

Le suicide à l'hôpital psychiatrique

L'enfermement le prévient-il?

Georges Klein

Institutions psychiatriques du Valais Romand, Monthey, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Suicide in the psychiatric hospital

A patient's suicide during hospitalisation is the major accident in psychiatry. It is rare but not exceptional. The hospital psychiatrist is exposed to the accusation of not having done everything to protect his patient when a suicide has occurred. The difficulty of predicting a suicide in the short term, like the fact that the majority of suicides occur outside the hospital, is well known, and clinical experience frequently shows a clinical improvement in the days preceding the suicide. Hospitalisation in a closed unit is sometimes contemplated. However, no study has been able to establish that such a measure serves to reduce the suicide rate. Numerous authors attest, on the other hand, that the use of restraint and confinement increase distress, and consider that the use of closed units may be detrimental to the establishment and maintenance of the therapeutic relationship.

Key words: suicide; psychiatric hospital; open unit; therapeutic relationship

Introduction

Spectaculaire ou discret, le suicide a de tout temps engendré des considérations multiples et contradictoires. Geste héroïque lorsqu'il s'agissait d'un notable (Sénèque, Caton d'Utique) et ridiculisé lorsque les premiers chrétiens cherchaient le martyr dans les arènes de Rome, le suicide a ensuite été sévèrement condamné et considéré comme un péché et un homicide aggravé d'une atteinte contre l'Etat au Moyen Age. La famille du suicidé était poursuivie et le cadavre supplicié [1]. Cela n'a pas empêché le clergé, pourtant bien informé des conséquences d'un tel geste, d'être affecté par une «épidémie» de suicides à l'aube de la Renaissance florentine [2].

Phénomène sociologique pour Durkheim, manifestation pathologique pour Esquirol, Albert Camus considère le suicide comme «le seul problème philosophique vraiment sérieux» [3–5]. Pour leur part, l'OMS estime à plus de 800 000 le nombre annuel de décès par suicide dans le monde, l'Office Fédéral des Statistiques (OFS) en recense

plus de 1300 en Suisse en 2008 (2% de l'ensemble des décès) et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) considère la sous-estimation du nombre recensé de décès par suicide à 20% [6–8].

Malgré une diminution significative du nombre de suicides recensés depuis près de 30 ans, l'Allemagne et la Suisse en déplorent toujours deux fois plus que de décès occasionnés par les accidents de la circulation [9–11].

Face à la question de la mort intentionnelle, la médecine se trouve actuellement dans un champ de tension considérable. Lorsque ce n'est pas pour lui demander la prescription d'une potion mortelle, sujet que nous n'aborderons pas ici, le médecin et les services de santé publique sont à juste titre appelés à participer à des campagnes de prévention du suicide. En dernier recours, l'hôpital psychiatrique est sollicité lorsque la crainte d'un geste suicidaire imminent est importante parce que le souhait de mettre un terme à sa vie est alors considéré comme une manifestation d'un trouble psychique qui doit être soigné et le suicide y être empêché.

La présente revue est consacrée au sujet du décès par suicide survenant durant un séjour hospitalier. Les principales données épidémiologiques en sont synthétisées avant de discuter de l'enfermement comme mesure préventive. Du fait que la prescription des mesures thérapeutiques et de protection optimales dépend de l'évaluation du risque de suicide, nous en aborderons sa prédictibilité.

Epidémiologie du suicide à l'hôpital psychiatrique

Le suicide d'un patient est l'accident majeur en psychiatrie hospitalière. Il est sans cesse présent à l'esprit du psychiatre puisque 40% des personnes hospitalisées expriment leur intention de mettre fin à leurs jours au moment de l'admission ou sont hospitalisées dans les heures qui suivent une tentative de suicide [9, 12]. Durant le séjour hospitalier, de nombreux patients confient leur intention suicidaire ou en font la tentative sans en avoir jamais parlé auparavant.

Alors qu'un décès survenant à l'issue d'une maladie physique est généralement perçu comme inévitable, le suicide lors d'une hospitalisation est souvent considéré comme ayant pu ou dû être empêché. L'ambivalence des proches envers le psychiatre se transforme parfois en rancœur et expose le psychiatre au reproche de n'avoir pas tout tenté – par exemple en recourant à l'enfermement – pour l'éviter.

Tous les jours, le psychiatre rencontre des patients suicidaires pour lesquels il est amené à déterminer les mesures thérapeutiques et de protection optimales, ce qui exige

Correspondance:

Dr Georges Klein
Hôpital du Valais
Institutions psychiatriques du Valais Romand
Service de Psychiatrie et Psychothérapie Hospitalière Adulte
Hôpital de Malévoz
CH-1870 Monthey
Switzerland
georges.klein[at]hopitalvs.ch

d'apprécier les risques et les bénéfices de chaque décision à prendre. Il doit aussi considérer les attentes du patient et solliciter ses ressources pour favoriser son rétablissement tout en renonçant à des mesures humiliantes qui pourraient altérer le déroulement de la thérapie ou l'empêcher [13].

Lors du suicide d'un patient, les récriminations virulentes peuvent avoir des répercussions néfastes sur un dispositif de soins en déstabilisant les soignants qui privilégieront la prise en compte des risques et chercheront à «sécuriser» les soins. Il en résulte l'instauration de mesures de surveillance accrues et l'incitation à recourir à un enfermement, menaçant de rendre le patient méfiant et de le décourager à se confier [14–18]. Pourtant, le suicide d'un patient peut se produire même lorsque toutes les conditions de soins et de surveillance optimales sont réunies et survient inéluctablement dans tous les hôpitaux [9, 12, 13, 19–22].

Il est souvent considéré qu'un patient souffrant de troubles psychiques, a fortiori hospitalisé, ne saurait ce qu'il fait ou ignorerait les conséquences de ses actes. En effet, bien qu'une étude récente retrouve un diagnostic psychiatrique chez seulement 47% [23] des personnes suicidées, il est habituellement admis que 90% [6] en présentaient au moins un lors du suicide. Néanmoins, la présence d'un trouble psychiatrique chez un patient qui confie son intention de mettre un terme à son existence ou ayant déjà tenté de le faire, ne permet pas en soi d'affirmer qu'il ne dispose pas de sa capacité à se déterminer de manière autonome ni d'exclure son libre arbitre [24–26]. Partant de ce constat clinique et pour cette raison, le médecin doit toujours rechercher le consentement et l'adhésion du patient pour la thérapie et une mise à l'abri tout en considérant son souhait de mourir comme une manifestation d'un trouble psychique dont le soin ne peut comprendre de l'y accompagner [27–29]. Ainsi, M. Wolfersdorf souligne l'importance d'aborder avec le patient sa propre part de responsabilité, en particulier celle d'exprimer ses besoins pour la thérapie et la prévention du suicide, même si la perception qu'il a de son existence est altérée par un trouble psychique [12, 13, 19].

Il est habituellement admis que 4 à 5% de tous les suicides répertoriés surviennent lors d'un séjour dans un hôpital psychiatrique [15, 21, 22, 30–32]. Une étude mentionne la proportion de 8% [33]. Le taux de suicides répertorié durant un séjour hospitalier, mesuré en nombre de suicides par nombre d'admissions, est compris entre 1 à 4 suicides pour 1000 admissions [19, 21, 22, 30, 32, 34–36].

En Suisse, le taux de suicide survenant lors d'un séjour hospitalier en psychiatrie est de 2 suicides pour 1000 admissions [10].

Au delà des multiples pratiques institutionnelles et conceptions de soins, différentes méthodes de décompte expliquent les écarts. Ainsi, certaines études ne comptabilisent pas tous les suicides et mesurent des taux particulièrement faibles. Par exemple une étude [37] ne considère que les suicides survenus dans les murs de l'hôpital, sans prendre en compte ceux ayant eu lieu lors d'un congé ou d'une fugue (0,8/1000). Une autre [38] n'en comptabilise que 0,97/1000 admissions dans une étude portant sur une population hétérogène de patients hospitalisés et suivis en clinique de jour. Une autre ne compte pas les patients décédés à l'hôpi-

tal général à la suite d'une tentative de suicide à l'hôpital psychiatrique ni les suicides lors d'une fugue [39] et obtient un taux de 1,4/1000. Parfois seuls les suicides de patients atteints d'une schizophrénie [40] ou ceux répertoriés par la justice [41, 42] sont dénombrés, alors qu'un nombre difficile à chiffrer de suicides survenus pendant un séjour à l'hôpital ne lui est pas connu.

J.-L. Terra fournit l'estimation de 0,5 à 1 suicide pour 1000 admissions mais précise que la France ne dispose pas de données fiables sur le nombre de suicide durant un séjour psychiatrique et souligne que ce taux est une estimation minimale [43].

Témoins du fait que le suicide est un souci récurrent de la psychiatrie hospitalière, les premières mesures de son occurrence remontent à la fin du XIX^{ème} siècle. Dès cette époque, des données sont publiées en Allemagne et attestent de taux de suicides très variables, mais élevées en comparaison des données actuelles, allant de 2,4 à 6,9 suicides pour 1000 admissions [44, 45]. Ces valeurs élevées doivent être considérées avec prudence et tenir compte non seulement du fait que les pratiques médicales de l'époque ne correspondent plus à celles d'aujourd'hui mais aussi être mises en lien avec le nombre élevé de suicides dans la population allemande à cette époque [46].

Au vingtième siècle, l'évolution du taux de suicide dans les hôpitaux psychiatriques allemands semble suivre celui de l'ensemble des suicides recensés. Ainsi, durant les années 1960–80, le taux de suicide hospitalier a augmenté pour atteindre un pic au début des années 1980 avec 2,4/1000 admissions. Durant les mêmes années, le taux annuel de suicides suivait la même évolution pour atteindre 25/100 000 habitants. Par la suite, dès le début des années 2000, le taux de suicide hospitalier a diminué pour atteindre 1,4/1000 admissions [9, 47, 48] comme le taux de suicide annuel est descendu à 14/100 000 habitants [46] et ce dans un rapport identique aux données suisses: 2/1000 admissions et 19/100 000 habitants annuellement [7, 10]. Le fait que les fluctuations du taux de suicide hospitalier suivent les variations de l'incidence de l'ensemble des suicides recensés corrobore le constat que les caractéristiques sociodémographiques des suicidés durant un séjour hospitalier sont proches de celles de la population générale [49].

Compte tenu du fait que les patients hospitalisés sont particulièrement à haut risque, l'occurrence d'un suicide à l'hôpital psychiatrique est donc faible [30, 32, 36, 50, 51]. Aucune donnée précise de ce risque accru n'est disponible. Par contre plusieurs auteurs en fournissent des estimations qui vont de 5 [31], 10 à 20 [36, 52] et jusqu'à 50 fois [51] plus de risques de suicide parmi les patients hospitalisés en psychiatrie par rapport à la population générale.

Certains moments de l'hospitalisation sont particulièrement à risque. Ainsi, la majorité des suicides surviennent durant la première semaine d'hospitalisation et pendant la phase de préparation à la sortie [21, 22, 31, 53–56]. Bien que ne faisant pas partie des suicides comptabilisés durant un séjour hospitalier, plusieurs auteurs soulignent le risque particulièrement élevé de suicide dans les quatre semaines après la sortie de l'hôpital, notamment lorsque le suivi ambulatoire après l'hospitalisation n'est pas organisé [31, 55, 57, 58].

Pour tous les auteurs et à la lecture de toutes les études consultées, il apparaît que la majorité – 50% à 80% – des suicides survenant durant un séjour hospitalier ont lieu en dehors de l'hôpital [21, 22, 31, 34, 36, 59–63]. Une seule étude en mesure une proportion inférieure (48%) [64].

Ainsi, la plupart des études et des auteurs estiment que 30% environ des suicides surviennent à l'occasion d'une fugue [21, 22, 31, 59, 60] et que 40% environ ont lieu à l'occasion d'un congé autorisé [21, 22, 59–61]. Une étude en mesure même 80% à l'occasion d'un congé autorisé [34]. Dans le tiers restant des cas, le patient déjoue la surveillance de l'équipe soignante et se donne la mort dans l'unité hospitalière ou sur le site hospitalier. Dans deux publications, un auteur ne mesure que 24% de tous les suicides hospitaliers dans l'unité [45, 62].

Par ailleurs, dans une proportion allant de 34% à 45%, le risque de suicide était évalué comme faible ou nul [21, 30, 32, 61, 63, 65] dans les jours ou les heures précédant le passage à l'acte. D'autres auteurs indiquent que dans la moitié des cas, une amélioration clinique significative était constatée avant le suicide [21, 59, 63, 65–69]. De plus, dans plus de la moitié des cas, jusqu'à 77% [30], les intentions de suicide étaient déniées avant le passage à l'acte [13, 19, 21, 30, 39, 61, 66].

L'ensemble de ces données met en lumière deux thèmes récurrents en psychiatrie. Le premier concerne la prédictibilité du suicide à court terme puisque 40% des suicides surviennent lors d'un congé autorisé et la moitié lors d'une amélioration clinique. Le second est celui de l'enfermement puisque 30% des suicides surviennent lors de fugues.

La prédictibilité du suicide

Il est largement reconnu que la capacité du psychiatre d'identifier le patient qui va mettre fin à ses jours est faible [13, 50, 51, 70].

Dans l'espoir de pouvoir aider le clinicien à mieux reconnaître les patients risquant le plus de mettre fin à leurs jours, de multiples recherches ont permis d'identifier de nombreux facteurs de risque prédisposant au suicide. La présence d'une maladie psychiatrique durable (en particulier les schizophrénies et les troubles de l'humeur), le sexe masculin, l'âge supérieur à 45 ans, le nombre élevé et la longueur des séjours hospitaliers précédents, la présence de tentatives de suicide avant ou pendant le séjour hospitalier, la dépendance à l'alcool, l'existence d'un plan pour mettre fin à ses jours, la rédaction d'une lettre d'adieu, compter dans sa famille du premier degré un suicide, souffrir d'effets secondaires de médicaments sont classiquement retenus. La solitude, le veuvage, les séparations, les conflits avec l'entourage familial et l'absence ou la perte d'activité professionnelle sont aussi régulièrement cités [13, 21, 22, 32, 39, 50, 51, 70].

Bien que les facteurs de risques sont nombreux et très fréquemment rencontrés dans l'activité clinique, toutes les études ayant permis d'identifier les facteurs de risques sont rétrospectives et s'étendent sur plusieurs années [30, 50, 51]. Il n'est en effet pas envisageable de mener une recherche avec un groupe de patients témoins considérés à

haut risque car il est impossible de ne rien entreprendre pour un patient en danger nécessitant protection et soins urgents.

Ils sont donc à considérer avec circonspection car s'ils permettent de constituer des groupes de patients dont la probabilité de suicide sur le long terme est accrue [36, 50, 51], ils ne servent que très aléatoirement à prédire un passage à l'acte à court terme (heures, jours ou semaines). Leur utilité dans la clinique quotidienne est très limitée pour aider le médecin à prendre une décision médicalement justifiée, pratiquement réalisable et suffisamment pourvoyeuse de confiance pour maintenir l'alliance avec le patient permettant de fonder une approche thérapeutique et prendre des mesures de protection adéquates [36, 39, 50, 51, 69, 71].

Ainsi, de nombreuses publications concluent que la capacité prédictive d'un suicide basée sur l'identification de facteurs de risque chez un patient donné est mauvaise car la spécificité et la sensibilité des facteurs de risque sont faibles. Même lorsqu'un patient en cumule plusieurs, ce qui est fréquent dans la population de patients hospitalisés, la rareté du suicide engendre une valeur prédictive faible et par conséquent un nombre trop élevé de faux positifs et de faux négatifs [21, 22, 36, 39, 50, 51, 55, 71–73]. Sur l'ensemble des publications consultées, une seule – déjà contestée – affirme pouvoir améliorer la prédictibilité du suicide à court terme grâce à la prise en compte plus importante des symptômes anxieux [74, 75]. Une autre étude menée avec le concours de psychiatres expérimentés évaluant des dossiers randomisés et conduite sur la base des facteurs de risques connus, arrive à la conclusion que la prédictibilité est de 50%, soit égale au hasard [76].

L'évaluation du risque de passage à l'acte est par ailleurs rendue difficile dans la pratique clinique quotidienne par deux constats. Tout d'abord, les intentions suicidaires sont très souvent fluctuantes et ne durent souvent que quelques heures ou jours, un patient renonçant rapidement à un projet suicidaire. Deuxièmement, la grande majorité des patients qui confient vouloir mettre fin à leurs jours ne se suicident pas dans les mois qui suivent et ce dans une proportion estimée à 20/1 [50, 64, 77].

Se basant sur une conférence de consensus de 2000, Jausserant et Perroud affirment qu'aucune méthode d'évaluation utilisée à ce jour pour identifier le patient qui va se suicider n'a donné de résultats probants, raison pour laquelle ils concluent qu'il «existe un consensus sur l'absence de prédiction possible» [78].

Les motivations menant au suicide sont multiples et rendent le phénomène complexe. Aussi, il n'a jamais pu être démontré que l'usage systématique d'échelles de mesure, basées sur des facteurs de risque connus pour augmenter le risque de mort par suicide sur le long terme, permette de diminuer le nombre de suicides [13–15, 22, 30, 32].

L'enfermement pour prévenir le suicide

Le fait que le tiers des suicides hospitaliers surviennent à l'occasion d'une fugue pose la question de l'enfermement dans une chambre ou au sein d'une unité fermée.

Sur l'ensemble de la littérature consultée, seuls deux auteurs préconisent le recours à l'hospitalisation dans une

unité fermée pour prévenir un suicide [61, 66]. Cependant, aucun des deux ne fournit de données ou d'arguments permettant d'en démontrer l'efficacité ni n'en discute les conséquences sur la thérapie. Les critères d'évaluation clinique justifiant l'introduction, la durée et la levée de l'enfermement ne sont pas davantage décrits, ce qui est gênant puisque la majorité des suicides surviennent lors d'un congé ayant fait l'objet d'une évaluation le permettant [79] et que la moitié se produit à un moment où une amélioration clinique est constatée. Toutes les autres publications consultées ne le préconisent pas ou le déconseillent [13, 16, 22, 33, 77, 80–86].

Ainsi, plusieurs auteurs affirment [13, 16, 77, 80, 82], des études comparatives constatent [33, 81, 83, 84] et des revues de la littérature concluent [22, 85, 86] que le taux de suicide au sein d'unités psychiatriques ouvertes n'est pas significativement différent de celui des unités fermées. Pour L. Bowers, la fermeture des portes de l'unité n'a pour conséquence que le lieu de survenue du suicide mais pas sa probabilité [86]. Plusieurs auteurs estiment aussi que l'application de mesures de contrainte ou l'enfermement sont dangereuses et peuvent précipiter un suicide [13, 16, 77].

Une prise de position de la société allemande de psychiatrie et psychothérapie (DGPPN) soulignait déjà en 1980 l'inefficacité des mesures de contrainte pour prévenir le suicide et les nombreux désavantages du recours à l'enfermement ou à la contrainte pour les soins et le patient [12, 13].

Pour H. Pohlmeier [80], H. J. Bochnik et C. Gärtner-Huth [16], il n'est actuellement plus défendable de reprocher une imprudence ou un manquement au devoir d'assistance lors du renoncement à l'enfermement pour empêcher un suicide et le considèrent comme une mesure inhumaine et inappropriée au soin. Le recours à l'enfermement est même considéré comme une faute de l'art car son application isole le patient et risque d'accroître son sentiment d'indignité et d'échec. Il exacerbe les souffrances et la détresse du patient suicidaire acculé dans une voie rendue sans issue par la méfiance ainsi générée qui le découragera ultérieurement à se confier. La relation de confiance en est altérée par l'impossibilité de rendre compatible le rôle de soignant avec celui de geôlier, éloignant d'autant l'issue favorable à la thérapie [13, 16, 77, 80, 87].

M. Wolfersdorf cite deux responsables d'hôpitaux psychiatriques berlinois de la fin du XIX^{ème} qui faisaient la même observation et relevaient un taux de suicide moindre lorsque les patients étaient soignés au sein d'établissements ouverts [12, 13, 19, 44].

Néanmoins, la crainte que des unités ouvertes occasionnent davantage de suicides parce que les fugues en seraient plus aisées est tenace et le fait qu'elles n'engendrent pas davantage de suicide que les unités fermées est parfois contesté. Par exemple, lorsque le taux de suicide dans les hôpitaux psychiatriques allemands augmentait dans les années 1960–80, le développement d'unités de psychiatrie ouvertes alors en cours en fut rendu responsable. Pourtant, la courbe du taux de suicide de l'ensemble de la population suivait la même évolution [9, 46–48] et il a pu être démontré que l'augmentation du taux de suicide hospitalier durant cette période ne pouvait être imputée à la seule ouverture des portes des unités hospitalières [13, 77, 88].

Bien qu'une étude récente mesure significativement plus de fugues lorsque l'unité est fermée [81, 84], il est habituellement estimé qu'elles en comptent moins [86, 89, 90]. Cependant, plusieurs auteurs [13, 16, 77, 80] constatent que les unités fermées produisent non seulement beaucoup d'inconfort pour les patients et le personnel soignant mais génèrent une violence accrue des patients contre eux-mêmes et autrui [86, 89], notamment lors de tentatives de fugues [86, 90]. Des études comparatives entre des unités ouvertes et fermées [22, 81, 84–86], de même que des enquêtes de satisfaction [91–93] menées auprès de patients et de professionnels confirment que l'hospitalisation dans une unité fermée nuit à la relation thérapeutique et réduit d'autant les chances de succès de la thérapie.

Le risque de déplorer un suicide durant un séjour hospitalier dans une unité ouverte à l'occasion de fugues, lesquelles ne sont dans l'immense majorité pas motivées par des intentions de suicide mais par des besoins triviaux [94, 95], serait contrebalancé par celui de mettre en péril la thérapie en raison des inconvénients et de la violence engendrée par un séjour dans une unité fermée. De plus, une unité fermée ne peut totalement empêcher les fugues et rien ne permet de garantir que le patient ne se donnera la mort dans l'unité ou à l'occasion d'un congé autorisé.

Plusieurs auteurs estiment qu'il est le plus souvent préjudiciable de toujours supposer le risque le plus élevé et qu'une thérapie adéquate ne peut totalement exclure le suicide. Plus la probabilité d'effets néfastes par des mesures de contrainte ou d'enfermement est grande, plus il faut y renoncer [96] car elles ne doivent en aucun cas compromettre la relation de confiance essentielle à toute thérapie ni rendre cette dernière plus risquée ou impossible [85, 97–100].

Plusieurs auteurs considèrent que la présence et la surveillance constante d'un soignant reste la meilleure mesure préventive chez un patient en crise suicidaire, même si elle ne saurait absolument éviter un suicide [14, 15, 21, 22, 30] ni n'est dénuée de danger pour le patient comme pour le soignant [15, 22].

Conclusions

La littérature dédiée au thème du suicide est abondante, mais le suicide d'un patient à l'hôpital psychiatrique est un sujet rarement abordé par le psychiatre alors que sa survenue est quotidiennement crainte et présente à son esprit.

Le suicide est un événement complexe qui résulte de circonstances existentielles multiples que la psychopathologie ne saurait circonscrire, et un choix intime d'une personne dont le libre arbitre ne peut être complètement exclu en vertu de l'existence d'un trouble psychique.

Le point de vue selon lequel un suicide ne peut jamais être absolument empêché même lorsque toutes les conditions optimales de soins sont offertes et que tous les moyens de surveillance humainement réalisables et médicalement justifiés sont mis en œuvre est largement admis [9, 13, 16, 19, 21, 30, 39, 80]. Que le suicide puisse dans certains cas être considéré comme l'aboutissement possible d'une mala-

die psychiatrie est discuté mais défendu par plusieurs auteurs [12, 20].

Bien que les patients hospitalisés présentent très souvent de nombreux facteurs de risques, seuls 5% de l'ensemble des suicides répertoriés se produisent lors d'un séjour hospitalier et 1 à 4 décès par suicide sont à déplorer toutes les 1000 admissions. M. Wolfersdorf en déduit que l'hospitalisation en est un moyen efficace de prévention [9, 12].

L'évaluation du risque de passage à l'acte doit s'inscrire dans le cadre d'une relation thérapeutique ouverte et sincère [12, 13] et reste tributaire de l'appréciation subjective du clinicien [101]. Les décisions qui en découlent exigent de tolérer une marge de manœuvre pour le patient et le médecin quant aux mesures thérapeutiques et de protection optimales à prendre.

Tout comme le suicide n'est pas une maladie mais un comportement prenant ses racines dans les nombreux aléas de la vie, élaborer puis nourrir l'intention d'y mettre un terme résulte de la conjonction de nombreux facteurs et circonstances existentielles. Si les facteurs de risques connus sont peu utiles pour prédire à court terme un passage à l'acte, bon nombre d'entre eux offrent des moyens d'interventions thérapeutiques permettant un soulagement et l'élaboration de perspectives autre que la mort pour réduire la détresse. Leur prise en compte avec le patient pour déterminer la nature des interventions thérapeutiques et sociales à envisager constitue une mesure préventive.

Si l'unité fermée rend les absences imprévues plus difficilement réalisables, elle oblige cependant le patient qui cherche à en fuir à prendre des risques non négligeables pour lui-même et pour les soignants. Elle ne saurait totalement empêcher un suicide et ne constitue pas en soi un moyen de prévention efficace du suicide [12, 13, 22, 81, 84, 86].

Hormis les situations cliniques suraiguës et de péril en la demeure, par exemple lorsqu'un patient sur le point de se jeter d'une fenêtre doit être retenu ou lors d'une agitation avec menaces de se tuer immédiatement, qui peuvent légitimement exiger l'administration contrainte d'une médication sédatrice en urgence [102], les mesures de contraintes (fixation ou enfermement) ne sont plus considérées appropriées pour prévenir le suicide. Elles peuvent compromettre la thérapie par les effets néfastes sur la relation thérapeutique, risquent de rendre le suicide encore plus probable et n'ont pas démontré qu'elles en diminuaient le taux [12, 13, 16, 77, 80, 96, 103].

Le fait que des unités de psychiatrie ouvertes ne déplorent pas davantage de suicides que des unités fermées ne constitue en rien un plaidoyer en faveur d'une liberté aveugle accordée au patient en vertu du respect de son autodétermination. Les unités ouvertes imposent au personnel soignant de porter une attention toute particulière à l'évaluation clinique minutieuse et réitérée de la psychopathologie, des intentions suicidaires et des conditions existentielles du patient. Si aucune échelle de mesure du risque de suicide n'a à ce jour démontré que son usage permettrait de diminuer le nombre de suicide, le fait d'aborder ouvertement le sujet du suicide offre au patient la possibilité de confier ses intentions et constitue un moyen efficace de prévenir un passage à l'acte, du moins chez le patient qui n'en a pas pris irrévocablement la décision et qui la dissimule.

Lorsque le risque de suicide est perçu et considéré comme imminent, la meilleure mesure préventive d'urgence reste la surveillance bienveillante et constante par un soignant et ne peut être correctement appliquée si elle n'est pas comprise dans une relation thérapeutique, même naissante.

Le médecin doit composer avec l'incertitude de son évaluation et les aléas de ses décisions. D'autant plus au sujet du suicide car le patient y contribue largement et de manière déterminante puisque l'évaluation et les décisions engagent sa volonté et ses motivations intimes. Communiquer au patient et à ses proches les limites de ses moyens est le plus souvent vécu comme un soulagement, le médecin n'étant alors plus perçu comme tout-puissant envers le patient qui se voit restituer une part de maîtrise sur son existence.

Le pouvoir du médecin pour prévenir et éviter un suicide est faible. L'enfermement ne fournit qu'une illusion éphémère de sécurité qui confine le patient dans un isolement qui accroît sa détresse et l'éloigne de toute relation humaine. Sans pouvoir jamais prévenir tout suicide d'une personne qui l'a décidé, la disponibilité du médecin et de l'équipe de soin travaillant à l'établissement et au maintien d'une relation thérapeutique rend possible la conduite d'une thérapie qui respecte la dignité du patient.

Références

- 1 Minois G. Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire. Librairie Arthème: Fayard; 1995.
- 2 Minois G. Tristitia et desperatio, facteurs de suicide dans le clergé. In: Histoire du mal de vivre, de la mélancolie à la dépression. Editions de La Martinière; 2003.
- 3 Durkheim E. Le Suicide. Étude de sociologie (1897). Payot, coll. «Petite Bibliothèque Payot». Paris. 2009.
- 4 Esquirol J-E D. Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal. 1838.
- 5 Camus A. L'absurde et le suicide. In: Le mythe de Sisyphe. Gallimard; 1942.
- 6 OMS. La violence dirigée contre soi-même. In: Rapport mondial sur la violence et la santé. 2002. Chap 7 Disponible sur http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world.../full_fr.pdf. Dernière visite août 2011.
- 7 Office Fédéral de la Statistique. Mortalité, causes de décès – Données, indicateurs. Disponible sur <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html>. Dernière visite août 2011.
- 8 Inserm. Mortalité par suicide en France. In: Suicide, autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Expertise collective. Les éditions Inserm. Paris. 2004.
- 9 Wolfersdorf M, Franke C. Suizidalität – Suizid und Suizidprävention. *Forsch Neurol Psychiatr.* 2006;74:400–19.
- 10 Office Fédéral de la Santé Publique. Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport Widmer. 2005 Disponible sur <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?...fr>. Dernière visite août 2011.
- 11 Wolfersdorf M. Vortrag am Jahrestagung. Angehörige um Suizid. Jahrestagung 19.10.2008. Vortragsmitschrift Prof. M Wolfersdorf. 2008.
- 12 Wolfersdorf M, Etzersdorfer E. Suizid und Suizidprävention in psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken. In: Suizid und Suizidprävention. W. Kohlhammer GmbH Stuttgart; 2011.
- 13 Wolfersdorf M. Suizidalität im psychiatrischen Krankenhaus. In: Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart; 2000.
- 14 Pridmore S, Ahmadi J, Evenhuis M. Suicide for scrutinizers. *Australian Psychiatry.* 2006;14(4): 359–63.
- 15 Cheung P. Suicide precautions for psychiatric inpatients: A review. *Aust N Z J Psychiatry.* 1992;26:592–8.
- 16 Bochnik H J, Gärtner-Huth C. Rechtliche Aspekte zum Suizid während ärztlicher Behandlung: Problemstellung aus psychiatrischer Sicht. In: Kliniksuizid: Forschungsmethoden und rechtliche Aspekte. Günther Ritzel. Regensburg: Roderer; 1989.
- 17 Cotton P G, Drake R E, Whitaker A, Potter J. Dealing With Suicide on a Psychiatric Inpatient Unit. *Hospital and Community Psychiatry.* 1983;34(1):55–9.

- 18 Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby RM, Dickens S, Sousa G. Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. *Academic Psychiatry*. 2004;28:104–10.
- 19 Wolfersdorf M. Suizidalität im psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenheilkunde*. 1996;15:507–14.
- 20 Harris E C, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205–28.
- 21 Combs H, Romm S. Psychiatric Inpatient Suicide: A Literature Review. *Clinical Focus, Primary Psychiatry*. 2007;14(12):67–74.
- 22 Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside. A systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(5):315–28.
- 23 Ilgen MA, Bohnert AS, Ignacio RV, McCarthy JF, Valenstein MM, Kim HM. Psychiatric Diagnoses and risk of suicide in veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(11):1152–8.
- 24 Wedler H. Ethische Aspekte der Suizidprävention. Selbstbestimmungsfähigkeit. In: Suizidalität. Verstehen-Vorbeugen-Behandeln. Herausgegeben von Manfred Wolfersdorf, Thomas Bronisch und Hans Wedler. Roderer Verlag. 2008.
- 25 Küchenhoff B. Suizidalität und freier Wille. In: Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserungen der Suizidalität. Schlimme JE (Hg.) Vandenhoeck&Ruprecht. 2007.
- 26 Schramme T. Rationaler Suizid. In: Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserungen der Suizidalität. Schlimme J E (Hg.) Vandenhoeck&Ruprecht. 2007.
- 27 Ebner G, Haas K. Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken. *Suizidprophylaxe*. 2006;33(1):8–11.
- 28 Ebner G. Assistierter Suizid bei psychisch Kranken- eine Gratwanderung? *Suizidprophylaxe*. 2006;33(2):84–7.
- 29 Pohlmeier H. Wann wird Selbstmordverhütung notwendig? In: Selbstmordverhütung. Anmassung oder Verpflichtung. Hermann Pohlmeier (Hrsg.) Keil Verlag. Bonn. 1978.
- 30 Busch KA, Fawcett J, Jacobs D. Clinical Correlates of Inpatient Suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:14–9.
- 31 Blain PA, Donaldson LJ. The reporting of in-patient suicides: indentifying the problem. *Public Health*. 1995;109:293–301.
- 32 Steblaj A, Tavcar M, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:383–8.
- 33 Wolfersdorf M, Klinskisch M, Franke C, Keller F, Wurst FM, Dobmeier M. Patientensuizid-Eine Kontrollgruppenvergleich Suiziden Versus nach Behandlungszeitraum parallelierte Patienten eines psychiatrischen Fachkrankenhauses. *Psychiatrische Praxis*. 2003;30:14–20.
- 34 Dong J, Ho TP, Kan CK. A case-control study of 92 cases in-patient suicides. *J Affect Dis*. 2005;87:91–9.
- 35 Taiminen TJ, Strandberg J, Kujari HJ. Inpatient suicide on a general hospital psychiatric ward. *Arch Suicide Res*. 1996;2:119–24.
- 36 Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spiessl H. Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data? *General Hospital Psychiatry*. 2008;30:324–30.
- 37 Spiessl H, Hübner-Liebermann B, Cording C. Suicidal behaviour of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:134–8.
- 38 Matakas F, Rohrbach. Suicide Prevention in the Psychiatric Hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(5):507–17.
- 39 Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients. *Br J Psychiatry*. 2000;176:266–72.
- 40 Jie Li. Inpatient Suicide in a Chinese Psychiatric Hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(4):449–55.
- 41 Roy A, Draper R. Suicide among psychiatric hospital in-patients. *Psychological Medicine*. 1995;25:199–202.
- 42 Read D A, Thomas C S, Mellors G W. Suicide among psychiatric in-patients in the Wellington region. *Aust N Z J Psychiatry*. 1993;27:392–8.
- 43 Inserm. Application de l'autopsie psychologique aux suicides au cours d'hospitalisations. In: Autopsie psychologique, mise en œuvre et démarches associées. Les éditions Inserm. Paris. 2008.
- 44 Wolfersdorf M, Keller F, Schmidt-Michel P O, Weiskittel C, Vogel R, Hole G. Are hospital suicides on the increase? A survey of reports on hospital suicides in the psychiatric literature of the 19th and the 20th century. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1988;23:207–16.
- 45 Wolfersdorf M, Keller F, Kaschka W. Suicide of psychiatric inpatients 1970-1993 in Baden-Württemberg (Germany). *Arch Suicide Res*. 1997;3:303–11.
- 46 Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. In Zusammenarbeit mit dem European Network on Suicide Research and Prevention der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Stand: Januar 2009. Disponible sur <http://www.suizidpraevention-deutschland.de>. Dernière viste août 2011.
- 47 Wolfersdorf M, Keller F, Vogl R, Vogel R, Adler L. Suizidmortalität während stationärer Behandlung im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie 1970–2003. *Psychiatr Prax*. 2007;34(1):5160–2.
- 48 Wolfersdorf M. Kliniksuizid/Patientensuizid – Rückblick und Ergebnisse aus 30 Jahren Patientensuizidforschung im psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie*. 2005;16:8–16.
- 49 Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé: données épidémiologiques et prévention. *L'Encéphale*. 2010;36(2):83–91.
- 50 Pokorny A D. Prediction of suicide in psychiatric patient. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:249–57.
- 51 Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*. 1987;150:145–53.
- 52 Finzen A. Suizid während psychiatrischen Behandlung – Eine Herausforderung an die Forschung. In: Kliniksuizid: Forschungsmethoden und rechtliche Aspekte. Günter Ritzel. Regensburg: Roderer. 1989.
- 53 Lloyd G G. Suicide in hospital: guidelines for prevention. *J Royal Soc Med*. 1995;88:344–6.
- 54 Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalisation. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:427–32.
- 55 King E A, Baldwin D S, Sinclair JMA, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C. The Wessex Recent in-Patient Suicide Study, 1 & 2. *Br J Psychiatry*. 2001;176:531–6 et 537–42.
- 56 Hunt I, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Turnbull P, Shaw J, Appleby L. Suicide in current psychiatric in-patient: a case-control study. *Psychological medicine*. 2007;37:831–7.
- 57 Gunnell D, Hawton K, Davidson H, Evans J, O'Connor S, Potokar J, Donovan J. Hospital admission for self harm after discharge from inpatient care: cohort study. *Br J Psychiatry*. 2008;337:a2278.
- 58 Hunt I, Kapur N, Robinson J, Shaw J, Flynn S, Bailey H, et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. *Br J Psychiatry*. 2006;188:135–42.
- 59 Ajit Shah, Thirunavakarasu Ganesvaran. Inpatient suicides in an Australian mental hospital. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31:291–8.
- 60 Ajit Shah, Thirunavakarasu Ganesvaran. Completed suicide among psychiatric in-patient with depression in an Australian mental hospital. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2000;9(1):25–31.
- 61 Deisenhammer E A, DeCol C, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. In-patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:290–4.
- 62 Wolfersdorf M, Brünger H, Freeman G, Geldmacher C, Giese T, Heydt G. Suizid in psychiatrischen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde*. 1992;11:28–31.
- 63 Seng Eng Goh, Salmons PH, Whittington RM. Hospital Suicides: Are There Preventable Factors? Profile of the Psychiatric Hospital Suicide. *Br J Psychiatry*. 1989;154:247–9.
- 64 Proulx F, Lesage AD, Grunberg F. One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry*. 1997;171:247–50.
- 65 Appleby L. Suicide in psychiatric patients : Risk and prevention. *Br J Psychiatry*. 1992;161:749–58.
- 66 Nedopil N. Begutachtung bei speziellen Syndromen. In: Forensische Psychiatrie 2007. Georg Thieme verlag.
- 67 Heinrich K, Klimke A. Selbsttötungen von psychiatrischen Klinikpatienten. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother*. 1990;38(2):99–108.
- 68 Morgan H G, Priest P. Suicide and other unexpected deaths among psychiatric In-patients. *Br J Psychiatry*. 1991;158:368–74.
- 69 Cassells C, Paterson B, Dowling D, Morrison R. Long-and short-time risk factors in the prediction of inpatient suicide: A review of the literature. *Crisis*. 2005;26(2):53–63.
- 70 Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H. Suizidalität. Verstehen-Verbeugen-Behandeln. Herausgegeben von Manfred Wolfersdorf, Thomas Bronisch und Hans Wedler. 2008. Roderer Verlag.
- 71 Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:418–22.
- 72 Pokorny A D. Suicide prediction revisited. Suicide and life-threatening behavior. 1993;23(1):1–10.
- 73 Caine ED. Preventing suicide is hard to do! *Psychiatric services*. 2010;61(12):1171.
- 74 Large MM. No evidence for improvement in the accuracy of suicide risk assessment. Letter to the editor. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198:604.
- 75 Hendlin H, Al Jurdi RK, Houck PR, Hughes S, Turner B. Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198:220–5.
- 76 Fahy TJ, Mannion L, Leonard M, Prescott P. Can Suicides be Identified from Case Records? A Case Control Study using Blind Rating. *Arch Suicide Res*. 2004;8:263–9.
- 77 Venzlaff U. Die psychiatrische Begutachtung von Suizidhandlung; Hintergründe beim Zustandekommen von Gerichtsverfahren. In: Suizid zwischen Medizin und Recht. Herausgegeben von H. Pohlmeier, H Schöch, U Venzlaff. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart-Jena-New York. 1996.
- 78 Jausseut I, Perroud N. Evaluation du risque suicidaire dans la pratique. In: Suicides et tentatives de suicide. Sous la direction de Philippe Courtet. Médecine-Sciences Flammarion. Editions Lavoisier. Paris. 2010.
- 79 Collin G. Suicides des patients hospitalisés. In: Suicides et tentatives de suicide. Sous la direction de Philippe Courtet. Médecine-Sciences Flammarion. Editions Lavoisier. Paris. 2010.
- 80 Pohlmeier H. Psychiatrische Begutachtung von Selbstmordhandlungen. In: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Herausgegeben von Ulrich Venzlaff und Klaus Foester. 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart, Jena, New-York. 1994.
- 81 Voulgaris A E G. Evaluation der Stationführung einer psychiatrischen Akutstation: Unterschiede zwischen der geschlossenen Akutsation und der «Offenen-Tür-Politik». Dissertation. Medizinische Fakultät Charité. Universitätsmedizin Berlin. Sept 2010. Disponible sur <http://www.diss.fu-berlin.de>. Dernière visite août 2011.

- 82 Heinrich K, Klimke A. Selbsttötungen von psychiatrischen Klinikpatienten. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother.* 1990;38:99–108.
- 83 Fujimori H, Sakaguchi M. Der Suizid schizophrener Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. *Fortschr. Neurol Psychiat.* 1986;54:1–14.
- 84 Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudolwski Y, Ricken R, Munk I. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatry.* 2010;24(4):199–204.
- 85 Van der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry. A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16:293–9.
- 86 Bowers L, Allan T, Haglund K, Mir-Cochrane E, Nijman H, Simpson A. The city 128 extension : locked doors in acute psychiatry, outcome and acceptability. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO). May 2008. Queen's Printer and Controller of HMSO 2008. Disponible sur http://www.iop.kcl.ac.uk/iopweb/blob/downloads/locator/L_436_Lockedfinal.pdf. Dernière visite août 2011.
- 87 Modestin J, Lerch M. Offene Tür auf einer psychiatrischen Aufnahme-station. *Psychiatr Prax.* 1987;14:40–5.
- 88 Israel M, Fülle M, Beese L, Dreyer J, Hille K, Schmüser A, Luderer S, Felber W. Der Suizid in den psychiatrischen Krankenhäusern Sachsens unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs und Strukturwandels nach 1990. *Suizidprophylaxe.* 2001;28(2):55–61.
- 89 Stewart D, Bowers L. Absconding and locking ward door: evidence from the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011;18:89–93.
- 90 Bowers L, Jarrett M, Clark N. Absconding: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1998;5:343–53.
- 91 Müller JM, Schlösser R, Kapp-Steen G, Schanz B, Benkert O. Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *Psychiatric Quartely.* 2002;73(2):93–107.
- 92 Bowers L, Haglund K, Muir-Cochrane E, Nijman H, Simpson A, Van Der Merwe M. Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17:873–80.
- 93 Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: A neglected association? *Psychiatric Services.* 2011;62(5):471–6.
- 94 Zenner G. Entweichungen aus der psychiatrischen Klinik: Erleben der Patienten und Fakten zu Häufigkeiten, Umständen und Folgen. Eine empirische Untersuchung. Dissertation. Medizinische Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin. 2006. Disponible sur <http://www.diss.fu-berlin.de>. Dernière visite août 2011.
- 95 Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, Mcfarlane L. Absconding: why patients leave. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999;6:199–205.
- 96 Schöch H. Strafrechtliche Verantwortlichkeit von Ärzten bei Suizidhandlungen. In: *Suizid zwischen Medizin und Recht.* Herausgegeben von H. Pohlmeier, H Schöch, U Venzlaff. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart, Jena, New York. 1996.
- 97 Wolfslast G. Ärztliche Pflichten zur Verhinderung eines Suizides aus rechtlicher Sicht. In: *Kliniksui-zid: Forschungsmethoden und rechtliche Aspekte.* Günther Ritzel. Regensburg: Roderer. 1989.
- 98 Fähndrich E, Munk I. Entweichung eines Patienten aus einer Klinik mit offenen Türen. Wie beurteilen Gerichte die Frage der Verantwortlichkeit? *Psychiat Prax.* 2010;37:89–91.
- 99 Bernardi O, Gerber HG, Krisor M, Philipzen H, Schmitt RR, Schulte T. Rechtliche Bedingungen psychiatrischen Handelns im Rahmen der offenen stationären Psychiatrie. In: *Psychiatrie mit offenen Türen. Offene stationäre Psychiatrie in der Pflichtversorgung.* Georg Thieme Verlag. 2000.
- 100 König-Ouvrier I. Gerichtsentscheidungen zu Sorgfaltspflichten psychiatrischer Kliniken. *Psychiat Prax.* 2009;36:43–8.
- 101 Kahn J P. Evaluation du risque suicidaire dans la pratique. In: *Suicides et tentatives de suicide.* Sous la direction de Philippe Courtet. Médecine-Sciences Flammarion. Editions Lavoisier. Paris. 2010.
- 102 Académie Suisse des Sciences Médicales. Mesures de contrainte en médecine. Disponible sur <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html>. Dernière visite août 2011.
- 103 Proulx F, Grundberg F. Le suicide chez les patients hospitalisés. *Santé mentale au Québec.* 1994;19(2):131–43.