [35].

Baumeister [17] conceptualise le passage à l'acte comme une fuite d'un sens conscient, évoquant une baisse des inhibitions comme volonté « *de ne rien en vouloir savoir* ». À la différence de l'auteur, nous en ferons une référence psychanalytique plutôt qu'une allusion cognitive au traitement neuropsychologique de l'information.

#### **4.6 Les comportements suicidaires comme expression endophénotypique des traits impulsifs-agressifs**

Dans une revue critique récente de la littérature internationale sur la neurobiologie des comportements suicidaires, Mann retrouve que parmi les sujets dépressifs, ceux qui s'engagent dans un processus suicidaire acté présentent un profil neurobiologique distinct des autres patients dépressifs ne souffrant pas de comportement suicidaire [166]. Par exemple les patients ayant des tendances auto-agressives ont davantage de diminution d'activité de la sérotonine dans le cortex préfrontal ventromédial. Ils présentent de hauts niveaux d'agressivité et des comportements suicidaires familiaux non reliés à une quelconque transmission génétique d'un trouble thymique dépressif co-occurent. Ces aspects ont été développés tout récemment dans le numéro d'Octobre 2009 de *The American Journal of Psychiatry* [35]. L'étude de McGirr retrouve que les traits de personnalité impulsifs-agressifs du cluster B sont potentiellement un endophénotype particulier qui peut se manifester par des comportements suicidaires [173]. Ces données prometteuses mériteraient d'être confrontées à d'autres études de type *twin studies*.

Quoiqu'il en soit, si l'*impulsivité* peut apparaître comme l'ordre d'un inconscient biologique sans doute en partie génétiquement prédéterminé, il nous semble que son *expression* auto-agressive est d'une dimension inconsciente psychanalytique.



## **5 – ILLUSTRATIONS CLINIQUES**

## **5.1 Cas clinique n° 1 : un accident provoqué de la voie publique révélateur de contagiosité suicidaire.**

### *Présentation clinique*

Pierre est un jeune gendarme de 22 ans adressé en urgence par son médecin traitant pour prise en charge d'une crise suicidaire. Il s'est engagé dans la gendarmerie comme gendarme adjoint volontaire il y a deux ans, par désir de quitter le milieu universitaire et de trouver un emploi actif. Il n'a pu aller au terme d'un baccalauréat professionnel par manque de motivation, dit-il. Il possède néanmoins un BEP de carrossier et peintre. La période d'incorporation se passe bien même si son premier poste l'éloigne de sa famille bretonne pour une affectation en Lorraine. Il garde de bonnes relations avec ses parents et sa fratrie. Tous sont satisfaits de « sa réussite ». Son engagement se déroule sans ambage et ce jeune gendarme tient parfaitement bien son emploi. Il vit actuellement en concubinage avec une femme qui élève un enfant d'une première union. Le couple paraît solide et Pierre prend part à l'éducation de l'enfant. Dans la brigade où il exerce ses fonctions, il est épaulé par un camarade qui joue dans la brigade un rôle fédérateur entre équipes de gendarmes. Ce dernier guide les premiers pas de Pierre dans le métier. Ensuite il font équipe et patrouillent souvent en binôme.

Un évènement traumatisant vient alors éprouver la trajectoire de vie de Pierre, lorsque ce camarade proche se suicide brutalement sans raison apparente. Il entend la détonation qui retentit dans l'appartement de son ami, proche du sien. En effet, pour des raisons de service, les gendarmes ont l'obligation de résider sur leur lieu de travail dans des logements de fonction. Pierre est présent lors de l'évacuation du corps. Il est entendu lors de l'enquête interne qui tente d'élucider le drame. Dans les heures qui suivent, les personnels gendarmes sont pris en charge par la cellule de soutien psychologique de la direction générale de la

gendarmerie. Pierre participe au débriefing collectif. Il refuse les entretiens individuels ainsi qu'un suivi psychothérapique par un psychologue, « par peur » nous confie-t-il. Il est néanmoins reçu régulièrement par son médecin généraliste qui arrive à le convaincre de la nécessité d'un suivi psychiatrique. Pierre consulte donc un psychiatre libéral qui lui prescrit de la mirtazapine à la dose de 45 mg le soir.

La vie de caserne tente de reprendre un cours normal. Mais Pierre a tendance à se replier sur lui-même, manifestation d'une tristesse qui s'installe, grevée d'idées suicidaires de plus en plus envahissantes. Le gendarme essaie de faire bonne figure devant ses proches. Mais une tentative de suicide vient communiquer à l'autre cette souffrance contenue. Seul au volant de son véhicule, il quitte la route en direction d'un arbre sur une départementale de campagne. C'est au décours de ce geste auto-agressif que nous rencontrons Pierre aux urgences de l'hôpital, une fois le risque somatique écarté. L'examen psychiatrique objective un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère sans caractéristique psychotique. On note une tristesse pathologique de l'humeur associée à une anhédonie marquée. Les ruminations d'idées dépressives ont pour thème unique le décès innommable de son camarade. Pierre souffre d'un ralentissement psychomoteur ainsi que d'un fléchissement des fonctions instinctuelles. Une insomnie mixte est présente. Le passage à l'acte suicidaire est bien critiqué. Pierre accepte une hospitalisation pour surveillance clinique rapprochée ainsi que la mise en place d'une psychothérapie.

## *Discussion clinique*

La suite des entretiens permet d'affiner les symptômes psychiatriques et d'élaborer un sens au passage à l'acte dans l'optique de prévenir une récurrence éventuelle. Un état de stress post-traumatique est objectivé avec émnésies et cauchemars de répétition traumatique. Deux souvenirs sensoriels sont particulièrement marquants. Le bruit de la détonation d'une part et l'image du suicidé d'autre part. L'image du corps sans vie revient sans cesse dans les répétitions traumatiques. La détonation est retrouvée dans les bruits de la vie quotidienne sur fond d'hyperactivité végétative. Nous instaurons un traitement sédatif pour juguler les manifestations anxieuses et rétablir un rythme nyctéméral satisfaisant. Après apaisement symptomatique du trouble anxieux, l'élaboration psychique permet de replacer le passage à l'acte dans l'histoire de Pierre. La confrontation au réel de la mort a été d'autant plus brutale que le camarade décédé n'a pas laissé d'explication à son geste. Il n'y a pas eu de signes avant-coureurs. Il n'y a pas eu de lettre d'adieu à destination de l'entourage. La culpabilité est forte car l'aide que Pierre aurait pu prodiguer à son camarade n'a pas été proposée. Pierre ne « s'était pas rendu compte » de la gravité de l'état psychique de son ami. Ce déficit d'échange verbal s'est retrouvé en miroir dans son propre passage à l'acte suicidaire. Refusant dès les premières heures les entretiens proposés par la cellule d'urgence médico-psychologique, il ne pourra pas non plus évoquer à ses proches les images et la tristesse qui le harcèlent. Un espace libre de verbalisation est favorisé pour que puisse s'exprimer cette souffrance. Nous en apprenons plus sur la modalité choisie pour le passage à l'acte. Nous avons à l'esprit que provoquer un accident de voiture mortel permettait à Pierre de retrouver son *alter ego* une dernière fois, en patrouille, puis à jamais dans la mort, concrétisant un modèle identificatoire. Le véhicule de service utilisé dans l'accident fait écho à l'arme de service utilisée par son camarade. Mais nous étions loin de penser qu'un autre événement

avait bouleversé ce patient. Peu après le premier drame, il est appelé à intervenir sur le lieu d'un accident de la voix publique. Une ambulance qui transportait une dame âgée a été percutée par un autre véhicule. Pierre permet à la passagère de s'extraire de l'ambulance juste avant que cette dernière ne prenne feu. Puis la vieille dame est accompagnée par les pompiers aux urgences les plus proches. Pierre est félicité officiellement par sa hiérarchie. S'il n'a pas réussi à sauver son camarade de la mort, il a permis à la vieille dame d'en réchapper. Malheureusement, quelques jours plus tard il apprend que cette dame est décédée dans les suites de son admission hospitalière et que la famille porte plainte en reprochant aux secours présents d'avoir mal assuré le sauvetage. L'enquête de police diligentée objectivera que Pierre s'est comporté de manière exemplaire. Pour lui, dans un vacillement presque mélancoliforme, il en vient alors à s'auto-accuser du décès. Il possède maintenant une deuxième raison pour se soumettre au châtement surmoïque. La dimension quasi délirante décrite a été mémorisée par Pierre mais est actuellement bien critiquée. Par ailleurs aucun antécédent familial ne permet d'évoquer une susceptibilité aux spectres bipolaire ou schizophrénique. Tous ces éléments nous font planifier la suite de la prise en charge. Pierre sera suivi en psychothérapie par un psychologue du service. Une restriction d'aptitude *port d'arme et conduite de véhicule* est instaurée. Elle sera rediscutée à distance.

Cette observation clinique permet de mettre en évidence le caractère multifactoriel d'une tentative de suicide où des événements de vie extérieurs viennent éprouver la trajectoire singulière du sujet. La contagiosité suicidaire est une crainte légitime. La psychothérapie a permis de développer les capacités d'élaboration pour que l'agir ne se substitue plus au verbe ou au fantasme.

## **5.2 Cas clinique n°2 : une phlébotomie révélatrice d'une psychose post-traumatique. (patient non inclus dans l'étude car observation antérieure à l'année 2007)**

### *Présentation clinique*

Marc s'engage dans l'armée de terre pour conjuguer vocation militaire et carrière de sportif de haut niveau. Cet homme âgé de 32 ans présente une bonne adaptation à la vie militaire pendant ses quatre premières années de service actif et participe à deux missions extérieures qui lui laissent de bons souvenirs. Brutalement, un événement vient faire fracture dans sa biographie. Au cours d'un exercice de saut en parachute, la voile se déploie incomplètement et Marc est victime d'un choc brutal au moment de l'atterrissage. Après une brève perte de connaissance, il reprend conscience et se retrouve au sol, entouré de ceux qui lui portent assistance. Intransportable dans un véhicule non médicalisé, Marc attend l'arrivée des secours médicaux d'urgence. Dès lors il paraît se renfermer dans un mutisme froid s'exprimant par une rancœur et une agressivité sourde. Dans le silence et l'attente, les yeux rivés vers le ciel éclos un sentiment d'hostilité généralisé. Il en veut même aux camarades présents et qui tentent initialement de lui parler pour l'apaiser. À l'hôpital Marc est informé des lésions constatées par le médecin urgentiste : deux vertèbres lombaires sont « tassées », les fémurs droits et gauches présentent des « fractures graves » dont l'une pourrait nécessiter une « amputation ». Le patient est rapidement conduit au bloc chirurgical pour l'intervention. Au réveil de l'anesthésie, Marc constate de lui-même qu'on ne lui a finalement pas coupé la jambe. Il est néanmoins suffisamment agité par la douleur pour arracher ses perfusions. Après des mois d'hospitalisation et des mois de rééducation fonctionnelle il demande de lui-même à réintégrer le service actif au sein de son unité militaire.

Marc reprend donc le travail à sa demande insistante alors qu'il souffre encore des séquelles somatiques de l'accident. Mais cette douleur physique est mise à distance. Rapidement après

la reprise de son poste, il se dit harcelé par ses camarades et par ses chefs à cause d'une baisse de son rendement au travail qu'il attribue aux séquelles physiques de l'accident. C'est par ces éléments que débute un délire paranoïde s'exprimant essentiellement via un sentiment persécutif de fond à mécanisme interprétatif. Avec sthénicité il se contraint à reprendre un entraînement sportif et parachutiste comme pour prouver sa force. Un nouvel événement de vie vient alors raviver le traumatisme précédent : au décours d'une séance de saut, un autre soldat qu'il connaissait bien atterri en chutant brutalement tout près de lui. Marc revit du traumatisme les moments douloureux de la prise en charge initiale. La vie de caserne reprend son cours mais elle est désormais ponctuée de décompensations se manifestant par des passages à l'acte hétéro-agressifs non critiqués. Une intoxication médicamenteuse volontaire le conduit même en réanimation. Après un coma de quelques jours, le réveil s'accompagne immédiatement d'une récurrence précoce auto-agressive par phlébotomie. Il accepte alors une prise en charge dans un service de psychiatrie militaire.

Le premier contact associe familiarité et hypersyntonie. Une réticence est présente à l'évocation de comportements inadaptés qui paraissent traduire un délire. Le langage est marqué par quelques fadings. La narration des événements de vie potentiellement traumatiques est énoncée dans un langage peu châtié. Cette desinhibition couplée d'un détachement émotionnel des faits et d'une impression d'insensibilité se manifeste par un rictus persistant ne lui quittant plus le visage. L'exploration anamnétique retrouve l'alternance de périodes d'instabilité et de réduction de sommeil avec des phases dépressives, sans notion d'intervalle libre. On note un repli sur soi, une aboulie et un ralentissement psychomoteur, contrastant avec une irritabilité et la tendance au passage à l'acte. L'ensemble est vécu dans une dissociation idéo-affective. Marc semble avoir désinvesti la sphère affective et fuit le contact avec les soignants et les autres patients. Un état de stress post-traumatique est présent avec scène de répétition traumatique, hyperactivité végétative et émoussement

thymique. L'image traumatique correspond à l'arrivée au sol lors du premier accident. Cette image du sol se rapprochant de lui est contemporaine du fracas de sa propre chute. L'attente des secours est racontée -toujours avec détachement- dans une impression de dépersonnalisation voire de déréalisation. Marc décrit la scène de l'extérieur comme s'il en était le spectateur inaffectif. Devant le traumatisme crânien supposé, une étiologie neuropsychiatrique évoquée dans un premier temps est écartée par une IRM cérébrale et un électro-encéphalogramme interprétés comme normaux. Néanmoins, dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de statuer de façon certaine sur l'absence totale d'organicité intriquée. Un traumatisme crânien avec des symptômes psychotiques peut entraîner des troubles cognitifs séquellaires. Les lésions cérébrales commotionnelles ne sont pas toujours détectables à l'imagerie cérébrale malgré des éléments objectifs à l'examen neuropathologique. Un bilan psychométrique d'évaluation des fonctions mnésiques élimine un trouble de mémorisation. La passation de la figure de Rey procède de détail en détail sans percevoir les grands ensembles.

La symptomatologie psychotique est soulagée par un antipsychotique atypique dont Marc demande l'augmentation des posologies jusqu'à apaisement de l'angoisse psychotique et du sentiment persécutif. Nous concluons à une schizophrénie paranoïde post-traumatique de bonne évolution pronostique sous traitement.

### *Discussion clinique*

Si le premier accident a fait effraction traumatique, il est suivi d'une période de latence paucisymptomatique. Le deuxième choc vient réactiver le traumatisme et constitue le détonateur du mode d'entrée dans la schizophrénie. Via la construction délirante, et par projection, le supérieur hiérarchique est interprété comme persécuteur par ce patient. Le



danger est représenté par autrui, l'autre qui dans son délire l'a poussé à réitérer une chute traumatique, l'autre qui l'a confronté une nouvelle fois au réel de la mort. Le vécu de persécution est renforcé par le deuxième accident. Une répétition traumatique a bien eu lieu dans le réel. Comme fréquemment, la présence d'une psychose avec éléments persécutifs et interprétatifs favorise une ré-exposition à des événements de vie traumatisants.

Des éléments particuliers du traumatisme psychique subi font ici eux-mêmes écho à la problématique psychotique. L'attente de la réponse des secours dans le silence -dans le déficit du signifiant- conclut à une faillite de l'étayage de l'autre et de l'institution. L'angoisse de morcellement prévaut avec les termes de « fracture », d'« amputation » et de « diminution » qui ont été opposés au patient lors de sa prise en charge médicale. Cette angoisse est celle du morcellement physique mais également celle de la fracture psychique puisque cet accident défait ce patient de son identité de militaire. Le traumatisme initial est compliqué d'une intense blessure narcissique constituée par le deuil impossible d'une carrière de sportif de haut niveau, et qui servait probablement jusque-là de suppléance au sujet afin de colmater certaines brèches psychotiques.

Comme fréquemment dans la schizophrénie post-traumatique, la thématique du délire est en partie reliée au traumatisme vécu où l'institution, dans son manque ponctuel d'étayage, devient persécutrice. Le sentiment de harcèlement hiérarchique semble encore aujourd'hui trouver une expression dans le réel. En effet malgré l'atteinte objective des troubles psychotiques, Marc a été initialement très peu indemnisé par rapport au préjudice subi. Le retentissement psychique de l'accident a été affecté d'un pourcentage qui empêche toute indemnisation financière correcte. Cette décision -dont Marc a fait appel- est vécue sur un mode persécutif qui s'exprime en délire de revendication. Un sentiment sthénique de colère et d'injustice diffuse à toute l'institution depuis ses chefs à ses camarades sans épargner le corps médical militaire. Pourtant Marc a accepté la prise en charge dans notre service de

psychiatrie, se laissant soigner de manière détachée. Il refuse activement une prise en charge dans un autre service civil : ce lien de soin et d'expertise nous permettra de rediscuter avec lui de l'imputabilité du trouble avec le service militaire rendu.

La rencontre expertale est souvent éprouvante pour le sujet soumis à une expertise psychiatrique à visée judiciaire ou administrative ayant pour but d'évaluer le dommage psychique. La première expertise subie par Marc a agi comme l'équivalent d'une répétition traumatique. Ce patient évoque la difficulté d'être obligé de se justifier devant l'expert. Un traumatisme psychique secondaire apparaît, lié à la non reconnaissance sociale du vécu subjectif de la souffrance morale. L'expertise devrait pourtant représenter un temps d'écoute du sujet, écoute de son histoire et de sa souffrance. En elle-même, cette écoute est déjà une reconnaissance sociale. L'intérêt thérapeutique que peut induire la rencontre expertale dans le cadre de la réparation juridique du traumatisme psychique sera ici prévalent. Force est de constater que la réparation entraîne un impact sur le symptôme. L'expert reste un clinicien indépendant qui doit rendre compte des liens d'imputabilité du traumatisme psychique dans le déclenchement psychotique. Pour Marc malgré une probable structure psychotique pré-existante, ce patient avait réussi à trouver un étayage social et ne présentait pas d'invalidité patente préalable. Nous considérons que la psychose a été déclenchée par le traumatisme psychique et qu'en conséquence cette dernière est imputable à l'événement.

Dans le cadre de la névrose comme de la psychose, le traumatisme psychique est une rencontre entre un événement externe et une personnalité interne. La question du traumatisme psychique est avant tout de l'ordre du réactionnel et constitue une contingence de temps et de lieu structurel. Cet aspect peut être soumis au sujet dans le cadre de l'expertise permettant parfois d'apporter un sens au retentissement traumatique. Les barèmes d'indemnisation récents de la Société de médecine légale et de criminologie de France et le décret du 10 Janvier 1992 concernant « *l'évaluation des troubles psychiques de guerre* » instaurent comme

critère d'indemnisation l'intensité de la souffrance psychique vécue par l'individu et s'éloignent d'un diagnostic purement catégoriel auquel correspondrait un taux d'indemnisation fixe. Cette différence est fondamentale entre la logique d'indemnisation civile et militaire lorsque le trauma est imputable au service professionnel. Il est nécessaire de mettre en place une reconnaissance sociale du préjudice sans pour autant incriminer uniquement le traumatisme ce qui serait néfaste à la prise en charge psychothérapique ultérieure et qui constituerait une facilité explicative détournant le sujet de répondre à la question étiologique. Dans la démarche expertale, il s'agit de reconnaître le sujet dans son intégralité pour produire une dynamique reconstituante et fédératrice de son moi. C'est aussi la réassurance d'appartenir à un groupe, à une collectivité, à une société contenant.

### **5.3 Cas clinique n° 3 : une intoxication médicamenteuse volontaire**

#### *Présentation clinique*

Claire est une jeune engagée volontaire de l'armée de terre adressée au service des urgences de l'hôpital pour prise en charge d'une intoxication médicamenteuse volontaire. Suite à l'annonce brutale d'une rupture sentimentale, elle a ingéré deux boîtes d'antibiotique (kétolide). La question est initialement médicale pour faire face à une hypokaliémie secondaire à des vomissements incoercibles. Puis nous rencontrons cette patiente en psychiatrie de liaison. Elle nous fait part de son sentiment de solitude. Célibataire sans enfant, son engagement militaire l'a conduit en Lorraine avec comme conséquence directe un éloignement familial douloureux. Elle s'est engagée il y a dix-huit mois pour un contrat de militaire d'active d'une durée de cinq ans. Son emploi est un poste de secrétaire administrative. Ce dernier est bien investi même si la charge de travail est conséquente. Elle s'est très bien intégrée dans la communauté militaire et demeure appréciée de ses collègues de travail comme de ses supérieurs hiérarchiques. Pour tout entourage extraprofessionnel, elle fréquente un homme de même âge, également militaire dans la même unité. Ces derniers temps, cet ami se montre de plus en plus distant. Cette asymétrie d'engagement affectif est source de stress. Alors qu'elle revenait d'un week-end passé en famille et dont les adieux avaient été particulièrement difficiles, son petit ami vient la chercher sur le quai de la gare. Il lui annonce brutalement son intention de la quitter définitivement. À son retour à domicile elle passe seule à l'acte dans sa chambre avant qu'une amie la découvre au petit matin. L'examen psychiatrique n'objective pas de trouble anxieux ou dépressif caractérisé. Il n'y a pas de trouble des conduites alimentaires, de trouble du sommeil ni de consommation de substances psycho-actives. Le geste suicidaire est peu critiqué. Il est à noter qu'elle ne présente aucun antécédent médico-chirurgical particulier. Il n'y a pas d'antécédents

psychiatriques familiaux. Claire accepte une hospitalisation dans le service de psychiatrie pour résolution de la crise amoureuse en milieu protégé.

### *Discussion clinique*

Des entretiens réguliers permettent à Claire de cheminer vers une dynamique d'acceptation de la rupture. D'autre part, la visite de ses supérieurs hiérarchiques et collègues de travail lui témoigne qu'elle reste particulièrement aimée et considérée. Aucune restriction d'aptitude n'est envisagée. Cette patiente sera suivie en consultation de psychiatrie.

Elle n'évoque pas d'idées suicidaires. La personnalité est structurée sur le mode névrotique avec prévalence de traits impulsifs. Les moyens de défense psychiques sont rapidement dépassés au profit du passage à l'acte, régulièrement réactionnel à une intolérance à la frustration. L'antibiotique utilisé pour l'intoxication médicamenteuse volontaire a été prescrit par un médecin généraliste dans les jours précédant le passage à l'acte. Claire avait éprouvé la nécessité de consulter le système de soins pour tenter d'exprimer une souffrance psychique. Le motif allégué de consultation était représenté par des signes et symptômes infectieux prenant le masque d'une infection des voies aériennes supérieures. Le motif profond de consultation n'a pas pu être abordé par cette patiente. Un accompagnement psychothérapeutique permettra d'exprimer par le verbe plutôt que de manifester par l'agir.

# **6 - ACTIONS DE PRÉVENTION RÉALISABLES SUITE AUX RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE**

## 6.1 Prévention primaire : promotion de la santé et dépistage des suicidaires

### 6.1.1 Vers une meilleure caractérisation et compréhension du phénomène auto-agressif

Pour mieux prévenir les conduites auto-agressives, il convient de mieux les connaître au niveau épidémiologique et de mieux cerner leurs déterminants étiopathogéniques. Nous proposons une déclaration hospitalière des conduites auto-agressives et une étude de type « autopsie psychologique » pour les personnes suicidées.

La fiche spécifique de déclaration F6 pourrait être améliorée. Tout d'abord pourrait-on expliciter ce que l'on entend par difficultés « *socio-familiales* » et « *affectives* » qui nous apparaissent beaucoup trop subjectives, voire redondantes. Les éléments anamnestiques demandés manquent souvent de précision. Il serait intéressant que le médecin d'unité puisse bénéficier d'un espace propre pour rédiger une observation clinique en rendant compte de l'anamnèse de la crise psychique présentée au sein du contexte familial et professionnel. Pour renforcer le secret médical qui s'y attache et la confiance qui en découle, on pourrait procéder à une anonymisation des données de la fiche F6 en différenciant les aspects médicaux des aspects administratifs à partir de deux volets différents et détachables.

Certaines unités militaires utilisent pour la notation annuelle des personnels la rédaction préalable d'un « *rapport sur la manière de servir* » qui retranscrit les états de services du militaire ainsi que l'adéquation de sa personnalité avec l'emploi exercé. Ce document purement administratif et hiérarchique contient beaucoup d'éléments référencés à la personnalité, au comportement et aux éventuelles difficultés passagères ou de longue date présentées par un militaire. Ces informations nous paraissent analysables dans le but de

donner du sens à une conduite auto-agressive dans une dynamique de réponse à la question « *pourquoi ?* ».

Les informations de la déclaration hiérarchique via la procédure « *évènements graves* » devraient être colligées dans une base de données médicales, ce qui permettrait au DESP, dans un second temps, d'enquêter auprès des unités concernées pour stimuler la collecte d'informations. Avec deux sources de données différentes, une méthode de type capture / recapture permettrait de limiter les pertes de données.

L'autopsie psychologique a pour objectifs une compréhension du geste suicidaire [120,149], une évaluation des risques préalables et une prise en charge des proches de la victime [13,14]. Le but est d'évaluer les facteurs de risque suicidaire que présente la personne, de tenter de répondre à la question étiologique, d'établir une base de données et d'évaluer l'implication des tiers dans la dynamique suicidaire. L'autopsie psychologique est également un outil thérapeutique permettant d'aider les proches et les soignants du suicidé. C'est une analyse rétrospective qui vise à comprendre les circonstances et l'état d'esprit de la victime au moment de son acte. Il s'agit de récolter un maximum d'informations relatives aux circonstances du décès pour mettre à jour les raisons du suicide et révéler les facteurs de risque. Les données proviendront essentiellement de l'entretien avec les proches, de divers contacts avec les médecins impliqués auprès du patient et d'une éventuelle enquête judiciaire. Les résultats des trois premières études de type « autopsie psychologique » ont révélé chez les sujets suicidés un trouble psychiatrique dans 93 à 100% des cas. Il s'agit de dépression (30-70%), d'alcoolisme (15-27%), de schizophrénie (2-12%). La comorbidité psychiatrique est fréquente [57,126].

Avec l'aval des autorités compétentes, un protocole d'autopsie psychologique concernant les personnels du Ministère de la Défense pourrait voir le jour. Il permettrait de comparer les déterminants suicidaires des militaires par rapport aux civils. Si cette démarche



d'autopsie psychologique a été élaborée pour comprendre les raisons des suicides, les grands principes de ces études pourraient être repris pour une meilleure compréhension des tentatives de suicide.

Notons qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune surveillance épidémiologique des automutilations, parfois considérées comme un passage à l'acte de type suicidaire. Les automutilations dans les armées ont surtout été décrites du temps de la conscription [21,59,151]. De nouvelles études devraient voir le jour pour en préciser les déterminants actuels.

### **6.1.2 Dépistage des patients dépressifs et des patients suicidaires par le médecin d'unité**

Les sujets de l'étude étaient adressés par leur médecin généraliste d'unité, ce qui montre l'alliance thérapeutique avec le système de soin militaire. Les traitements utilisés au cours des intoxications médicamenteuses volontaires étaient fréquemment des traitements antalgiques, voire des antibiotiques, laissant entendre une consultation de médecine générale dans les jours précédant le passage à l'acte, sans qu'une souffrance psychique n'ait été abordée directement par le patient et par son médecin. Il convient de rechercher le motif profond de la consultation en médecine générale, motif souvent masqué par d'autres doléances, et de se référer aux règles de bonnes pratiques définissant l'usage des psychotropes en médecine générale d'unité [90].

De Gregorio a étudié la consommation de soins des suicidants dans les semaines antérieures au geste autolytique. Chez une population de suicidants ayant réalisé une tentative de suicide et consultant à l'hôpital général de Liège, près de 80% ont eu au moins un contact avec un professionnel de santé dans le mois précédant leur geste. Ce contact est le plus

souvent un médecin généraliste (48%), un psychiatre (20%), ou un service d'urgence (20%). Un suivi est instauré dans plus de 90% des cas. Mais le moment du dernier contact avec le système de santé se situe en moyenne 8,9 jours avant le geste suicidaire et varie en fonction du type de contact : 10 jours après une consultation de médecine générale, 7 jours après une consultation aux urgences, 4 jours après une consultation psychiatrique ou une demande d'aide téléphonique. Ainsi, la question du délai d'attente jusqu'au prochain rendez-vous apparaît cruciale car inversement corrélée au risque de récurrence précoce. Les patients présentaient souvent un trouble mental de l'axe I au sens du DSMIV-TR à l'exclusion des critères temporels : trouble de l'adaptation (43%), troubles dépressifs (29%), dépendance éthylique (7%) et troubles psychotiques (6%) [65]. Cette étude souligne l'intérêt du rôle de la psychiatrie de liaison au sein de l'hôpital qui permet d'apporter un œil nouveau sur une situation clinique donnée, puis d'éclairer la dimension psychologique de la plainte [92].

La recherche du motif profond de consultation nous apparaît essentielle pour déceler une crise psychique ou un trouble psychiatrique sous jacent.

La consultation du médecin généraliste est faite de 20% de situations dépressives. 80% des patients déprimés sont suivis par le médecin traitant. Mais la détection des troubles est difficile car la dépression est souvent masquée par un mal-être s'exprimant à travers une plainte fonctionnelle somatique. Si une dépression n'est pas diagnostiquée chez un sujet, elle ne sera de fait pas prise en charge. Le dépistage systématique et la prise en charge de la dépression en médecine générale sont efficaces en terme de morbidité, de mortalité et également en terme de coût de la santé. L'exemple le plus célèbre est celui de l'île de Gotland où les pouvoirs publics suédois avaient organisé un programme de formation des médecins généralistes destiné à favoriser le dépistage de la dépression [208,209]. Deux ans après le lancement de l'étude, le nombre de suicides avait diminué de 60%, le nombre de consultations psychiatriques de 50% et le nombre de consultations pour état mélancolique de 85%. Dans le

même temps, la consommation d'antidépresseurs grimpait de 50% et le nombre de congés maladie pour dépression diminuait de 50%. Au final, le coût bénéfice était nettement excédentaire en faveur du programme de prévention avec un coût de 400 000 couronnes suédoises contre un bénéfice estimé entre 17 et 285 millions [210].

Dumel rappelle comment évaluer le risque suicidaire en médecine de ville [76]. Pour les patients ayant des antécédents de troubles psychiatriques, il convient de réaliser une évaluation directe et systématique. Pour les patients ne présentant pas d'antécédent psychiatrique particulier, un syndrome dépressif sera recherché à chaque événement de vie nouveau et potentiellement déstabilisant [137]. Pour les patients inhabituels du médecin traitant (suivis par un confrère, première consultation) il faudra rechercher activement la motivation profonde de la consultation.

L'interrogation directe du patient sur d'éventuelles idées suicidaires est la règle, ceci n'en induisant pas si elles sont déjà présentes, mais permettant d'entrer en contact émotionnel avec le patient et de favoriser l'alliance thérapeutique ultérieure [39,140]. On notera à ce propos que la communication du médecin influence la reconnaissance des symptômes dépressifs : les praticiens qui ont un taux de diagnostic de dépression élevé posent davantage de questions sur les sentiments et les émotions de leurs patients. En vue d'aider le praticien en ce sens, plusieurs outils de dépistage de la dépression et des idées suicidaires sont utilisables en médecine générale. On citera notamment l'échelle du désespoir de Beck et l'échelle de Ducher [46]. L'évaluation des affects peut faire appel au test « PRIME-MD » [238] qui comporte les deux questions suivantes : « *Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie ? ; Vous êtes vous senti abattu, déprimé ou désespéré ?* » que l'on peut compléter par la recherche des symptômes du MINI : « *J'ai des troubles du sommeil ; Je me sens fatigué(e) tout le temps ; Je me sens nerveux(se) et tendu(e) ; J'ai du mal à faire face aux événements* ».

Au niveau militaire, les médecins d'unité sont de plus en plus sensibilisés au dépistage systématique de la dépression, du syndrome de stress post traumatique et des conduites auto agressives. Cette formation coordonnée par l'École du Val-de-Grâce est dispensée par les psychiatres des Hôpitaux d'Instruction des Armées. Une journée de formation continue sur la prévention du suicide dans les armées a déjà vu le jour.

Dans le cadre de la formation médicale continue, des séminaires régionaux peuvent être organisés avec la mise en place de sessions de formation destinées au repérage et à la prise en charge des conduites auto-agressives dans les armées. L'évaluation des pratiques professionnelles peut se traduire par la mise en place d'audits cliniques planifiés par la Direction Régionale du Service de Santé des Armées (DRSSA).

La mise en place du protocole de prévention du risque suicidaire au sein de l'hôpital d'instruction des armées Percy s'est inscrite dans la démarche de certification de l'établissement [103]. L'évaluation des pratiques professionnelles est devenue obligatoire pour tout médecin depuis 2005 [184], s'inscrivant dans la lignée de la médecine factuelle ou fondée sur des niveaux de preuves scientifiques et non plus uniquement sur l'empirisme et l'expérience. Cette conception biopsychosociale de la psychiatrie avec recherche de « *consensus clinique* » a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles. La procédure hospitalière de prévention du risque suicidaire qui en résulte est consultable à tout moment sur le réseau intranet de l'hôpital.

Les fiches techniques de l'École du Val-de-Grâce sur les conduites suicidaires en milieu militaire, la dépression et le trouble de l'adaptation sont divulguées à l'ensemble des médecins militaires.

### 6.1.3 Dépistage des sujets dépressifs et suicidaires par les cadres de l'unité

En temps de paix comme en temps de guerre, les Armées demeurent une collectivité particulière où l'éloignement familial est en partie remplacé par les camarades alter ego et par la hiérarchie.

Les relations entre suicide et travail sont complexes et font l'objet d'un débat public actuel sur l'impact de l'organisation du travail vis-à-vis de la santé des personnels d'une entreprise. Le ministre de la Défense a établi à partir de 2003 une campagne de promotion de la santé et de la sécurité au travail pour rappeler entre autre « *le rôle que chacun doit jouer* ». Dans notre étude, nous avons relevé toutes les conduites auto-agressives des militaires, qu'elles aient été réalisées ou non sur le lieu de travail.

Il convient de divulguer et d'enseigner les éléments apportés par la conférence de consensus à destination des « *non professionnels de santé* ». Un module de prévention des conduites auto-agressives pourrait être inclus dans la préparation des concours d'entrée et de sortie des écoles de cadres du Ministère de la Défense (École Navale, École Spéciale Militaire de Saint-Cyr, École de l'Air, École Polytechnique...). Cet enseignement serait à destination des futurs commandants de compagnie et des chefs de section qui constituent l'encadrement hiérarchique des unités militaires.

Au sein de son régiment, le médecin d'unité peut profiter des séances d'éducation sanitaire pour aborder avec tous les personnels le thème du suicide et de ses déterminants. Il s'agira à terme pour chaque membre de la collectivité d'être capable de repérer une crise psychique souvent reconnue comme une symptomatologie anxiodépressive avec des conduites d'héroïsme, de fuite en avant, de prise de risques, d'automutilations, de retards répétés à la prise du service, de négligences quotidiennes, d'attitudes caractérielles, de sentiment d'impuissance, de sanctions répétées non suivies d'effets, de fugue ou de désertion,

de mésusage chronique d'alcool et autres substances psychoactives illicites. La gendarmerie a rappelé ces éléments dans la diffusion d'une plaquette d'information « *ensemble prévenons le suicide* ».

La recherche d'idées ou d'intentions suicidaires doit être vulgarisée en ce sens que le questionnement direct d'un individu sur des idées suicidaires n'augmente pas le risque de passage à l'acte. L'encadrement est particulièrement attentif à la recherche d'un contexte vulnérant aigu comme un événement de vie douloureux, une fin de service, une affectation lointaine, une alcoolisation aiguë, un vécu potentiellement traumatique, une situation à haut risque ou une situation difficile.

On peut inclure dans cette prévention initialement non médicale, la contribution certaine des aumôniers des armées toutes confessions confondues. Ces derniers sont parfois les dépositaires de problématiques intimes inhérentes à des événements de vie ou à des questionnements existentiels. Un programme de formation pourrait leur être dédié en insistant sur l'intérêt d'aiguiller le sujet vers une structure de soins.

Il convient de rappeler les réseaux d'aide téléphonique comme « *Suicide écoute ininterrompue* » et d'afficher ostensiblement les numéros concernés. Dans cette optique, la Gendarmerie Nationale a mis au point la « *Cellule d'écoute de la Gendarmerie Nationale* » qui est un réseau téléphonique d'accueil et d'écoute des personnels en difficulté.

Les réseaux d'écoute téléphonique posent la question éthique du respect de la confidentialité et de l'anonymat des appels qui sont à mettre en balance avec la non assistance à personne en péril au cas où l'appelant refuserait de se diriger vers une structure de soins malgré des critères de gravité avérés.

#### **6.1.4 Limitation de la disponibilité des armes à feu**

La collectivité militaire est caractérisée par la présence et la disponibilité d'armes à feu. Lavoie rappelle que le risque de suicide est cinq fois plus élevé dans les foyers où une arme à feu est disponible [150]. La Loi du 15 Novembre 2001 permet le retrait immédiat d'une arme à feu par les forces de l'ordre à toute personne en disposant et ayant des projets de suicide ou d'homicide [157]. Dans une logique d'économie de temps de port d'arme, les armes de service se perçoivent auprès de l'armurier au début d'une mission et sont réintégrées dans l'armurerie à l'issue de celle-ci. Le retrait de l'arme de service peut être prononcé par un cadre militaire ou être suggéré par le médecin d'unité en tant qu'inaptitude médicale au port d'arme. Cette mesure, souvent mal vécue, doit être expliquée à l'intéressé comme n'étant pas du domaine de la sanction disciplinaire mais de la protection médicale. Une fois la crise suicidaire mise à distance, le sujet peut retrouver son aptitude au port d'arme.

## 6.2 Prévention secondaire : prise en charge du suicidant

### 6.2.1 Rôle du médecin d'unité et du psychiatre

Le psychiatre hospitalier apparaît comme le professionnel connaissant le mieux les structures de soins plus proches du domicile du patient ou de son unité militaire. Il peut organiser la prise en charge du sujet en tenant compte des impondérables du réseau de soins en terme de disponibilité. Dans tous les cas, une hospitalisation à l'HIA est proposée au patient [197].

Ladame a relativisé les bénéfices d'une prise en charge hospitalière en insistant sur les limites du contact psychiatrique traditionnel, constatant un échec fréquent du modèle de suivi psychiatrique classique qui se solde souvent par une rupture de soins prématurée [148]. Suite à un évènement aigu, seule une minorité de patients motivés s'engage dans une psychothérapie à long terme. Néanmoins, loin de s'en émouvoir, on peut aussi considérer l'intervention médicale face à la crise suicidaire comme une question d'urgence, sans parti pris préalable de suivi du patient au long cours.

Certains « *traitements brefs* » de crise suicidaire réalisés en milieu civil proposent une construction progressive et transitoire de l'alliance médicale [4]. Le concept d'« *intervention de crise* » constitue une approche thérapeutique intensive mais limitée dans le temps, avec possibilité de séances réunissant l'entourage. Les références conceptuelles de cette technique sont psychanalytiques et se traduisent par une forte analogie de prise en charge avec l'accompagnement du travail de deuil [64]. Les intervenants constituent une équipe se déplaçant au plus près du patient suite à l'appel d'un médecin libéral ou d'une structure d'urgence hospitalière. Une discussion s'engage entre l'équipe, le patient, son entourage et l'intervenant qui a fait appel à la cellule d'intervention de crise. Il s'agit de faire accepter une



prise en charge au Centre d'Intervention Thérapeutique se traduisant par des entretiens quotidiens du patient et de son entourage avec une équipe infirmier-médecin. Les séances se déroulent en ambulatoire dans un appartement de ville. La durée de l'intervention de crise est en moyenne de quelques jours. La place de l'entourage est prégnante et constitue non seulement une mesure de sécurité relationnelle, mais aussi un cadre qui permet d'éviter le risque d'exclusion avec le réseau amis-collègues-voisins et avec le système de soin. Le travail de crise consiste non pas à s'intéresser aux symptômes psychiatriques mais aux conflits intrapsychiques et interpersonnels dans une approche psychodynamique qui ouvre la voix pour donner du sens à la crise actuelle [88,91]. Malgré l'absence d'hospitalisation, l'intervention de crise favorise l'adhésion au système de soin à six mois et diminue le risque de récurrence auto-agressive à cinq ans [109].

Ces grandes lignes d'intervention de crise nous semblent transposables au système militaire où les praticiens sont facilement disponibles, mobiles et résidants pour la plupart non loin de leur régiment. Le patient et sa famille peuvent ainsi être accompagnés par le médecin d'unité à raison d'un entretien par jour, le temps que s'apaise la crise psychique.

### **6.2.2 Refuser l'approche expertale initiale pour laisser place aux soins**

Les prérogatives du médecin militaire comportent à la fois une mission de soins et une mission d'expertise pour un même sujet, ce qui différencie une expertise médico-militaire d'une expertise judiciaire civile ou pénale [87]. Ces dispositions légales sont à mettre en parallèle à un code de déontologie propre aux praticiens militaires ayant pour but d'allier médecine d'expertise et médecine de soin dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité [175,176]. Alors comment articuler ces deux facettes de la profession dans la prise en charge des conduites auto-agressives ?

Les Armées sont une société à part entière avec ses systèmes de valeurs, son mode de vie, son rapport à la mort. Les militaires constituent une population spécifique à maints égards. La loi stipule que « *nul ne peut être militaire, s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction* » [160]. L'évaluation de cette aptitude est confiée aux médecins des armées [175]. Elle se décline en plusieurs étapes : l'expertise initiale probatoire, l'expertise d'incorporation à l'engagement, l'expertise médicale révisionnelle annuelle [70,71].

Les civils désirant devenir militaires bénéficient d'une expertise médicale stricte et nécessaire quant à leur engagement : la visite médicale initiale. Cette dernière est effectuée en premier ressort par un médecin généraliste exerçant en Centre de Sélection et d'Orientation (CSO) qui statue sur l'aptitude générale au service et établit un profil médical du sujet, le SIGYCOP. Au besoin, des examens complémentaires et des avis spécialisés sont demandés. La lettre P du profil médical correspond à l'aptitude psychologique : elle sera cotée initialement P0 ou P5, c'est-à-dire apte à l'engagement initial ou inaptitude définitive à servir. Cette aptitude médicale P0 est temporaire : elle est réévaluée à l'issue d'une période probatoire d'une durée de six mois permettant d'affirmer ou d'infirmer la bonne adaptation du sujet à la vie militaire. À l'issue de ce temps d'observation de l'adaptabilité au service actif, la visite médicale d'incorporation statue in fine sur la capacité d'un sujet à l'engagement « *à servir en tout temps et en tous lieux* », condition nécessaire à l'état militaire. Le médecin des armées, spécialiste de médecine générale de l'unité militaire dans laquelle le candidat a effectué sa période probatoire, décide du classement du sigle P à partir du cinquième mois de service du candidat. L'examen clinique reprend les données médicales initiales, réévalue les antécédents médicaux et psychiatriques éventuels, et enfin tient compte de l'adaptation du sujet à la vie militaire et à l'emploi occupé. Si cette aptitude à l'engagement est accordée, le

militaire s'engage pour un contrat de service d'une durée préétablie, le plus souvent de cinq ans.

L'aptitude du militaire doit également être réévaluée en cours de service : c'est l'aptitude révisionnelle. Il s'agit d'une expertise médicale pouvant intervenir à plusieurs moments de la carrière :

- la médecine de prévention, traduite par la Visite Systématique Annuelle (VSA),
- les échéances statutaires comme un réengagement ou une modification contractuelle,
- l'armée pour les personnels navigant de l'Armée de l'Air,
- les modalités d'emploi avec la notion de poste à risque comme pour les sous-marinières et les parachutistes,
- les missions spécifiques en Outre-mer ou en Opérations Extérieures (OM/OPEX),
- à tout moment devant l'apparition de troubles psychiques, ou encore l'évolution favorable ou défavorable de troubles psychiatriques préexistants.

Ces expertises médicales techniques sont demandées à titre consultatif par le Commandement militaire qui fixe les normes à l'emploi : lui seul possède un rôle décisionnel. Le médecin reste dans son rôle consultatif d'expert et respecte tant le secret médical que le secret professionnel. Une des particularités fortes du médecin militaire est constituée par la co-occurrence pour un même consultant d'une médecine de soins et d'une médecine d'expertise ayant pour but de protéger les militaires qui évoluent au sein d'un univers potentiellement hostile.

Toutes ces procédures expertales expliquent pourquoi le taux de suicide dans les armées reste inférieur à celui retrouvé en milieu civil. La population militaire est sélectionnée d'un point de vue médical et les troubles psychiatriques graves survenant avant l'engagement sont le plus souvent réhabilités.

La conférence de consensus insiste sur le rôle du médecin du travail en milieu socioprofessionnel : « *l'infirmier et le médecin du travail sont des interlocuteurs privilégiés. [...] La distance inspirée par le respect de la vie privée incite à privilégier le médecin généraliste comme premier interlocuteur de soin* » [82]. Dans les armées, pour des raisons opérationnelles, la médecine du travail et la médecine d'unité sont exercées par le même praticien. Nous avons vu que cette particularité pouvait entraîner une méfiance vis-à-vis du médecin militaire, quelques sujets occultant sciemment certains problèmes médicaux pour ne pas se retrouver inaptes à l'emploi de tel ou tel poste. Pour limiter un éventuel retard de consultation potentiellement pourvoyeur de passage à l'acte, une relation de confiance doit être préalablement créée en insistant sur le bénéfice que tirera l'individu d'une consultation médicale précoce. Une dynamique de soins est engagée et l'expertise médico-militaire éventuelle, si toutefois elle devait avoir lieu, se fait à distance de la crise passagère qui ne reflète pas l'état habituel du sujet.

## 6.3 Prévention tertiaire et quaternaire : conséquences de l'acte auto-agressif

### 6.3.1 Pour le sujet concerné : prévention des récurrences

Les patients de notre étude traversaient pour la majorité une crise psychique. Ils y répondaient par une impulsivité auto-agressive. Le soutien thérapeutique engagé a pour objectif de traverser cette crise tout en permettant au patient d'élaborer un sens à ce passage à l'acte afin d'éviter une récurrence. Au niveau médico-militaire, la survenue d'une crise psychique isolée ou d'un comportement auto-agressif sans trouble psychiatrique sous jacent évolutif n'entraîne aucune restriction d'aptitude à long terme. Toutefois, si un trouble psychiatrique caractérisé est réellement présent, un suivi psychothérapeutique est proposé parallèlement à un traitement pharmacologique. Nous avons vu que la qualité de la prise en charge initiale ouvre la voie à un accompagnement sur une durée plus longue dont le but ultime est d'éviter les récurrences.

La crise psychique et le passage à l'acte constituent un temps particulier dans la biographie du sujet dont peu de travaux scientifiques évaluent les conséquences médicales ou sociales. Dans une étude originale, Ducrocq *et al* [74] s'intéressent aux séquelles psychotraumatiques survenant après une tentative de suicide. En étudiant une base de données recueillie grâce à un contact téléphonique systématique à distance d'un geste suicidaire, les auteurs considèrent le comportement auto-agressif comme étant en lui-même pourvoyeur d'un retentissement psychotraumatique (RPT). Les patients présentant un RPT de leur geste sont souvent des primo suicidants comparativement aux patients qui ne présentent pas de dimension psychotraumatique de leur passage à l'acte. Ils sont plus souvent sans emploi et moins fréquemment accompagnés de leurs proches au moment de la consultation aux urgences. Les diagnostics d'épisode dépressif caractérisé et de trouble panique sans

agoraphobie sont davantage rencontrés à l'évaluation initiale des sujets qui développent par la suite un RPT de leur geste suicidaire. Ces derniers récidivent d'un passage à l'acte dans près de la moitié des cas versus moins d'un cinquième comparativement au groupe témoin.

Ainsi la conduite auto-agressive fait partie intégrante de l'histoire de l'individu en tant que confrontation à la mort. Cette dimension anamnétique doit être prise en compte par le clinicien : le comportement auto-agressif fait partie des antécédents du patient.

### **6.3.2 Pour les proches : éviter les phénomènes de « contagion suicidaire », accompagnement du deuil**

Lorsqu'un décès survient dans une unité militaire opérationnelle, il convient de prendre en charge les proches du soldat sur le terrain en organisant également sur la base arrière la prise en charge simultanée de la famille au niveau psychologique et social [50].

Le suicide d'un des membres d'un groupe vient éprouver les liens qui unissent ce groupe [203]. L'impact d'une contagiosité potentielle des comportements auto-agressifs doit être connu des praticiens. Des « *épidémies de suicide* » sont régulièrement rapportées chez les adolescents vivant en collectivité, le risque étant naturellement plus grand si les liens avec la victime sont forts. On évoque également le suicide réactionnel à un autre suicide dit « *syndrome de Roméo et Juliette* », et le suicide par contagion qui est déclenché par la crainte d'une catastrophe à venir comme une pandémie ou une défaite militaire. Il appartient aux cadres de l'institution d'être particulièrement vigilants quant à la potentielle contagiosité des actes suicidaires. Il est nécessaire de leur apporter une information de qualité sur ce phénomène, au préalable.

La prise en charge des personnes ayant été confrontées à un évènement traumatisant repose sur les soins psychologiques immédiats et post-immédiats codifiés [94]. Mais loin d'une standardisation des soins psychiques, l'évènement traumatique vécu en groupe doit également être appréhendé par le clinicien à travers la trajectoire existentielle singulière du sujet [94]. Pour accompagner les personnels confrontés au suicide, la Direction Générale de la Gendarmerie Nationale a mis en place une cellule de soutien psychologique. Cette section « *psychologie soutien intervention* » se compose de quatre psychologues ayant une mission de prévention, de suivi des équipes exposées à des risques professionnels spécifiques, et de soutien des personnels confrontés à un évènement grave. Elle est une cellule de soutien post traumatique pour les gendarmes et leurs familles lorsqu'ils sont confrontés à la mort ou à la violence. Pour les victimes, trois temps sont individualisés dans la prise en charge. Le soutien immédiat consiste en une écoute réconfortante de la part du médecin d'unité, la hiérarchie et le service social. Les soins post immédiats, dans un délai de un à dix jours suivant l'évènement traumatique, sont assurés par la cellule de soutien qui mène un débriefing collectif et/ou individuel. Le suivi ultérieur est relayé par le réseau local de spécialistes civils ou militaires. Cette prise en charge est réalisée sur le temps et le lieu de travail. Les psychologues sont soumis au secret professionnel. Aucun rapport n'est rédigé : il n'y a pas d'incidence en matière de gestion du personnel ou d'aptitude médicale future. Pour la hiérarchie et l'encadrement, la cellule apporte un conseil institutionnel. De 1997 à 2007, 107 actions de la cellule « *psychologie soutien intervention* » suite à des actes suicidaires ont été réalisées, ce qui représente près de 50% de son activité totale.

Cette question du retentissement traumatique de confrontation à la mort nous amène au deuil des proches suite à un suicide. Même si le deuil augmente le risque de décès par suicide [198], les endeuillés ne semblent pas développer une symptomatologie de deuil d'emblée plus grave même si la détresse subjective paraît supérieure [49].

S'il n'y a pas davantage d'idées suicidaires chez les parents dont un enfant est décédé par suicide par rapport à ceux dont l'enfant est décédé d'une autre cause de mort violente et imprévisible [188], la stigmatisation sociale augmente néanmoins le stress associé au deuil, ainsi que le risque de développer des affections somatiques [62].

Le deuil compliqué n'est pas la règle, mais il peut se développer chez les personnes qui vivaient des dimensions relationnelles ambivalentes et mal résolues avec le défunt, particulièrement dans un contexte traumatique [123]. Le deuil est ainsi surtout vécu de manière différente en fonction des antécédents psychiatriques et de la personnalité de l'endeuillé [215].

Une prise en charge de type intervention de deuil, parfois au sein d'une thérapie de groupe, doit être proposée. En revanche, les bénéfices des groupes de soutien mutuel sont peu évalués [111]. L'efficacité des thérapies de deuil n'est pas démontrée pour les personnes dont les difficultés psychologiques antérieures sont en deçà du seuil pathologique.



### 6.3.3 Information médiatique au sein de la collectivité militaire et au delà

La façon de rapporter un suicide dans les médias peut influencer le nombre de suicides et de tentatives de suicide dans la réalité [201,237]. L'influence parfois négative des médias est décrite comme « *l'effet Werther* » en référence à une œuvre de Goethe « *les souffrances du jeune Werther* » où le héros se suicide à la suite d'une déception sentimentale. Le roman fut interdit dans de nombreux pays suite à une vague de suicide d'hommes jeunes. Des « *épidémies de suicide* » peuvent être provoquées par la médiatisation malheureuse de suicide de personnalité célèbres : Dalida, Kurt Cobain, Romy Schneider ont induit une augmentation de la suicidalité [201]. Dans une revue de la littérature publiée en 2001, Gould confirme la facilitation des comportements auto-agressifs suite à une large diffusion de ceux-ci dans les médias [110]. L'ampleur de l'augmentation de la suicidalité réelle est liée à l'attractivité et à la notoriété du suicidé mais également à l'importance de la publicité faite de l'évènement. Pour Stack l'effet d'imitation suicidaire ne survient que lorsque les décès de personnes célèbres sont rapportés et non s'il s'agit de personnes inconnues du grand public [221].

Pourtant les médias peuvent jouer aussi un rôle positif dans la prévention des passages à l'acte en favorisant l'éducation pour la santé. Dans une étude originale, Etzerdorfer retrouve une réduction des taux de suicide après la mise en œuvre de recommandations au niveau de la presse par l'association autrichienne de prévention du suicide [78]. Dans son célèbre rapport sur la prévention du risque suicidaire en milieu pénitentiaire, Terra rappelle les règles de bonnes pratiques pour la publication médiatique des faits auto-agressifs. Il faut publier l'évènement dans les pages intérieures et non en première page en veillant à ne pas donner de détails sur la méthode utilisée. Il s'agit également de faire savoir que la dépression non traitée est la première cause de suicide en mettant l'accent sur les facteurs de risque et les

signes d'alerte. L'ensemble de ces recommandations de bonnes pratiques journalistiques ont été formalisées par l'OMS. Les coordonnées des services d'aide et d'assistance en cas de détresse psychologique doivent apparaître clairement dans l'article [138,228].

Ces recommandations tant orales qu'écrites seront de rigueur lorsque le Chef de Corps aura à avertir ses hommes qu'un décès est survenu par suicide. De même, la presse régimentaire locale ou les magazines spécialisés privés à audience nationale doivent se conformer aux règles de bon sens lorsqu'ils prennent la responsabilité de relater un fait auto-agressif.

# **7 - CONCLUSIONS**

Le militaire est astreint à devoir intervenir en tout temps et en tous lieux dans des circonstances parfois difficiles qui peuvent le confronter à la mort. Sur les théâtres d'opérations extérieures (OPEX), la mort est omniprésente. Il s'agit tant de la mort de l'autre, le civil appartenant à la population locale, le militaire ennemi, le camarade de régiment, que la mise en jeu de sa propre vie.

Si les conduites auto-agressives ont été très peu étudiées dans les armées françaises, nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive qui a mis en évidence une sous-population de militaires particulièrement concernée par le risque auto-agressif.

Nous avons réuni des conceptions théoriques diverses tant neuro-biologiques que psychanalytiques ou socio-environnementales pour proposer des moyens de préventions pratiques destinés aux protagonistes du système administratif et à ceux du système de soins.

La population à risque de conduites auto-agressives s'est révélée correspondre aux engagés volontaires de l'armée de terre (EVAT). Nos résultats sociodémographiques sont superposables aux données de la surveillance épidémiologique des armées. Pour l'année 2007, quelques 132 tentatives de suicide ont été déclarées à la surveillance épidémiologique, soit un taux d'incidence de 38,4 pour 100 000. Si l'on considère que les données que nous avons recueillies ont fait l'objet de déclaration à la surveillance épidémiologique, les tentatives de suicide reçues à l'HIA Legouest correspondent en 2007 à près de 30% (29,54%) de l'ensemble des tentatives de suicide des armées. Le fait qu'un seul des neuf HIA puisse recevoir un tiers des conduites auto-agressives s'explique par la disparité démographique des militaires français sur le territoire métropolitain. L'HIA Legouest est situé dans le « Grand Est » de la France où une grande partie des Forces françaises sont établies. Avant les premières manœuvres de restructuration qui auront lieu après le temps de notre étude, on considère que la moitié des effectifs de l'Armée de terre et un quart des effectifs de l'Armée

de l'air dépendent de l'HIA Legouest. La perte de données statistiques provient en grande partie du recours au système de soin civil car il n'existe pas de recueil de données épidémiologiques systématique et continu pour les tentatives de suicide prises en charge en milieu civil.

L'exploration de la psychopathologie sous-jacente révèle qu'aucune maladie psychiatrique caractérisée n'est retenue dans la majorité des cas. Les passages à l'acte sont la plupart du temps impulsifs, survenant sur une personnalité émotionnellement labile selon les critères de la CIM-10 [195]. Le passage à l'acte est le plus souvent l'apogée d'une crise psychique traduisant une réaction secondaire à une rupture relationnelle récente. Cette dernière se surajoute fréquemment à un désengagement professionnel plus ancien.

Les difficultés d'adaptation au milieu militaire sont fréquentes. Ainsi dans notre étude, quatre personnels ont été réformés pour trouble de l'adaptation au milieu militaire. Le trouble de l'adaptation est une réponse psychologique à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables qui conduisent au développement de symptômes cliniquement significatifs dans les registres émotionnels et/ou comportementaux. Les symptômes doivent apparaître au cours des trois mois suivants la survenue du (ou des) facteur (s) de stress incriminé (s). La clinique est constituée par une souffrance marquée, considérée par le clinicien comme plus importante que celle qui était attendue vis-à-vis du facteur de stress, avec altération significative du fonctionnement social ou professionnel. Ce diagnostic se situe aux confins de l'intersubjectivité de la relation soigné-soignant. Les troubles de l'adaptation comportent une augmentation du risque de tentatives de suicide ainsi que l'usage à risque de substances psychoactives.

Néanmoins, notre étude retrouve une faible incidence de tentatives de suicide au moment de la période probatoire. Les entretiens révèlent souvent cette période comme étant « *intéressante* », « *active* ». L'arrivée à un poste définitif en Unité devient pour certains le

temps des désillusions. La réalité du terrain n'est plus en adéquation avec les idéaux de départ. Les soldats vus en consultation se plaignent d'ennui et accusent volontiers le cadre institutionnel d'un manque de rigueur. Pourtant, ils ne sont qu'une minorité. Pourquoi ne s'adaptent-ils pas ? La compréhension du passage à l'acte ne peut se réaliser que dans une vision multifactorielle de la situation. Ce qui reste immuable est que le passage à l'acte vient en lieu et place de la parole. Ces sujets en souffrance n'ont pu exprimer correctement et à temps leur souffrance.

Il n'y a pas de « *petite tentative de suicide* ». Dans tous les cas, une hospitalisation à l'HIA sera proposée au patient. Ce suivi a pour objectif de franchir la crise suicidaire tout en permettant au patient d'élaborer un sens à son passage à l'acte afin d'éviter une récurrence. Le protocole de prévention du risque suicidaire au sein de l'hôpital est consultable à tout moment sur le réseau intranet de l'hôpital et a fait l'objet de contrôle lors d'une visite d'accréditation [2]. Mais la médecine factuelle est-elle applicable à la question du suicide et des tentatives de suicide [102] ? Au moment du passage à l'acte, les patients de notre étude traversaient une crise psychique, provoquant une impulsivité auto-agressive. Pour la plupart d'entre eux, aucune maladie psychiatrique caractérisée n'a été mise en évidence. Néanmoins, à travers le diagnostic communément retrouvé de trouble de l'adaptation, il serait nécessaire de s'interroger plus avant sur le type de souffrance et/ou de trouble de la personnalité que cet état masque. Cette réflexion fait l'objet d'un autre travail en cours. Au niveau médico-militaire, la survenue d'une crise psychique isolée ou d'un comportement auto-agressif sans trouble psychiatrique évolutif sous-jacent n'entraîne le plus souvent aucune restriction d'aptitude à long terme. Cependant, toute souffrance et *a fortiori* tout trouble psychiatrique caractérisé doit conduire à un suivi psychothérapeutique, parfois associé à un traitement psychotrope en fonction du trouble psychiatrique sous-jacent éventuel.

La prise en charge du patient doit être réalisée tant par le psychiatre hospitalier de l'hôpital de rattachement que par le médecin de l'unité qui possède une bonne connaissance du milieu dans lequel évolue le sujet. Il convient de rechercher le motif profond de la consultation en médecine générale d'unité, motif souvent masqué par d'autres doléances conscientes ou non, et de se référer le cas échéant aux règles de bonnes pratiques définissant l'usage des psychotropes en médecine générale d'unité [90]. Rappelons que l'interrogation du patient sur d'éventuelles idées suicidaires doit faire partie de l'entretien clinique. Ceci n'induit pas d'idées suicidaires si le sujet n'en a pas et permet de rentrer en communication émotionnelle avec le patient si ces dernières sont présentes. On se réfèrera à la conférence de consensus sur la crise suicidaire [82,83].

Le retrait de l'arme de service peut être prononcé par un cadre militaire ou être suggéré par le médecin d'unité en tant qu'inaptitude médicale au port d'arme. Cette mesure, souvent mal vécue, doit être expliquée à l'intéressé comme n'étant pas du domaine de la sanction disciplinaire mais de la protection médicale. Une fois la crise suicidaire à distance, le sujet peut retrouver son aptitude au port d'arme.

La question du suicide reste une interrogation médicale, sociale, philosophique et éthique [139]. D'autres travaux de recherche seront nécessaires pour préciser l'épidémiologie, la psychopathologie et les moyens de prévention des comportements auto-agressifs dans les armées françaises. Nous réfléchissons à une étude épidémiologique et psychopathologique prospective multicentrique et incluant des entretiens cliniques structurés, dont la finalité ne sera pas de dresser un « *portrait robot* » déshumanisant du suicidant, mais au contraire de réinscrire l'acte auto-agressif dans la singularité du sujet pour élaborer un sens au passage à l'acte afin de prévenir une récurrence.

# **8 - RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**



1. **ADES J, LEJOYEUX M, TASSAIN Y.** Sémiologie des conduites de risque. *Encyclopédie médico chirurgicale*, Paris France, Psychiatrie [37 114 A 70], 1994.
2. **AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.** Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation. Saint-Denis : *ANAES*, 2004, 131p.
3. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4<sup>ème</sup> édition). Paris : *Masson*, 1996, 1065p.
4. **ANDREOLI A.** De la demande d'hospitalisation psychiatrique à l'intervention de crise. *Journal Européen des Urgences* 1990 ; 3 : 150-162.
5. **AOUBA A, PEQUIGNOT F, LE TOULLEC A, JOUGLA E.** Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2007 ; 35-36 : 308-314.
6. **APTER A, HORESH N, GOTHELF D, ZALSMAN G, ERLICH Z, SORENI N, WEIZMAN A.** Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2003 ; 75 (2) : 181-9.
7. **ASBERG, M.** Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997 ; 836 (29) : 158-181.
8. **ASSOCIATION DES EPIDEMIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE.** INSERM U593, ISPED, Université Victor Ségalen Bordeaux 2, 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux, France. Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie, révision des recommandations de 1998. Bordeaux : *INSERM*, 2003, 32p. URL : <http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr>.
9. **BACA-GARCIA E, DIAZ-SASTRE C, BASURTE E, PRIETO R, SEVERINO A, SAIZ-RUIZ J, DE LEON J.** A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001 ; 62 (7) : 560-564.

10. **BACA-GARCIA E, DIAZ-SASTRE C, RESA E, BLASCO H, CONESA D, OQUENDO M, RUIZ J, DE LEON J.** Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 2005 ; 255 (2) : 152-156.
11. **BADEYRAN G, PARAYRE C, MOUQUET MC, TELLIER S, DRAGOS S, ELLENBERG E.** Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique. Paris : DRESS, *Etudes et Résultats* n°109,2002.
12. **BAECHLER J.** Les suicides. Paris: *Calmann-Levy*, 1975, 653p.
13. **BATT A, BELLIVIER F, DELATTE B, SPREUX-VAROQUAUX O, CREMNITER D, DUBREU V, JOUGLA E, LESIEUR P, PAULET C, VAIVA G.** Suicide, Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Expertise collective. Paris : *INSERM*, 2004, 199p.
14. **BATT A, CAMPEON A, LEGUAY D, LECORPS P.** Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. Paris : *Masson*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 37-500-A-20 : 1-8.
15. **BATT A, TRON I, DEPOIVRE C, TREHONY A.** Suicide attempts in Brittany (France). Distribution at the regional level. *L'Encéphale* 1993 ; 19 (6) : 619-625.
16. **BAUDELLOT C, ESTABLET R.** Suicide : l'envers de notre monde. Paris : *Seuil*, 2006, 236p.
17. **BAUMEISTER RF.** Suicide as escape from self. *Psychological Review* 1990 ; 97 (1) : 90-113.
18. **BAZOT M.** In La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : *JohnLibbey Eurotext*, 2002, 450p.
19. **BAZOT M, BERTRAND A.** Suicide et parasuicide dans la collectivité militaire, de la théorie à la pratique. *Le médecin de réserve* 1979 ; 75 (2) : 5-12.
20. **BAZOT M, FAVRE JD, ARVERS P.** Suicide et armées : la Gendarmerie. In : Suicide et vie professionnelle : les métiers à risque. Comptes rendus des XXVIIèmes journées du

Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide à Poitiers (30 et 31 Mai 1996). Toulouse : Starsup, 1997.

21. **BAZOT M, LEBIGOT F, RAINGEARD D, COURBIER D, ANDRE Y.** Réflexion sur l'automutilation dans les armées. *Annales Médico-Psychologiques* 1984 ; 142 (10) : 1295-1302.

22. **BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, FERGUSSON DM, DEAVOLL BJ, NIGHTINGALE SK.** Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts : a case-control study. *The American Journal of Psychiatry* 1996 ; 153 (8) : 1009-1014.

23. **BECK AT, STEER RA, KOVACS M, GARRISON B.** Hopelness and eventual suicide : a ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry* 1985 ; 142 (5) : 559-563.

24. **BENOIT M.** Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire ? In La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. Paris : John Libbey Eurotext, 2001 : 21-31.

25. **BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A.** A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002 ; 7 (2) : 6-8.

26. **BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A, DE LEO D, BOLHARI J, BOTEAGA N, DE SILVA D, TRAN THI THANH H, PHILLIPS M, SCHLEBUSCH L, VARNIK A, VIJAYAKUMAR L, WASSERMAN D.** Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites : the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine* 2005 ; 35 (10) : 1457-1465.

27. **BIEDER J, CALLENS H.** L'homicide altruiste chez les mélancoliques. *Annales Médico-Psychologiques* 2000 ; 158 (9) : 703-709.

28. **BILLE-BRAHE U.** Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. *World Health Organization* 1998. URL : <http://www.euro.who.int/document/E60709.pdf>

29. **BILLE-BRAHE U, ANDERSEN K, WASSERMAN D, SCHMIDTKE A, BJERKE T, CREPET P, DE LEO D, HARING C, HAWTON K, KERKHOF A, LÖNNGVIST J, MICHEL K, PHILLIPPE A, QUEREJETA I, SALANDER-RENBORG E, TEMESVARY B.** The WHO-EURO Multicentre Study : risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. *Crisis* 1996 ; 17 (1) : 32-42.
30. **BLASCO-FONTECILLA H, BACA-GARCIA E, DERIC K, PEREZ-RODRIGUEZ MM, SAIZ-GONZALES MD, SAIZ-RUIZ J, OQUENDO MA, DELEON J.** Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009 ; 119 (2) : 149-155.
31. **BORAU J.** Automutilation purificatrice. *Médecine et Armées* 1980 ; 6 (8) : 431-432.
32. **BORGES G, WALTERS EE, KESSLER RC.** Associations of substance use, abuse and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology* 2000 ; 151 (8) : 781-789.
33. **BOURGEOIS ML, VERDOUX H.** Risque suicidaire dans les troubles bipolaires. *L'Encéphale* 1997 ; 23 (1) : 35-41.
34. **BOYD JH.** The increasing rate of suicide by firearms. *New England Journal of Medicine* 1983 ; 308 (15) : 872-4.
35. **BRENT DA.** In search of endophenotypes for suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry* 2009 ; 166 (10) : 1087-9.
36. **BRENT DA, PERPER JA, ALLMAN CJ, MORITZ GM, WARTELLA ME, ZELENAK JP.** The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *The Journal of the American Medical Association* 1991 ; 266 (21) : 2989-2995.
37. **BRENT DA, PERPER JA, GOLDSTEIN CE, KOLKO DJ, ALLAN MJ, ALLAN CJ, ZELENAK JP.** Risk factors in adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry* 1988 ; 45 (6) : 581-588.

38. **BRIOLE G, PLOUZNIKOFF M.** Que puis-je dire de ta mort ? XXIVème journées du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide et à la Séance commune à la Société Française de Médecine des Armées. *Lieux et relais*, 1993 ; 25 (5) : 371-433.
39. **BRODY DS, HAHN SR, SPITZER RL, KROENKE K, LINZER M, DE GRUY FV, WILLIAMS JB.** Identifying patients with depression in the primary care setting : a more efficient method. *Archives of Internal Medicine* 1998 ; 158 (22) : 2469-2475.
40. **BRODSKY BS, MALONE KM, ELLIS SP, DULIT RA, MANN JJ.** Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry* 1997 ; 154 (12) : 1715-1719.
41. **CARMEN E, RIEKER PP.** A psychosocial model of the victim to patient process. Implications for treatment. *The Psychiatric Clinics of North America* 1989 ; 12 (2) : 431-443.
42. **CARRASCO V, BAUBEAU D.** Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Paris : DRESS, *Etudes et Résultats* n°212, 2003, 12p.
43. **CASADEBAIG F, PHILIPPE A.** Mortalité chez les patients schizophrènes, trois ans de suivi d'une cohorte. *L'Encéphale* 1999 ; 25 (4) : 329-337.
44. **CEDEREKE M, OJEHAGEN A.** Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *European Psychiatry* 2005 ; 20 (2) : 101-109.
45. **CHAPPERT JL, PEQUIGNOT F, PAVILLON G, JOUGLA E.** Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicides : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. Paris : *DREES CépiDc, séries études*, 2003, 45p.
46. **CHARLES S, DUCHER JL, RENOUX M.** Echelle d'évaluation de Ducher (RSD). *Actualités Psychiatriques* 1990 ; 20 (7) : p59.
47. **CHASTANG F, RIOUX P, DUPONT I, KOVESH V, ZARIFIAN E.** Enquête prospective sur les tentatives de suicide. *L'Encéphale* 1997 ; 23 (2) : 100-104.

48. **CHRISTOFFERSEN MN, POULSEN HD, NIELSEN A.** Attempted suicide among young people : risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003 ; 108 (5) : 350-8.
49. **CLARK S.** Bereavement after suicide--how far have we come and where do we go from here? *Crisis* 2001 ; 22 (3) : 102-108.
50. **CLERVOY P, SIMON DE KERGUNIC T, FERRATY C.** Décès dans une unité, principes de la prise en charge psychologique au niveau du groupe et de la famille. *Médecine et Armées* 2005 ; 33 (2) : 157-160.
51. **CODE DE PROCEDURE PENALE - CODE DE JUSTICE MILITAIRE**, titre II, chapitre premier, section 4, articles L321-22 et suivants. Paris : *Dalloz*, 1983, 191p.
52. **COLAS-BENAYOUN MD, FIDELLE G, FAVRE JD.** De la défiguration à la transfiguration : la greffe d'un visage est-elle la solution ? *Annales Médico-Psychologiques* 2006 ; 164 (8) : 687-691.
53. **COLIN A, REGGERS J, CASTRONOVO V, ANSSEAU M.** Lipides, dépression et suicide. *L'Encéphale* 2003 ; 29 (1) : 49-58.
54. **CONNER KR.** A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004 ; 34 (2) : 89-98.
55. **CONNER KR, HESSELBROCK VM, SCHUCKIT MA, HIRSCH JK, KNOX KL, MELDRUM S, BUCHOLZ KK, KRAMER J, KUPERMAN S, PREUSS U, SOYKA M.** Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol* 2006 ; 67 (1) : 95-101.
56. **CONNER KR, MELDRUM S, WIECZOREK WF, DUBERSTEIN PR, WELTE JW.** The association between irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004 ; 34 (4) : 363-373.

57. **CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, COX C, HERRMANN JH, FORBES NT, CAINE ED.** Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide : a psychological autopsy study. *The American Journal of Psychiatry* 1996 ; 153 (8) : 1001-1008.
58. **CORYELL W, SCHLESSER M.** The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *The American Journal of Psychiatry* 2001 ; 158 (5) : 748-753.
59. **COULOT D.** Les automutilations : approche pluridimensionnelle à propos de 32 observations en milieu militaire. Mémoire de DES : Psychiatrie : Lille : 1991 ; 220p.
60. **COURTET P, GUILLAUME S, JOLLANT F, CASTELNAU D, MALAFOSSE A.** Neurobiologie des conduites suicidaires : voies de recherche actuelles. In Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 2008 [37 500 C 10] ; 133 : 1-8. Paris : *Masson*, 2008, 8p.
61. **CREMNITER D, JAMAIN S, KOLLENBACH K, ALVAREZ JC, LECRUBIER Y, GILTON A, JULLIEN P, LESIEUR P, BONNET F, SPREUX-VAROQUAUX O.** CSF 5-HIAA levels are lower in impulsive as compared to nonimpulsive violent suicide attempter and control subjects. *Biological Psychiatry* 1999 ; 45 (12) : 1572-1579.
62. **CVINAR JG.** Do suicide survivors suffer social stigma : a review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care* 2005 ; 41 (1) : 14-21.
63. **DAVIDSON T, DEFRANCE J, FACY F.** Typology of young drug addicts. *Psychiatrie de l'Enfant* 1982 ; 25 (2) : 295-318.
64. **DE COULON N.** La Crise. Stratégies d'interventions thérapeutiques en psychiatrie. Fonctionnement d'un centre de crise à Paris. Paris : *Gaétan Morin*, 1999, 318p.
65. **DE GREGORIO F, DAMSA C, ADAM E, REGGERS J, MARCOZ N, LEJEUNE J, LAZIGNAC L, ANSSEAU M.** L'utilisation du système de santé avant une tentative de suicide : étude préliminaire dans un service d'urgences psychiatriques. *Annales Médico-Psychologiques* 2006 ; 164 (7) : 574-580.

66. **DE LEO D, CERIN E, SPATHONIS K, BURGIS S.** Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, the suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of Affective Disorders* 2005 ; 86 (2-3) : 215-224.
67. **DESJEUX G, LABARÈRE J, GALOISY-GUIBAL L, ECOCHARD R.** Suicide in the French armed forces. *European Journal of Epidemiology* 2004 ; 19 (9) : 823-829.
68. **DESJEUX G, LEMARDELEY P, VALLET D, PASCAL B, LABARERE J.** Suicide et tentatives de suicide dans les armées françaises en 1998. *L'Encéphale* 2001 ; 27 (4) : 320-324.
69. **DIEKSTRA RF.** The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 1993 ; 371 : 9-20.
70. **DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES.** Instruction n°1700/DEF/DCSSA/AST/AS du 28 janvier 2002 relative au suivi et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire. BOCPP n°10 du 4 mars 2002 : 1319-1330. NOR DEFE0250243J.
71. **DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES.** Instruction n°2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1<sup>er</sup> octobre 2003, 1<sup>er</sup> modificatif du 18 novembre 2004, relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir. NOR DEFE0352636J.
72. **DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.** Circulaire DGS/SD n°355-2003 du 16 Juillet 2003 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003. *Bulletin Officiel* n°2003-36.
73. **DOUGHERTY DM, MATHIAS CW, MARSH DM, PAPAGEORGIOU TD, SWANN AC, MOELLER FG.** Laboratory measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004 ; 34 (4) : 374-385.
74. **DUCROCQ F, COTTENCIN O, BOSS V, JARDON V, DEMARTY AL, DUHEM S, LIBERSA C, GOUEMAND M, VAIVA G.** Séquelles psychotraumatiques après tentative de suicide. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2007 ; 7 (2) : 79-88.



75. **DUCROCQ F, VAIVA G.** Dépression et état de stress post traumatique. In : Guay S, Marchand A. Les troubles liés aux évènements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement. Montréal : *Les Presses de l'Université de Montréal*, 2006, 372p.
76. **DUMEL F.** Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence du passage à l'acte en médecine générale. URL : <http://psydoc.fr/broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/dumel.html>.
77. **DURKHEIM E.** Le Suicide. Paris : *Presses Universitaires de France*, 1897, 463p.
78. **ETZERSDORFER E, SONNECK G.** Preventing suicide by influencing mass media reporting. The viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research* 1998 ; 4 : 67-74.
79. **FARBEROW NL.** Indirect self-destructive behavior. Classification and characteristics. In : The many face of suicide. New York : *McGraw-Hill Book*, 1980, pp154-72.
80. **FAVRE J-D.** Les conduites suicidaires dans les armées. Note d'information pour le cabinet du ministre de la Défense. 18 septembre 2000.
81. **FAVRE JD, CHOQUET M, AZOULAY G.** Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997 ; 19 : 14-16.
82. **FEDERATION 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). Paris : *ANAES*, 2000, 31p.
83. **FEDERATION 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 court). Paris : *ANAES*, 2000, 5p.

84. **FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE** avec la participation de l'ANAES et le secrétariat d'état à la santé : texte des recommandations : prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide : novembre 1998. Paris : ANAES, 1998, 44p
85. **FEKETE S, VOROS V, OSVATH P.** Gender differences in suicide attempters in Hungary : retrospective epidemiological study. *Croatian Medical Journal* 2005 ; 46 (2) : 288-293.
86. **FERRADA-NOLI M, ASBERG M, ORMSTAD K.** Suicidal behaviour after severe trauma. Part 2 : The association between methods of torture and of suicide ideation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1998 ; 11 (1) : 113-124.
87. **FIDELLE G.** Expertises psychiatriques en dehors de l'aptitude. *Médecine et Armées* 2005 ; 33 (5) : 425-432.
88. **FIDELLE G.** La mort de l'alter ego, évolution clinique d'une prise en charge brève. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2005 ; 5 (3) : 183-187.
89. **FIDELLE G, CABON D.** Prise en charge des familles des victimes de l'attentat de Karachi. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2003 ; 3 (3) : 191-196.
90. **FIDELLE G, COLAS-BENAYOUN MD, LEFORT H.** Emploi des psychotropes en médecine générale d'unité. *Médecine et Armées* 2006 ; 34 (3) : 237-246.
91. **FIDELLE G, COLAS-BENAYOUN MD, SEYEYX-BERTIN AL.** « Je cherche à comprendre ». Le psychothérapeute face au suicide d'un patient. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* (8.0) 5/2004, n°76.
92. **FIDELLE G, COULOT D, BARTHELEMY C, SIMON DE KERGUNIC T, SELLEM D.** La place du psychiatre de liaison dans un service de médecine physique et réadaptation. *Médecine et Armées* 2008 ; 36 (2) : 149-154.
93. **FIDELLE G, DURAND G.** Drame de la mer : naufrage de « la fidèle ». Aspects cliniques et réflexions psychopathologiques. *Médecine et Armées* 1999 ; 27 (6-7) : 565-571.

94. **FIDELLE G, PAYEN A, RONDIER JP.** Les blessures psychiques, soins immédiats et post-immédiats. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2005 ; 5 (1) : 9-14.
95. **FIDELLE G, SIMON DE KERGUNIC T, AUXEMERY Y.** Addictions et trauma : données épidémiologiques et cliniques. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2009 ; 9 (1) : 45-54.
96. **FREUD S.** Deuil et Mélancolie. In *Métapsychologie, œuvres complètes tome XIII*. Paris *Presses Universitaires de France*, 1998.
97. **FREUD S.** Psychopathologie de la vie quotidienne. Paris, *petite bibliothèque Payot*, 1984.
98. **GALOISY-GUIBAL L, DESJEUX G.** Résultats de la surveillance épidémiologique des conduites suicidaires dans les armées en 2001. *Bulletin Epidémiologique des Armées* n°4 Avril 2003 DCSSA/AST/TEC/2.
99. **GALVAN A, HARE T, VOSS H, GLOVER G, CASEY BJ.** Risk-taking and the adolescent brain: who is at risk ? *Developmental Science* 2007 ; 10 (2) : 8-14.
100. **GASQUET I, CHOQUET M.** Gender role in adolescent suicidal behavior : observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993 ; 87 (1) : 59-65.
101. **GAULT S, VIALLETON C, GODEY B, MILLET B, EUDIER F.** Tentatives de suicide par arme à feu avec destruction du visage : étude clinique et psychopathologique. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 164 (4) : 304-312.
102. **GENEST P, WALTER M.** La médecine factuelle (Evidence-based Medicine) est-elle applicable à la question du suicide et des tentatives de suicide ? *Annales Médico-Psychologiques* 2005 : 163 (9) ; 764-768.
103. **GHEORGHIEV C, MELE E, DAUDIN M.** Evaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie. Exemple de la mise en place d'un protocole hospitalier de prévention du risque suicidaire. *Médecine et Armées*, 2007 ; 35 (5) : 435-440.

104. **GICQUEL L, CORCOS M, RICHARD B, GUELFY JD.** Automutilations à l'adolescence. In : *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, Pédopsychiatrie* 2007 ; 130 [37 216 J 10] : 1-17. Paris : *Masson*, 2007, 17p.
105. **GOLBERG M, LECLERC L, BONENFANT S, CHASTANG JF, SCHMAUS A, KANIEWSKI N, ZINS M.** Cohort profile : the GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology* 2007 ; 36 (1) : 32-39.
106. **GOLDBERG M, LECLERC A, CHASTANG JF, MORCET JF, MARNE MJ, LUCE D, BOUMENDIL E.** Mise en place d'une cohorte épidémiologique à Electricité de France – Gaz de France. Recrutement des volontaires. Principales caractéristiques de l'échantillon. *Revue Epidémiologique de Santé Publique* 1990 : 265-268 (38) ; 378-380.
107. **GOLOMB D.** Symbolic expression in PTSD : Vietnam combat veterans in art therapy. *Arts Psychotherapy* 1985 ; 12 : 1-12.
108. **GORLYN M.** Impulsivity in the prediction of suicidal behavior in adolescent populations. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2005 ; 17 (3) : 205-209.
109. **GOTHUEY I, DE COULON N.** Tentative de suicide et intervention de crise : un concept de soin pour les patients suicidaires. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2002 ; 2 (4) : 197-204.
110. **GOULD MS.** Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001 ; 932 : 200-224.
111. **GRATTON F.** Secret, deuil et suicide : recension d'écrits. Pour le Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal: *Université de Montréal*, 1999, 105p.
112. **GUILLEM E, BOUCHEZ-ARBABZADEH S, LEPINE JP.** Cholestérol et suicide, coïncidence ou réalité ? Un état des lieux récent. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163 (7) : 577-582.

113. **GULLON C, LE BONNIEC Y.** Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité. Paris : *Alain Moreau*, 1982, 276p.
114. **GUNNELL D, HARBORD R, SINGLETON N, JENKINS R, LEWIS G.** Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. *The British Journal of Psychiatry* 2004 ; 185 : 385-393.
115. **GUZE SB, ROBINS E.** Suicide and primary affective disorders. *The British Journal of Psychiatry* 1970 ; 117 (539) : 437-438.
116. **HARKAVY-FRIEDMAN JM, NELSON EA, VENARDE DF, MANN JJ.** Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder : examining the role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004 ; 34 (1) : 66-76.
117. **HARRIS EC, BARRACLOUGH B.** Suicide as an outcome for mental disorders, a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 1997 ; 170 : 205-228.
118. **HARWOOD D, HAWTON K, HOPE T, JACOBY R.** Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people : a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001 ; 16 (2) : 155-165.
119. **HAUS-CHEYMOI R, VERRET C, BERGER F, NIVOIX P, ROMAND O, POMMIER DE SANTI V, OLLIVIER L, DEPARIS X, MIGLIANI R.** Décès dans les armées. Résultats de la surveillance épidémiologique en 2002 – 2007. Ecole du Val-de-Grâce, Département d'épidémiologie et de santé publique nord, Rapport n°332/EVDG/DESPN du 13 Juin 2006. URL : <http://www.imtssa.sante.defense.gouv.fr/>.
120. **HAWTON K, APPLEBY L, PLATT S, FOSTER T, COOPER J, MALMBERG A, SIMKIN S.** The psychological autopsy approach to studying suicide : a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders* 1998 ; 50 (2-3) : 269-276.
121. **HAWTON K, ARENSMAN E, WASSERMAN D, HULTÉN A, BILLE-BRAHE U, BJERKE T, CREPET P, DEISENHAMMER E, KERKHOF A, DE LEO D, MICHEL K, OSTAMO A, PHILIPPE A, QUEREJETA I, SALANDER-RENBORG E, SCHMIDTKE A, TEMESVARY B.** Relation between

attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998 ; 52 (3) : 191-194.

122. **HAWTON K, HOUSTON K, HAW C, TOWNSEND E, HARRISS L.** Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry* 2003 ; 160 (8) : 1494-1500.

123. **HAWTON K, SIMKIN S.** Helping people bereaved by suicide. *British Medical Journal* 2003 ; 327 : 177-178.

124. **HAWTON K, ZAHL D, WEATHERALL R.** Suicide following deliberate self-harm : long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry* 2003 ; 182 : 537-542.

125. **HENDIN H, HAAS AP.** Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry* 1991 ; 148 (5) : 586-591.

126. **HENRIKSSON MM, ARO HM, MARTTUNEN MJ, HEIKKINEN ME, ISOMETA ET, KUOPPASALMI KI, LONNGVIST JK.** Mental disorders and comorbidity in suicide. *The American Journal of Psychiatry* 1993 ; 150 : 935-940.

127. **HERMAN JL, PERRY JC, VAN DER KOLK BA.** Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1989 ; 146 (4) : 490-495.

128. **HERPERTZ S.** Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurer. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995 ; 91 (1) : 57-68.

129. **HJELMELAND H, NORDVIK H, BILLE-BRAHE U, DE LEO D, KERKHOF JF, LONNQVIST J, MICHEL K, RENBERG ES, SCHMITDKE A, WASSERMAN D.** A cross cultural study of suicide intent in parasuicide patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2000 ; 30 (4) : 295-303.

130. **HOWLAND RH.** General health, health care utilization, and medical comorbidity in dysthymia. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1993 ; 23 (3) : 211-238.
131. **HUMEAU M, SENON JL.** Conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu : étude clinique à partir de 161 cas. *L'Encéphale* 2008 ; 34 (5) : 459-466.
132. **HUNT IM, KAPUR N, ROBINSON J, SHAW J, FLYNN S, BAILEY H, MEEHAN J, BICKLEY H, BURNS J, APPLEBY L, PARSONS R.** Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups : national clinical survey. *The British Journal of Psychiatry* 2006 ; 188 : 135-142.
133. **JOINER TE.** Why people die by suicide. Cambridge : *Harvard University Press*, 2005.
134. **JOUGLA E, PEQUIGNOT F, CHAPPERT JL, ROSSOLLIN F, LE TOULLEC A, PAVILLON G.** La qualité des données de mortalité par le suicide. *Revue Epidémiologique de Santé Publique* 2002 ; 50 (1) : 49-62.
135. **KAHN JP.** Enjeux actuels de la prise en charge de patients souffrant d'une schizophrénie. *L'Encéphale* 2006 ; 32 (2) : 14-15.
136. **KAHN JP.** Formation à l'intervention de crise : un atout de plus dans un programme de prévention du suicide. In *Actes du Colloque*, Maison du social (Liège) ; 2004, 333 pages.
137. **KAHN JP.** Le risque suicidaire. In Collège National des Universitaires en Psychiatrie. Paris : *Masson*, 2003.
138. **KAHN JP.** Les médias peuvent-ils contribuer utilement à la prévention du suicide ? *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* (8.0) 9/2004 ; Tome VII, n°78.
139. **KAHN JP.** Prévention du suicide : aspects éthiques. In *Psychologie clinique et prévention ; Editions et applications psychologiques*, 400 pages.
140. **KAHN JP.** Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge. Cours de psychiatrie du Collège National des Universitaires en Psychiatrie. Module 3 ; Question n°44.

141. **KESSLER RC, BORGES G, WALTERS EE.** Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1999 ; 56 (7) : 617-626.

142. **KELLY TM, CORNELIUS JR, LYNCH KG.** Psychiatric and substance use disorders as risk factors for attempted suicide among adolescents : a case control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2002 ; 32 (3) : 301-312.

143. **KINGSBURY S, HAWTON K, STEINHARDT K, JAMES A.** Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999 ; 38 (9) : 1125-1131.

144. **KLEIN M.** Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In *Essais de Psychanalyse*. Paris : *Payot*, 1980, pp311-340.

145. **KNIEPER AJ.** The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1999 ; 29 (4) : 353-364.

146. **KUO W, GALLO JJ, TIEN AY.** Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine* 2001 ; 31 (7) : 1181-1191.

147. **LABORIT H.** Les mécanismes biologiques et sociologiques de l'agressivité. *Annales Médico-Psychologiques* 1979 ; 137 (8) : 753-759.

148. **LADAME F.** Les tentatives de suicides chez les adolescents. Paris : *Masson*, 1994.

149. **LAFON DD.** Psychological autopsies for equivocal deaths. *International Journal of Emergency Mental Health* 1999 ; 3 (1) : 183-188.

150. **LAVOIE M, CARDINAL L, CHAPDELAINE A, ST-LAURENT D.** L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec. *Chronic Diseases in Canada* 2001 ; 22 (1) : 24-29.



151. **LAXENAIRE M, MILLET F, WESTPHAL C.** Les automutilations ; frontières et significations. *Annales Médico-Psychologiques* 1984 ; 142 (10) : 1283-1287.
152. **LEBIGOT F, BAZOT M, CONDROYER D.** Suicide et institution militaire. *Psychologie médicale* 1987 ; 19 (5) : 609-612.
153. **LEBIGOT F, NICOLAS JD, HARIKI S.** Les tentations suicidaires du traumatisé psychique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2006 ; 6 (4) : 207-212.
154. **LEHMANN L, MCCORMICK RA, MCCrackEN L.** Suicidal behavior among patients in the VA health care system. *Psychiatric Services* 1995 ; 46 (10) : 1069-1071.
155. **LIDBERG L, BELFRAGE H, BERTILSSON L, EVENDEN MM, ASBERG M.** Suicide attempts and impulse control disorder are related to low cerebrospinal fluid 5-HIAA in mentally disordered violent offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000 ; 101 (5) : 395-402.
156. **LOI n°87-1133** du 31 décembre 1987 tendant à réprimer la provocation au suicide. *Journal Officiel de la République Française* du 1 janvier 1998, p13. NOR JUSX8700191L.
157. **LOI n°2001-1062** du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne, article 7. *Journal Officiel de la République Française* du 16 novembre 2001, p18215. NOR INTX0100032L.
158. **LOI n°2002-303** du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel de la République Française* du 5 mars 2002, p4118. NOR : MESX0100092L.
159. **LOI n°2004-806** du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel de la République Française* n°185 du 11 août 2004, p14277. NOR SANX0300055L.
160. **LOI n°2005-270** du 24 mars 2005 portant statut général des militaires. *Journal Officiel de la République Française* n°72 du 26 mars 2005, p5098. NOR DEFX0400144L.

161. **MACIF-PREVENTION.** Les attitudes à l'égard du suicide : rapport d'étude, 2006.
162. **MAHON MJ, TOBIN, JP, CUSACK DA, KELLEHER C, MALONE KM.** Suicide among regular-duty military personnel : a retrospective case-control study of occupationn-specific risk factors for workplace suicide. *The American Journal of Psychiatry* 2005 ; 162 (9) : 1688-1696.
163. **MALLET JC.** Défense et sécurité nationale. Le livre blanc. Collectif sous la présidence de Jean-Claude Mallet. Paris, Odile Jacob *La documentation française*, 2008, 336p.
164. **MALONE KM, HAAS GL, SWEENEY JA, MANN JJ.** Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders* 1995 ; 34 (3) : 173-185.
165. **MANN JJ.** A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine* 2002 ; 136 (4) : 302-311.
166. **MANN JJ.** Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience* 2003 ; 4 : 819-28.
167. **MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS GL, MALONE KM.** Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry* 1999 ; 156 (2) : 181-189.
168. **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 (9) : 1467-1473.
169. **MARZUK PM, LEON AC, TARDIFF K, MORGAN EB, STAJIC M, MANN JJ.** The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Archives of General Psychiatry* 1992 ; 49 (6) : 451-458.
170. **MASER JD, AKISKAL HS, SCHETTLER P, SCHEFTNER W, MUELLER T, ENDICOTT J, SOLOMON D, CLAYTON P.** Can temperament identify affectively ill patients who engage in

lethal or near-lethal suicidal behavior ? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2002 ; 32 (1) : 10-32.

171. **MATSUNAGA H, KIRIIKE N, MATSUI T, OYA K, OKINO K, STEIN DJ.** Impulsive disorders in japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2005 ; 46 (1) : 43-49.

172. **MCDERMUT W, MATTIA J, ZIMMERMAN M.** Comorbidity burden an its impact on psychosocial morbidity in depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders* 2001 ; 65 (3) : 289-295.

173. **MCGIRR A, ALDA M, SÉGUIN M, CABOT S, LESAGE A, TURECKI G.** Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits : a thee-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *The Amercian Journal of Psychiatry* 2009 ; 166 (10) : 1124-34.

174. **MCGIRR A, RENAUD J, BUREAU A, SEGUIN M, LESAGE A, TURECKI G.** Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle : a predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine* 2008 ; 38 (3) : 407-417.

175. **MINISTERE DE LA DEFENSE.** Décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées. *Journal Officiel de la République Française* 16 septembre 2008 Texte 15 sur 134. NOR : DEFH0801150D.

176. **MINISTERE DE LA DEFENSE.** Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées. *Journal Officiel de la République Française* n°218 du 18 septembre 2008, texte n°16, NOR : DEFD0816121D.

177. **MINISTERE DE LA DEFENSE.** Instruction n° 1950/DEF/CAB/SDBC/CGAP du 6 février 2004 relative la conduite à tenir par les autorités militaires et civiles en cas d'accidents ou d'incidents survenus au sein du ministère de la défense, NOR DEFM0450245J.

178. **MINISTERE DE LA DEFENSE**, Direction Centrale du Service de Santé des Armées, Sous-Direction Action Scientifique et Technique, Bureau Technique. Prévention du suicide dans les armées. N°1664/DEF/DCSSA/AST/TEC/EPID Paris, le 27 Juin 2006.
179. **MINISTERE DE LA DEFENSE**, Service de Santé des Armées, Ecole du Val-de-Grâce, Département d'Epidémiologie et de Santé Publique. Fiche spécifique de déclaration n°1 « Décès ». URL : URL : <http://www.imtssa.sante.defense.gouv.fr/>.
180. **MINISTERE DE LA DEFENSE**, Service de Santé des Armées, Ecole du Val-de-Grâce, Département d'Epidémiologie et de Santé Publique. Fiche spécifique de déclaration n°6 « conduite auto agressive ». URL : URL : <http://www.imtssa.sante.defense.gouv.fr/>.
181. **MINISTERE DE LA DEFENSE**, Chef d'Etat-major de l'Armée de l'Air, N°0462/DEF/DRH-AA/SDPAAS/BCP, Paris le 21 novembre 2006.
182. **MINISTERE DE LA SANTE**. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 présenté au conseil des ministres le 20 avril 2005, rendu public le 25 avril 2005, 98p.
183. **MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Circulaire DGS/SD 6 C n°2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001. *Bulletin Officiel* n°2001-32, NOR MESP0130286C.
184. **MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE**. Décret N°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'Evaluation des pratiques professionnelles. *Journal Officiel de la République Française* n°88 du 15 Avril 2005, texte n°4, p6730. NOR : SANSO521125D.
185. **MOUQUET MC, BELLAMY V, CARASCO V**. Suicides et tentatives de suicide en France. Paris : DRESS, *Etudes et Résultats* n°488, 2006, 1-8.
186. **MOUTIN P, LAFONT B**. Sémiologie des conduites agressives. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie [37 14 A 50]. Paris : Masson, 1983, 7p.

187. **MÜLLER-OERLINGHAUSEN B, ROGGENBACH J, FRANKE L.** Serotonergic platelet markers of suicidal behavior ; do they really exist ? *Journal of affective disorders* 2004 ; 79 (1-3) : 13-24.
188. **MURPHY SA, JOHNSON LC, WU L, FAN JJ, LOHAN J.** Bereaved parent's outcomes 4 to 60 months after their children's death by accident, suicide or homicide : a comparative study demonstrating differences. *Death Studies* 2003 ; 27 : 39-61.
189. **NAJT P, PEREZ J, SANCHES M, PELUSO MA, GLAHN D, SOARES JC.** Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2007 ; 17 (5) : 313-320.
190. **NIFTERIK-SPIEGEL V, HAUS-CHEYMOL R, ROMAN O, DEPARIS X, BERGER F, DECAM C.** Conduites auto-agressives dans les armées : tentatives de suicides et suicides. Résultats de la surveillance épidémiologique 2001-2005. Paris : *EVDG* ; Juin 2006. Rapport N°412.
191. **NORDENTOFT M, BREUM L, MUNCK LK, NORDESTGAARD AG, HUNDING A, LAURSEN BJAELDAGER PA.** High mortality by natural and unnatural causes : a 10-year follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment center after suicide attempts. *British Medical Journal* 1993 ; 306 (6893) : 1637-1641.
192. **OGATA SN, SILK KR, GOODRICH S, LOHR NE, WESTEN D, HILL EM.** Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1990 ; 147 (8) : 1008-1013.
193. **O'LOUGHLIN S, SHERWOOD J.** A 20-year review of trends in deliberate self-harm in a British town 1981-2000. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005 ; 40 (6) : 446-453.
194. **OMNES C, VAIVA G, PHILIPPE A, ROUILLON F, ROELANDT JL.** Risque suicidaire dans l'enquête Santé Mentale en Population Générale : premiers résultats. *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81 (4) : 308-312.

195. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM) : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris : *Masson*, 1993.
196. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** La prévention du suicide. Conférence interministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Helsinki (Finlande), 12-15 Janvier 2005-07-30.
197. **PALAZZOLO J, FAVRE P, JULEROT JM, BOUGEROL T.** Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide. *L'Encéphale* 2002 ; 28 (1) : 39-50.
198. **PARKES CM.** Attachment, bonding and psychiatric problems after bereavement. In : Parkes C, Stevenson-Hinde J, Marris P. *Adult Life. Attachment across the life cycle.* London : *Routledge*, 1991, pp 268-292.
199. **PEDINIELLI JL, ROUAN G, GIMENEZ G, BERTAGNE P.** Psychopathologies des conduites à risques. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163 : 30-36.
200. **PETTERI-SOKERO T, MELARTIN TK, RYTSALA HJ, LESKELA US, LESTELA-MIELONEN PS.** Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry* 2005 ; 18 (6) : 314-8.
201. **PHILLIPS DP.** The influence of suggestion on suicide : substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review* 1974 ; 39 (3) : 340-354.
202. **PLACIDI GP, OQUENDO MA, MALONE KM, HUANG YY, ELLI SP, MANN JJ.** Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biological Psychiatry* 2001 ; 50 (10) : 783-791.
203. **PLOUZNIKOFF M.** Suicide. Du sens à la signification. *Médecine et Armées* 1995 ; 23 (5) : 465-467.

204. **PORTZKY G, AUDENAERT K, VAN HEERINGEN K.** Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders* 2005 ; 87 (2-3) : 265-270.
205. **REITH DM, WHYTE I, CARTER G, MCPHERSON M, CARTER N.** Risk factors for suicide and others deaths following hospital treated self-poisoning in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004 ; 38 (7) : 520-525.
206. **ROGGENBACH J, MÜLLER-OERLINGHAUSEN B, FRANKE L.** Suicidality, impulsivity and aggression -- is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid ? *Psychiatry Research* 2002 ; 113 (1-2) : 193-206.
207. **ROY A.** Family history of suicide and impulsivity. *Archives of Suicide Research* 2006 ; 10 (4) : 347-352.
208. **RUTZ W.** Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders* 2001 ; 62 (1-2) : 123-129.
209. **RUTZ W, VON KNORRING L, WALINDER J.** Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;80: 151–4.
210. **RUTZ W, WALINDER J, VON KNORRING L, RIHMER Z, PHILGREN H.** Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1997;1:39–46.
211. **SAMUELSSON M, JOKINEN J, NORDSTRÖM AL, NORDSTRÖM P.** CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006 ; 113 (1) : 44-47.
212. **SCHMIDTKE A, BILLE-BRAHE U, DELEO D, KERKHOF A, BJERKE T, CREPET P, HARING C, HAWTON K, MICHEL K, POMMEREAU X, QUEREJETA I, PHILLIPE I, SALANDER-RENNBERG E, TEMESVARY B, WASSERMAN D, FRICKE S, WEINACKER B, SAMPAIO-FARIA**

**JG.** Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996 ; 93 (5) : 327-338.

213. **SCHNEIDER B, WETTERLING T, SARGK D, SCHNEIDER F, SCHNABEL A, MAURER K, FRITZE J.** Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006 ; 256 (1) : 17-27.

214. **SECHTER D, BONIN B, BERTSCHY G, VANDEL S, BIZOUARD P.** Prédiction du risque suicidaire. *L'Encéphale* 1991 ; 17 (3) : 361-364.

215. **SEGUIN M, FRECHETTE L.** Le deuil : une souffrance à comprendre pour mieux intervenir. Montréal : *Editions Logiques*, 1995, 209p.

216. **SENTELL JW, LACROIX M, SENTELL JV, FINSTUEN K.** Predictive patterns of suicidal behavior : the United States armed versus the civilian population. *Military Medicine* 1997 ; 162 (3) : 168-171.

217. **SHER L.** Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006 ; 113 (1) : 13-22.

218. **SIMON OR, SWANN AC, POWELL KE, POTTER LB, KRESNOW MJ, O'CARROLL PW.** Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001 ; 32 (1) : 49-59.

219. **SOKERO TP, MELARTIN TK, RYTSÄLÄ HJ, LESKELÄ US, LESTELÄ-MIELONEN PS, ISOMETÄ ET.** Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry* 2005 ; 186 : 314-318.

220. **SOLOFF PH, LYNCH KG, KELLY TM, MALONE KM, MANN JJ.** Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder : a comparative study. *The American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157 (4) : 601-608.



221. **STACK S.** Suicide in the media : a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2005 ; 35 (2) : 121-133.
222. **STAIKOWSKY F, THEIL F, CANDELLA S.** Trends in the pharmaceutical profile of intentional drug overdoses seen in the emergency room. *Presse Médicale* 2005 ; 34 (12) : 842-846.
223. **STANLEY B, MOLCHO A, STANLEY M, WINCHEL R, GAMEROFF MJ, PARSONS B, MANN JJ.** Association of aggressive behavior with altered serotonergic function in patients who are not suicidal. *The American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157 (4) : 609-614.
224. **SUOKAS , SUOMINEN K, ISOMETÄ E, OSTAMO A, LÖNNGVIST J.** Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide -- findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001 ; 104 (2) : 117-121.
225. **SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, SUOKAS J, HAUKKA J, ACHTE K, LÖNNGVIST J.** Completed suicide after a suicide attempt : a 37-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry* 2004 ; 161 (3) : 563-364.
226. **SWANN AC, DOUGHERTY DM, PAZZAGLIA PJ, PHAM M, STEINBERG JL, MOELLER FG.** Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2005 ; 162 (9) : 1680-1687.
227. **TARRIER N, BARROWCLOUGH C, ANDREWS B, GREGG L.** Risk of non fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia -- the influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004 ; 39 (11) : 927-937.
228. **TERRA JL.** Synthèse du rapport et liste des recommandations du rapport Terra. Ministère de la Santé, de la famille et des Personnes Handicapées 2003. URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/terra/sommaire.htm>.

229. **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 (2) : 69-77.
230. **VALLET D, ARVERS P, FURTWENGLER P, RENAUD C, NEEL F, RENAUT O, BRANDMEYER E, GIACARDI C.** Etude exploratrice sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre. *Médecine et Armées* 2005 ; 33 (5) : 441-445.
231. **VAN HEERINGEN K.** The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry* 2003 ; 48 (5) : 292-300.
232. **VAN NIFTERIK-SPIEGEL, HAUS-CHEYMOL R, TEXIER G, DECAM C, FAVRE JD, A SPIEGEL A.** Conduites auto-agressives dans les armées : tentatives de suicides et suicides en 2004. Résultats de la surveillance épidémiologique. *Ecole du Val-de-Grâce*, Département d'épidémiologie et de santé publique nord, Rapport n°663/EASSA/DESP du 1<sup>o</sup> septembre 2005. URL : <http://www.imtssa.sante.defense.gouv.fr/>.
233. **VAUTERIN C.** In *Suicide et conduites suicidaires*. Tome II, Aspects cliniques et institutionnels. Paris : *Masson*, 1982.
234. **VEDRINNE J, WEBER D.** La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus des 19 et 20 Octobre 2000. Paris : *John Libbey/Eurotext* , 2001, pp421-446.
235. **VERRET C, VAN NIFTERIK-SPIEGEL F, HAUS-CHEYMOL R, ROMAN O, BERGER F, NIVOIX P, OLLIVIER L, DEPARIS X, VALLET D, MIGLIANI R.** Conduites auto-agressives dans les armées : tentatives de suicides et suicides. Résultats de la surveillance épidémiologique 2002-2007. *Ecole du Val-de-Grâce*, Département d'épidémiologie et de santé publique nord, rapport n°283/EVDG/DESP du 10 Juillet 2008. URL : <http://www.imtssa.sante.defense.gouv.fr/>.
236. **WALTER M, KERMARREC I.** Idées ou conduites suicidaires et conduite à tenir en situation d'urgence. *La revue du Praticien* 1999 ; 49 (15) : 1685-1690.

237. **WASSERMAN IM.** Imitation and suicide : a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review* 1984 ; 49 : 427-436.
238. **WHOOLEY MA, AVINS AL, MIRANDA J, BROWNER WS.** Case finding instrument for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine* 1997 ; 12 (7) : 439-445.
239. **WILLIAMS CL, DAVIDSON JA, MONTGOMMERY I.** Impulsive suicidal behaviour. *Journal of Clinical Psychology* 1980 ; 36 (1) : 90-94.
240. **WITTE TK, MERILL KA, STELLRECHT NE, BERNERT RA, HOLLAR DL, SCHATSCHNEIDER C, JOINER TE.** “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of Affective Disorders* 2008 ; 107 (1-3) : 107-116.
241. **WUNDERLICH U, BRONISCH T, WITTCHEN HU.** Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1998 ; 248 (2) : 87-95.
242. **WYDER M, DELEO D.** Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study. *Journal of Affective Disorders* 2007 ; 104 (1-3) : 167-173.

**HEADLINE :**

Epidemiology, risk factors and psychopathologic factors associated with suicide attempts among french soldiers : a retrospective study of 39 consecutive cases of suicidal servicemen treated at the military instruction hospital Legouest (Metz, France).

**ABSTRACT :**

The Health Service of the French Armies takes particular interest in concern the problem of aggressive behaviours which are incompatible with military operations. The French Army operated a surveillance system to record all cases of suicide-attempts. For instance in 2007, the servicemen numbered 69 suicides and 132 suicide-attempts. From a retrospective study of 39 consecutive charts of suicidal patients treated at the military instruction hospital Legouest, we determined the sociodemographic and psychopathological factors of suicidal servicemen who were taken care of in a military hospital during the year 2007. The military population with self-aggressive behaviours is constituted of volunteers. The most frequent modality is self-poisoning by medicines (64,1 %), followed by phlebotomy (12,8 %). Most of these patients (53,85 %) did not suffer from a major psychiatric disease but from a suicidal crisis lasting for a few weeks. All subjects benefited from a medical military decision. More than a third (35,9 %) were submitted to the reform commission of servicemen, four for Adaptation Disorder. The authors offer recommendations to reduce risks of suicide and suicide attempts in the Armed Services.

**KEYWORDS :** Army – Servicemen - Prevention - Suicide attempt.

VU

NANCY, le **15 décembre 2009**  
Le Président de Thèse

NANCY, **4 janvier 2010**  
Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur J.P. KAHN**

**Professeur H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, **7 janvier 2010**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1  
Par délégation

**Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON**