

1 Vaiva, G., Ducrocq, F., Jehel, L., Genest, P., Duchet, C., Omnes, C., Rouillon, F. et Roelandt, J.-L. (2007). Psychotraumatismes et risque suicidaire en France : prévalences croisées dans l'enquête SMPG. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2(7).

2 Akbar, R., Arya, V., Conroy, E., Wilcox, H. C. et Andrew Page, A. (2023). *Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Suicidal Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Université de Western Sydney, faculté de médecine.

3 Peak N. J., Overholser, J. C., Ridley, J., Braden, A., Fisher, L., Bixler, J., Chandler, M. (2015). Too Much to Bear: Psychometric Evidence Supporting the Perceived Burdensomeness Scale. *Crisis*, 1, 1-9.

4 Une forme subsyndromique de TPST est une forme de la pathologie où manque un élément d'évitement ou d'hyperveil neurovégétatif ; le syndrome de répétition traumatique (soit les reviviscences ou les cauchemars) est identique à la forme complète.

5 Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. et Struening, E. L. (2001). Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD. *Am. J. Psychiatry*, 158(9), 1467-73.

6 Post, L. M., Feeny, N. C., Zoellner, L. A. et Connell, A. M. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder and Depression Co-Occurrence: Structural Relations Among Disorder Constructs and Trait and Symptom Dimensions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(4), 418-434.

7 Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T. et Sundbom, E. (1998). Suicidal Behavior after Severe Trauma. Part 1: PTSD Diagnoses, Psychiatric Comorbidity, and Assessments of Suicidal Behavior. *J. Trauma Stress*, 11(1), 103-112.

Psychotraumas et suicide

L'impact d'un « trauma psychique » est très important en termes de retentissement psychopathologique individuel, mais également à l'échelle de la société. En France, les prévalences croisées entre le risque suicidaire et les psychotraumatismes ont pu être étudiées en population générale à partir de l'échantillon de 36 000 sujets de l'enquête « Santé mentale en population générale » du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé¹. En prenant en compte le mois écoulé, 0,7 % de la population présentait les critères complets d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) et 4,6 % de la population française avait été exposée à un événement au cours duquel un être humain avait ou aurait pu périr, souffrait par moments de reviviscences de la scène traumatique et présentait au moins un élément de retentissement psychopathologique actuel (tels qu'un trouble du sommeil, des cauchemars, de l'évitement ou de l'hyperveil neurovégétatif). Parallèlement au psychotrauma, un risque suicidaire modéré à élevé concernait 4 % de l'échantillon global, chiffre par ailleurs très comparable aux données d'autres cohortes internationales. Ce risque suicidaire était quatre fois supérieur en cas de psychotrauma associé, ces derniers déclarant, par ailleurs, quinze fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé.

Les comportements suicidaires compliquent souvent l'évolution des PTSD

Cette notion de lien entre psychotraumatisme et comportement suicidaire semble partagée par tous, elle est retrouvée tant en population générale qu'en population exposée (par exemple, auprès des anciens combattants, des personnes accidentées ou des victimes civiles d'agression) : le rapport de risque est de 2,09 pour les décès par suicide, de 4,05 pour les tentatives de suicide et de 2,91 pour les idées suicidaires dans la méta-analyse de 2023². Chez les militaires engagés dans les conflits modernes depuis le Vietnam (tels que l'Irak ou l'Afghanistan), nous déplorons plus d'hommes décédés de suicide au retour des opérations que tués sur les lieux du combat³. À partir de la cohorte des 9 400 sujets du National anxiety disorders screening day, parmi les 2 600 sujets présentant au moins un symptôme traumatique depuis au moins un mois, les auteurs relèvent une relation linéaire entre le nombre de symptômes psychotraumatiques et la fréquence de l'idéation suicidaire. Nous avons nous-même étudié ce lien entre traumas et conduites suicidaires ultérieures chez des victimes d'accidents de la route suivies

pendant un an. En rapprochant l'existence d'idées suicidaires « modérées » à « importantes », avec les dimensions explorées à la Caps (Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 [Échelle d'évaluation du TSPT administrée par un clinicien pour le DSM-5]), nous notions un lien positif avec les dimensions suivantes : la souffrance psychologique lors de l'exposition à des déclencheurs, le sentiment de futur amputé, les difficultés à s'endormir ou à rester endormi, mais surtout l'irritabilité et l'accès de colère (cette dimension étant très dépendante du climat sérotoninergique chez le sujet).

Surtout, le psychotrauma retentit souvent profondément sur la quantité et la qualité du sommeil. Les personnes peuvent être confrontées à des cauchemars traumatiques bien sûr, mais nous décelons parfois une volonté du sujet d'éviter le sommeil et ainsi le rendez-vous avec les reviviscences traumatiques. Les prises d'alcool altèrent également la structure du sommeil. Cette dette quantitative et qualitative de sommeil est associée constamment à un risque suicidaire plus élevé. Nous pouvons dire cliniquement que le risque suicidaire est majeur après trois nuits sans réel sommeil.

Ce même risque apparaît tout aussi augmenté chez les sujets présentant une forme subsyndromique de TSPT⁴, au moins aussi fréquente que les tableaux cliniques complets. Randall D. Marshall montrait bien cet important fait clinique, précisant en plus que cette constatation persistait quand on prenait le soin d'ajuster les comparaisons sur le niveau de comorbidité dépressive⁵.

Les sujets souffrant d'un trouble anxieux présentent classiquement un risque suicidaire supérieur à la population générale. Contrastant avec la majorité des comportements suicidaires rencontrés chez les personnes anxieuses qui interviennent en cas d'épisode dépressif concomitant, il n'est pas nécessairement retrouvé dans le TSPT de comorbidité à l'origine des comportements suicidaires. Néanmoins, une comorbidité avec un épisode dépressif avéré ou une dysthymie (soit un trouble dépressif persistant) augmente clairement le risque⁶.

Les travaux de Marcello Ferrada-Noli à propos du suivi de réfugiés de différents pays, tous exposés à différents types de traumas, mettaient en évidence les rapports étroits existant entre le type de trauma subi et la méthode de suicide retenue, particulièrement probant chez les victimes de torture⁷. En effet, le risque suicidaire est toujours plus fréquent et plus marqué dans les traumas de type II (soit les traumas répétés), en comparaison avec les traumas de type I (soit la confrontation traumatique unique).

8 *Human design* signifie que le traumatisme comporte une intentionnalité portée par une main humaine; nous opposons ainsi agression et accident.

9 Safarpour, H., Sohrabizadeh, S., Malekyan, L., Safi-Keykaleh, M., Pirani, D., Daliri, S. et Bazyar, J. (2022). Suicide Death Rate after Disasters: A Meta-Analysis Study. *Archives of Suicide Research*, 26(1), 14-27.

10 Le mythe d'Ordaïie est comparable au jugement de Dieu : le sujet prend un risque important pour sa vie, s'il survit, alors il accède à un statut de reconnaissance sociale ou identitaire supérieur.

Les contextes de traumatismes répétés impliquent quasi systématiquement un être humain comme vecteur de la confrontation à la mort. En effet, il est convenu de distinguer « traumatismes post-agression » et « traumatismes post-accidents »; c'est une notion classique dans les pays anglo-saxons de mettre l'accent sur les situations où le trauma est porté par une intentionnalité humaine (le *human design*⁸), en observant deux fois plus de troubles psychotraumatiques dans ces contextes en comparaison des traumatismes accidentels. De plus, ces traumatismes répétés surviennent souvent plus tôt dans la vie et l'altération des références symboliques est beaucoup plus profonde (par exemple, au sujet des incestes, du rapport à l'autre sexe ou à la barbarie).

Cette augmentation des conduites suicidaires est également observée au décours des désastres naturels, en population générale exposée et plus particulièrement chez les hommes; l'augmentation n'était pas retrouvée chez les femmes dans une méta-analyse récente⁹.

Les psychotraumatismes et les conduites suicidaires sont parfois comorbides dans l'évolution d'une troisième dimension

Le cas le plus fréquent est celui des abus sexuels, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Un travail chez des victimes de viol confirme ces données en montrant cependant que l'augmentation des comportements suicidaires n'était retrouvée que chez les femmes présentant un TSPT ou un épisode dépressif comorbide. Chez la femme, les contextes de violences conjugales (d'ordre sexuel, physique ou psychologique) seraient à l'origine des deux types de trouble, psychotraumatique et suicidaire. À propos des effets d'un abus sexuel dans l'enfance sur différents types de devenir, les méta-analyses, en majorité américaines et chinoises, confirment très clairement le lien entre les abus sexuels dans l'enfance et une plus grande fréquence de TSPT, d'épisodes dépressifs ou de comportements suicidaires ultérieurs. Il faudrait 277 études négatives pour invalider ce lien qui ne semble pas affecté par le genre, le statut socio-économique, le type d'abus, l'âge de l'abus, la relation à l'agresseur ou le nombre d'abus. Les traumatismes ici en question, car ils sont souvent répétés ou altèrent profondément l'être au monde de ces patients, sont plus souvent à l'origine de psychotraumas dits « complexes », troubles qui associent au classique syndrome de répétition des troubles du contrôle des émotions et des impulsions, des troubles de l'image de soi et par voie de conséquence des difficultés de communications interpersonnelles. Les conduites suicidaires y sont plus fréquentes.

Les psychotraumatismes peuvent se soigner, qu'ils soient complexes ou non. Les approches psychothérapeutiques sont à privilégier, même si certains psychotropes sont souvent utiles. Parmi les psychothérapies, celles dites « centrées sur le trauma » sont des thérapies de réexposition du sujet à la confrontation traumatique. Ces temps de réexposition sont à préparer soigneusement; il faut travailler avec les patients à ce qu'ils soient aptes à gérer ces temps forts; particulièrement dans les cas de traumatismes

complexes où ces phases dites « de stabilisation » peuvent durer plusieurs mois, voire s'éterniser... Là en particulier, la présence d'idées suicidaires, ou un risque suicidaire même relatif, fait reculer le temps de cette phase de traitement d'exposition pourtant centrale vers le rétablissement. Un espoir réel est porté par les nouvelles pratiques de soins, intensives et intégrées, qui condensent sur une période de deux semaines les différentes phases de traitements psychothérapeutiques. Dans ces pratiques, la présence d'idées suicidaires (certes modérées) ne diffère pas la prise en charge.

La synthèse du clinicien

Le lien entre les psychotraumas et le suicide est bidirectionnel, peut-être parce qu'il renvoie dans les deux cas le sujet à la mort. Rencontrer un sujet souffrant de TSPT, c'est toujours évoquer l'existence ou non de pensées ou de menaces suicidaires. Rappelons deux points cliniques importants : 1) contrastant avec les troubles anxieux, le risque suicidaire n'est pas nécessairement lié ici à la comorbidité d'un épisode dépressif; et 2) le niveau de risque suicidaire est à prendre en considération de la même façon et avec la même rigueur pour les sujets présentant une forme incomplète de TSPT.

C'est très souvent également à l'occasion d'un geste suicidaire que le psychotraumatisme peut être mis au jour. Ce cas de figure est tellement fréquent, notamment dans une pratique clinique aux urgences, qu'il doit faire partie des attitudes systématiques d'investigation au réveil des suicidants; l'accès à des soins spécifiques via une tentative de suicide initiale est en effet un classique pour les psychotraumas. Cette étape marque alors la fin d'une certaine tolérance au non-dit dans l'entourage. Le geste suicidaire révélateur d'un trauma est surtout rencontré dans les situations de harcèlement ou de violences conjugales et sexuelles. Quand le non-dit et le non-dicible sont à l'extrême, c'est la mise en acte qui survient. Notons cliniquement la dimension souvent « ordalique¹⁰ » de ces gestes révélateurs : « Puisque je survis, j'ai la possibilité - le droit - d'en parler [du trauma]. » Une attention toute particulière doit être accordée dans deux circonstances : 1) les moments de révélations (par exemple, d'un abus sexuel dans l'enfance ou d'un viol quelques années plus tôt), un moment de remise en question de l'équilibre (même morbide) que le sujet avait trouvé autour du secret; et 2) les phases d'épuisement du sujet en proie aux reviviscences traumatiques, confinant leur existence à un cauchemar éveillé permanent : le manque de sommeil (les troubles de l'endormissement ou la peur de dormir), le cercle vicieux des évitements, le retentissement sur les investissements affectifs, sentimentaux, les hobbies ou le système de valeurs symboliques. Une caractéristique de la co-occurrence des deux troubles est l'aggravation du pronostic des deux dimensions : soit la résistance au traitement du TSPT et la fréquence des répétitions suicidaires de l'autre. Notons le fait clinique toujours grave que réalise le transfert de la fascination du trauma (auquel le sujet est en proie) à une fascination pour la mort, agie dans la répétition des gestes suicidaires; se suicider pour être enfin acteur dans cette confrontation à la mort... ▶