

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 10 (1954)

Heft: 2

Artikel: Recherches catamnétiques sur la tentative de suicide

Autor: Schneider, Pierre-B.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-307174>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Policlinique psychiatrique universitaire, Lausanne
(Dir. : Prof. H. Steck, Médecin-chef: Dr. P.-B. Schneider)

Recherches catamnestiques sur la tentative de suicide

Par Pierre-B. Schneider

Le problème que nous nous sommes posé était le suivant: *connaître le risque suicidaire des sujets qui ont déjà fait une tentative de suicide.* Nous désignerons, par la suite, ces sujets, qui se caractérisent donc par la tentative de suicide qu'ils ont commise, par le terme de «suicidants». Nous désirions savoir s'ils risquent plus que la population normale de mettre volontairement fin à leurs jours. Pour donner une réponse fondée à cette question, nous avons dû entreprendre des recherches catamnestiques sur un échantillon d'une certaine importance. La réalisation de ce travail a été rendue possible grâce à un subside de l'Académie suisse des Sciences médicales que nous tenons encore une fois à remercier très chaleureusement.

Il s'agissait de connaître le sort de 372 sujets (196 hommes et 176 femmes), qui avaient fait une tentative, au cours des années 1933 à 1940 et qui avaient été traités dans une des trois cliniques universitaires médicale, chirurgicale ou psychiatrique de Lausanne. Comme nous le montrons autre part, cet échantillon, qui n'avait pas été l'objet d'une présélection, représente assez bien l'ensemble des tentatives hospitalisées dans les cliniques de Lausanne et donne une image approximative de ce problème pour la région de cette ville et même du canton de Vaud, à condition que l'on admette que le matériel des hôpitaux cantonaux est structuré du point de vue sociologique comme la population de la capitale ou même du canton. Nous ne pouvons pas donner ici les critères, qui justifient ce jugement.

Malgré nos efforts, nous n'avons pu savoir ce qu'il était advenu de 17 sujets, soit 5 hommes et 12 femmes. Ces cas dont le sort nous est demeuré inconnu, ne représentent qu'une très petite proportion de notre matériel initial, soit le 4,6 %. Pour les hommes, il s'agit du 2,5 % et pour les femmes du 7,0 %. Ils se répartissent assez également pour les 3 cliniques.

Si l'on étudie les raisons de nos échecs, on constate immédiatement

que 6 femmes et 1 homme sont des étrangers ne résidant habituellement pas dans le canton de Vaud. Restent 10 Suisses et Suissesses. Dans un cas, l'état civil était incomplet, 2 sujets se sont expatriés et pour les 7 autres, l'enquête s'est heurtée à des difficultés sans issue.

Si l'on fait abstraction de ces 17 cas dont le sort n'a pu être déterminé, nous avons une série de 191 hommes et 164 femmes dont nous savons, d'une manière certaine, s'ils étaient vivants ou décédés de 10 ans à 18 ans après la tentative étudiée.

Nous avons donc pu déterminer le sort d'un échantillon de la population lausannoise et vaudoise, qui se distingue de la population dite normale par deux caractéristiques: l'hospitalisation dans une des trois cliniques médicale, chirurgicale ou psychiatrique universitaires de Lausanne, pendant la période 1933 à 1940, et la tentative de suicide qui, dans la très grande majorité des cas, avait motivé cette hospitalisation. Notre enquête nous a permis de déterminer, avec une certitude presque absolue, si ces personnes étaient vivantes ou décédées, 10 ans après la tentative, en fait de 10 à 18 ans, suivant les cas. (Pour les calculs statistiques, comme nous le verrons, nous avons choisi une période uniforme de 10 ans). Nous avons donc divisé notre groupe initial en deux classes: vivants et décédés. Enfin, parmi les décédés, nous distinguons les morts par suicide. Cette catégorie comprend tous les cas dont la cause du décès est certainement le meurtre de soi-même. Il se peut qu'il y ait parmi les autres décédés quelques suicides qui nous ont échappé, soit qu'il n'y ait pas eu d'enquête judiciaire après la mort, soit que le suicide ait été purement et simplement dissimulé, comme cela arrive de temps en temps. La classe des suicidés ne comprend donc peut-être pas le nombre réel des meurtres de soi-même, mais, dans tous les cas, le nombre minimum; nous n'en savons rien, mais cette incertitude n'influencera pas en fait nos conclusions.

Le tableau 1 donne les résultats obtenus pour l'ensemble des 3 cliniques et pour chaque clinique séparément. Pour que l'analyse mathématique devienne possible, nous avons donc dû fixer le sort de tous nos cas, 10 ans exactement après la tentative envisagée. Un certain nombre de sujets sont décédés par suicide ou de maladie, au cours des années suivantes (17 hommes et 9 femmes, dont 5 hommes et 4 femmes par suicide). Si nous n'en avons pas tenu compte pour le calcul de la mortalité, nous avons cependant considéré ces observations pour l'appréciation psychologique et psychiatrique.

C'est le professeur *Ch. Blanc*, directeur de l'Institut de mathématiques appliquées de l'École Polytechnique de l'Université de Lausanne, qui a effectué l'analyse statistique. Je ne peux pas décrire ici les méthodes

Tableau 1
Cas de catamnèse 1933-1940. Sort des suicidants

	Clinique médicale				Clinique chirurgicale				Clinique psychiatrique				Ensemble des 3 cliniques			
	Viv.	Déc. ¹	Sui.	Tot.	Viv.	Déc. ¹	Sui.	Tot.	Viv.	Déc. ¹	Sui.	Tot.	Viv.	Déc. ¹	Sui.	Total
Hommes																
1. 10-18 ans apr. la tentative	29	6	6	41	37	10	6	53	55	29	13	97	121	45	25	191
2. 10 ans après la tentative	30	6	5	41	45	4	4	53	63	24	10	97	138	34	19	191
Femmes																
1. 10-18 ans apr. la tentative	46	3	5	54	17	2	4	23	53	24	10	87	116	29	19	164
2. 10 ans après la tentative	48	2	4	54	18	1	4	23	59	21	7	87	125	24	15	164

¹ Décédés: il s'agit des décès à l'exception des suicides. Le nombre total des décès peut se calculer en additionnant les décédés et les suicidés.

dont il s'est servi pour comparer, d'une part, la mortalité générale, d'autre part, la mortalité par suicide de notre groupe de suicidants à la mortalité générale et à la mortalité par suicide de la population normale.

Commentons brièvement les résultats calculés par le mathématicien. L'étude de la *mortalité générale* de nos cas (tableau 2) montre donc pour l'ensemble des trois cliniques et de tous les âges une surmortalité évidente et significative, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les décès survenus chez nos sujets sont donc beaucoup plus fréquents que dans la population normale. On pouvait se demander si cette sur-

Tableau 2
Mortalité générale. Résultats statistiques

Cliniques	<24 ans		25-44 ans		>45 ans		Ensemble	
	(+)	(-)	s+	(+)	(+)	(+)	s+	(+)
Hommes								
Médicale	(+)	(-)	s+	(+)	(+)	(+)	s+	(+)
Chirurgicale	(-)	(-)	s+	(+)	(+)	(+)	s+	(+)
Psychiatrique	(+)	(+)	s+	s+	(+)	(+)	s+	s+
Ensemble	(-)	(-)	s-	s+	s+	(+)	s+	s+
Femmes								
Médicale	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)
Chirurgicale	(+)	(-)	s-	(-)	(+)	(+)	s+	(-)
Psychiatrique	s+	(-)	s+	(+)	s-	s+	s+	s+
Ensemble	s+	(-)	s+	(+)	s+	s+	s-	s+

Dans chaque colonne, le premier signe se rapporte à l'ensemble des décès pour le groupe considéré, le second signe aux seuls décès qui ne sont pas des suicides.

mortalité n'était due qu'aux suicides. Or, il n'en est rien, car si l'on retranche les morts par suicide il subsiste une surmortalité significative. Ce premier résultat est certainement intéressant et montre qu'il existe un problème de la surmortalité générale des suicidants à élucider.

Résumons les constatations que l'on peut faire chez nos suicidants, quant à la mortalité au cours des 10 années qui ont suivi la tentative. Il existe une surmortalité générale qui, dans son ensemble, n'est pas due uniquement aux suicidés. Elle persiste, en effet, lorsqu'on supprime cette cause de décès. Cette surmortalité concerne avant tout les hommes et les femmes hospitalisées primairement à la clinique psychiatrique. Elle existe aussi pour les cliniques médicale et chirurgicale, mais pourrait être alors uniquement le fait des suicidés. Enfin, ce sont les hommes de 25 à 44 ans qui meurent le plus et les femmes de plus de 45 ans.

Comment expliquer cette surmortalité indépendante en fait du suicide, du moins pour la clinique psychiatrique ? Au point de vue strictement somatique, nous n'avons aucun éclaircissement à apporter sur les causes de ces décès que nous ignorons dans la presque totalité des cas. Il se peut qu'il y ait encore quelques suicides masqués, mais leur nombre ne doit pas être assez important pour donner la clé du problème.

Envisageons l'influence de l'âge: elle semble être manifeste pour les femmes de la clinique psychiatrique. La surmortalité importante après 45 ans en est un indice.

Pour les hommes, cette explication ne joue plus. C'est, en effet, la classe d'âge moyen qui présente la plus grande surmortalité, surtout pour la clinique psychiatrique. On en est réduit à se demander si cette mortalité exagérée ne peut pas être mise en relation indirecte avec les troubles psychiques présentés par les patients. Pour les hommes, on peut invoquer l'alcoolisation moyenne excessive et, pour les deux sexes, une moins bonne résistance aux maladies physiques des patients présentant des psychoses endogènes, joue probablement un rôle important.

Passons au *second problème*, celui de la *fréquence du suicide* chez nos suicidants. En effet, les considérations sur la mortalité générale, aussi intéressantes soient-elles, ne nous donnent aucune précision sur ce que nous désirions connaître avant tout, à savoir le risque suicidaire des individus, qui ont fait une tentative par rapport à celui de la population normale. L'analyse statistique du Professeur *Blanc* montre que la fréquence du suicide, pour notre échantillon de suicidants, est beaucoup plus grande que celle de la population. L'écart par excès entre ces deux fréquences est significatif pour l'ensemble des cas, pour chaque clinique séparément et pour les deux sexes (tableau 3). Le petit nombre de cas n'a pas permis de déterminer la fréquence du suicide, selon la classe

Tableau 3
 Comparaison de la fréquence du suicide pour le groupe des suicidants
 par rapport à la population normale

Cliniques	Hommes	Femmes
Médicale	s+	s+
Chirurgicale	s+	s+
Psychiatrique	s+	s+
Ensemble	s+	s+

d'âge, comme pour la mortalité générale. Il va sans dire que, pour les calculs, la distribution selon l'âge a été prise en considération.

Cette aggravation du risque suicidaire ressort aussi d'une manière frappante de l'étude des fréquences minimums des suicides en une année (pour 100 000 vivants). A ce sujet, voici quelques explications : on connaît pour la Suisse le nombre annuel des cas de suicide pour 100 000 vivants. Pour la période 1939-1944, il est de 36 pour les hommes et de 12 pour les femmes. Les chiffres calculés pour les différentes cliniques (420, 210, etc.) (tableaux 4 et 5) sont théoriques et indiquent la fréquence annuelle minimum de suicides par 100 000 habitants que l'on devrait observer dans la population, et non pour les cliniques, pour qu'il n'y ait plus d'écart significatif quant à la fréquence du suicide pour nos sujets. Or, en réalité, on observe toujours une fréquence bien inférieure, donc 36 respectivement 12. Il est donc certain que les écarts observés sont significatifs. On peut aussi conclure de ces calculs à une très forte augmentation de la fréquence du suicide chez les individus considérés.

Ces nombres constituent, en quelque sorte, une estimation aussi prudente que possible de la fréquence du suicide chez les groupes d'individus considérés. Ils révèlent une fréquence beaucoup plus considérable que la normale, et cela, surtout chez les femmes : la tentative antérieure de suicide aggrave le risque de suicide dans une mesure plus grande chez la femme que chez l'homme. Cela a lieu pour toutes les cliniques (les

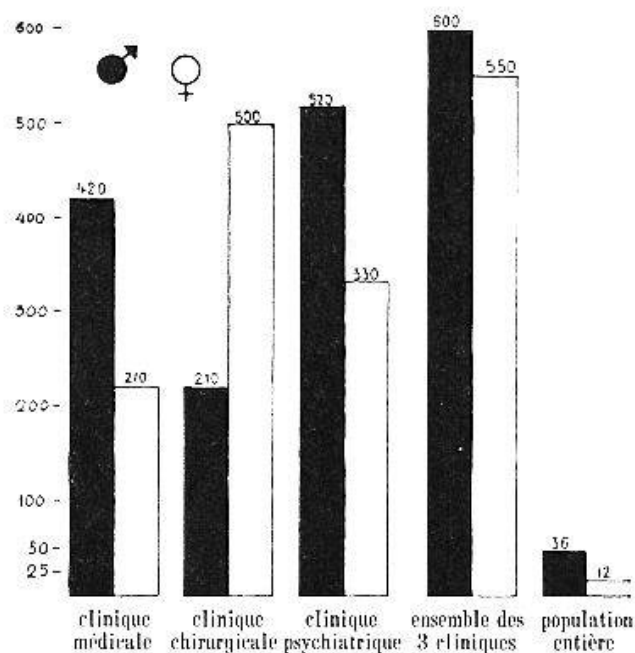
Tableau 4
 Fréquences minimums des suicides en une année (pour 100 000 vivants), pour lesquelles
 les écarts observés ne seraient pas significatifs

	Hommes	Femmes
Clinique médicale	420	210
Clinique chirurgicale	210	500
Clinique psychiatrique	520	330
Ensemble	600	550
A titre de comparaison, pour la population entière	36	12

nombre sont plus grands pour l'ensemble des cliniques que pour chaque clinique prise isolément, parce que les résultats portent sur un plus grand nombre d'observations et que les écarts fortuits sont donc plus petits en moyenne).

Nous n'avons pas été surpris par ces résultats mathématiques, car les nombreux cas de suicide rencontrés chez nos sujets nous avaient frappés. Par contre, nous ne nous attendions pas à ce que la fréquence

Tableau 5



suicidaire des cas traités en cliniques médicale et chirurgicale soit aussi plus grande que celle de l'ensemble de la population et que le risque suicidaire soit plus grand pour les femmes que pour les hommes. Ceci montre bien que les impressions cliniques ne correspondent pas toujours à la réalité, dès que l'on a affaire à des séries de cas. A notre connaissance, c'est la première fois que le risque suicidaire de sujets qui avaient fait une tentative, a été calculé par rapport à la mortalité générale d'une population et plus particulièrement en relation avec la mortalité par suicide de cette population. Les recherches catamnétiques de *Dahlgren* n'ont pas le même aspect que les nôtres, car il n'a pas comparé la fréquence du suicide de son matériel avec celle de la population suédoise dont il s'est occupé.

Nos résultats, dans leur ensemble, n'ont pas besoin d'être commentés très longuement. Pour connaître, d'une manière précise, le risque suicidaire de sujets ayant fait une tentative, nous n'avions pas le choix de la méthode à utiliser. Les recherches catamnétiques complétées par

l'analyse mathématique ont donc montré que ce risque est plus grand d'une manière significative pour nos cas que pour la population normale. A quoi attribuer cette différence importante ? Notre matériel se distingue de l'ensemble de la population par deux caractères : la tentative de suicide que l'on retrouve dans tous les cas et la grande fréquence des troubles psychiques et mentaux. Nous avons, dans cette constatation, l'explication nécessaire et suffisante de la surmortalité par suicide de notre échantillon. Il aurait été très intéressant et utile de pouvoir comparer la fréquence du meurtre de soi-même chez les suicidants à celle des psychopathes en général (malades mentaux, déséquilibrés caractériels, névrosés, etc.). Si cela avait été possible, on aurait pu dissocier la surmortalité par suicide, qui dépend des troubles psychiques de celle qui doit être mise en relation plus ou moins directe avec le fait que les sujets avaient déjà attenté à leurs jours. Il est en effet probable que les psychopathes (selon la conception française) présentent aussi une mortalité par suicide plus élevée que celle de la population normale. Est-elle inférieure à celle de notre échantillon ? Nous n'en savons rien. Pour pouvoir donner une réponse à ces questions, il faudrait posséder des données précises sur la mortalité des malades mentaux, données qui n'existent pas en Suisse.

De nombreux auteurs, sans avoir fait les mêmes constatations précises, avaient affirmé qu'il devait en être ainsi, en se fondant sur des impressions cliniques. Par contre, d'autres médecins ou psychologues partageaient l'opinion qui veut que celui qui parle de suicide n'attende jamais à ses jours et que celui qui a fait une tentative ne recommence pas et surtout ne réussit jamais sa propre destruction. Les faits prouvent la fausseté complète de telles affirmations. Celles-ci justifient souvent, probablement inconsciemment, l'abstention prophylactique ou thérapeutique des proches ou des médecins devant des patients qui parlent de suicide ou qui viennent de faire une tentative.

Le tableau 6 montre que le suicide ne suit pas d'habitude immédiatement la tentative et qu'un temps de latence de plusieurs années peut même s'écouler entre ces deux actions. Lorsque le suicide se produit dans l'année qui suit la tentative, c'est ordinairement après un intervalle d'au moins 3 à 4 mois. Nous n'avons que 3 sujets (2 hommes et 1 femme) qui se sont tués 18 respectivement 28 et 19 jours après le premier essai. Donc, ce risque suicidaire n'est en règle générale pas immédiat et si le pronostic est plus sombre pour les suicidants que pour la population normale, c'est à longue échéance et non tout de suite. On peut donc comprendre l'optimisme de bien des médecins, qui voient entrer dans leur service, après une tentative sérieuse, un patient encore très déprimé, qui affirme pendant un jour ou deux qu'il a encore des idées suicidaires,

dont l'humeur change assez rapidement et se normalise et qui sort de la clinique apparemment équilibré.

Examinons maintenant les *diagnostics psychiatriques* qui ont été posés chez les suicidés (tableau 7). La comparaison avec la classe des vivants montre que seul le groupe des psychoses endogènes chez les hommes présente une surmortalité par suicide évidente. Pour les autres diagnos-

Tableau 6
Cas de catamnèse 1933-1940
Temps écoulé entre la tentative et le suicide

Temps	Hommes	Femmes
De 0 à 1 an	7	6
De 1 à 2 ans	4	1
De 2 à 3 ans	—	4
De 3 à 4 ans	2	—
De 4 à 5 ans	1	—
De 0 à 5 ans	14	11
De 5 à 10 ans	5	4
De 10 à 18 ans	6	4
Totaux	25	19

tics, on n'observe pas des différences sensibles qui pourraient avoir une valeur statistique. En particulier, nos observations ne nous permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'opinion de plusieurs auteurs sur la rareté du suicide dans les névroses ou les évolutions psychogènes.

Relevons enfin la grande fréquence du suicide des schizophrènes. Elle égale en tout cas celle du groupe des dépressions mélancoliques endogènes. Disons que ce ne sont pas seulement les schizophrènes déprimés qui se tuent, mais aussi, des patients qui n'ont jamais présenté de véritables symptômes dépressifs. Il en est de même pour les déséquilibrés caractériels.

Les traits dysphoriques ou dépressifs ne sont pas toujours au premier plan et le caractère hystérique chez la femme ne protège pas contre le suicide, comme tant d'auteurs le pensent, lorsqu'ils soulignent l'aspect très démonstratif et mélodramatique des tentatives chez ces patientes. La critique de l'ensemble de nos cas du point de vue psychopathologique ne nous permet pas d'autres considérations.

A propos des *motivations subjectives*, nous devons relever qu'elles sont souvent identiques pour la tentative et pour le suicide. Cette concordance entre les raisons données pour les deux comportements suicidaires se retrouve chez la moitié des patients aussi bien chez les hommes que

Tableau 7
 Diagnostics psychiatriques posés chez les suicidés

	Hommes		Femmes	
	après 10 ans	après 10-18 ans	après 10 ans	après 10-18 ans
Oligophrénie	—	—	1	1
Psychoses endogènes	8	9	7	9
Psychoses organiques	1	1	—	1
Alcoolisme	2	3	—	—
Déséquilibres caractériels	7	10	5	5
Évolutions névrotiques	1	1	1	2
Dépressions réactives	—	1	1	1
Divers	—	—	—	—
Totaux	19	25	15	19

chez les femmes. Donc, les mêmes situations conflictuelles semblent déclencher la même conduite humaine et souvent après des années d'intervalle. Ce sont surtout les difficultés affectives et conjugales que l'on retrouve comme raisons invoquées pour justifier l'autodestruction, mais les idées délirantes et les auto-accusations des psychotiques jouent un rôle presque aussi important que les facteurs affectifs normaux. L'influence de l'état civil ne se fait pas sentir sur la classe des suicidés. En particulier, ce ne sont pas en premier lieu les divorcés qui se tuent.

Si l'on compare les *procédés d'exécution* employés chez les suicidés pour la tentative et pour l'acte réussi (tableau 8), on ne relève pas de différences importantes, si ce n'est une certaine prédilection pour la

Tableau 8
 Cas de catamnèse. Suicides. Moyens employés

	Moyens employés pour					
	tentative		suicide		moyens identiques	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
1. Substances toxiques	5	4	4	5	1	2
2. Gaz d'éclairage	5	5	6	6	3	3
3. Armes à feu	2	—	4	1	—	—
4. Pendaison	4	3	8	4	4	3
5. Submersion	3	—	—	1	—	—
6. Instruments tranchants	5	3	1	—	—	—
7. Précipitation des hauteurs	1	1	—	—	—	—
8. Écrasement	—	1	—	1	—	—
9. Divers	—	2	2	1	—	—
Totaux	25	19	25	19	8	8

pendaison, lors du suicide, ce qui correspond à ce qu'on sait déjà, et également un nombre inusité d'intoxications médicamenteuses. Signalons aussi la rareté des décès par blessures (rubrique 6), alors que ce moyen est souvent utilisé pour les tentatives.

Il faut enfin relever le bon pronostic lointain des tentatives par arme à feu aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Sur 35 personnes des deux sexes qui ont employé pour la tentative ce moyen dont les effets sont le plus souvent très graves, 2 seulement se sont suicidées par la suite. Lorsqu'on revoit ces cas, on constate que ce sont avant tout des hommes ou des femmes jeunes, qui utilisent ce procédé brutal et qu'ils agissent presque toujours impulsivement après une déception affective. Au point de vue du diagnostic, il n'y a que 4 cas de psychoses soit endogènes, soit organiques sur les 35 cas et l'on note une prédominance de troubles caractériels souvent peu marqués, quelques névroses et des dépressions réactives. Les deux suicides concernent un « déséquilibré caractériel » alcoolique et un dément sénile. Le pronostic ne dépend pas de la gravité du procédé d'exécution, mais bien de la structure caractérielle du suicidant et de la psychopathologie. La discordance entre ces deux ordres de faits montre une fois de plus combien il est dangereux de vouloir juger l'acte suicidaire d'après les circonstances matérielles de son exécution.

Dans le tiers des suicides, les sujets ont utilisé le même moyen que celui dont ils s'étaient déjà servis pour la tentative. Si l'on parle d'imitation, on n'explique rien. Il nous paraît plutôt que l'on ne dispose pas d'un grand nombre de moyens pour se tuer et que les probabilités que l'on doit recourir au même procédé sont certainement élevées. D'autre part, le cerveau humain travaille selon des schémas peu nombreux et l'on recourt pour ce comportement à ce que l'on connaît déjà.

Le tableau 6 nous donne donc des indications sur le temps écoulé entre la tentative et le suicide. Le risque suicidaire est le plus grand pendant la première année et si l'on prend des intervalles de 5 ans pendant les 5 premières années, tandis qu'il diminue par la suite. Comme nous l'avons montré précédemment, le danger d'une récurrence mortelle ne suit d'habitude pas la tentative, mais se manifeste surtout depuis le troisième mois. C'est comme si le premier comportement suicidaire provoquait une décharge salutaire, mais uniquement passagère, les conditions pathologiques et psychologiques demeurant d'habitude les mêmes.

Les tentatives multiples sont très fréquentes chez nos suicidés, ce qui prouve la permanence du schéma autodestructeur. La majorité des suicidés ont fait plusieurs tentatives, certains 8 ou 10. Cette constatation confirme ce que nous disions sur l'importance qu'il faut attacher

à la tentative si l'on veut éviter par la suite une issue fatale. Non seulement le risque suicidaire est plus grand chez les sujets qui ont attenté une fois à leur vie, mais il augmente au fur et à mesure des tentatives. C'est ce que montre indubitablement l'examen d'un nombre suffisant de cas.

Résumé

Les recherches catamnétiques, statistiques et cliniques nous ont montré que la *mortalité générale de notre échantillon* constitué par des sujets des deux sexes hospitalisés de 1933 à 1940 dans une des trois cliniques universitaires médicale, chirurgicale ou psychiatrique de Lausanne *était supérieure*, après un laps de temps de 10 ans, à la *mortalité de l'ensemble de la population*. Cette surmortalité n'est pas uniquement due aux décès par suicide et nous avons analysé plus exactement ce phénomène que nous attribuons à plusieurs influences: l'âge pour les femmes, l'alcoolisation moyenne excessive des hommes et le facteur de la maladie mentale, de la psychose elle-même, qui semble agir indirectement sur les probabilités de survie.

Concernant la *fréquence du suicide* chez nos sujets, qui ont donc tous fait une tentative de suicide, *elle est beaucoup plus élevée* que pour l'ensemble de la population. En d'autres termes, les risques suicidaires pour le suicidant sont plus grands que pour le sujet, qui n'a jamais attenté à ses jours. Nous attribuons ce fait aux deux facteurs qui caractérisent le mieux notre échantillon, les troubles psychopathiques et une première auto-agression.

Nous avons ensuite étudié *cliniquement le groupe des suicidés*, au point de vue diagnostique, d'une part, mais également selon les motivations, les procédés d'exécution, le temps écoulé entre la tentative et le suicide et les tentatives répétées. Ce sont les psychoses endogènes, qui semblent avoir prédisposé le plus de cas au suicide. Chez les schizophrènes ou les déséquilibrés, l'absence de traits dépressifs n'empêche pas le meurtre de soi-même. De même, nous avons dû relever que les hystériques, qui avaient fait des tentatives dites peu sérieuses, ou nettement «démonstratives», pouvaient se suicider par la suite.

Zusammenfassung

Die katamnestischen, statistischen und klinischen Untersuchungen haben uns gezeigt, daß die allgemeine Sterblichkeit der Selbstmordversuch-Patienten (372 Fälle) beiderlei Geschlechts, welche während der Jahre 1933 bis 1940 in unserer medizinischen, chirurgischen und psychiatrischen Universitätsklinik hospitalisiert worden waren, nach dem Ablauf einer Periode von 10 Jahren größer war als die Sterblichkeit

in der Gesamtbevölkerung. Diese Übersterblichkeit ist nicht nur den Todesfällen infolge Selbstmords zuzuschreiben. Wir haben dieses Phänomen analysiert und auf mehrere Einflüsse zurückführen können. Das Alter der Frauen, die im Durchschnitt übermäßige Alkoholisierung der Männer und der Faktor der Geisteskrankheit oder Psychose selber scheinen auf die Möglichkeit des Überlebens einen indirekten Einfluß auszuüben. Was die Häufigkeit des Selbstmordes bei unseren Patienten anbetrifft, die alle bereits einen Selbstmordversuch gemacht haben, so ist sie bedeutend größer als bei der Gesamtbevölkerung. Mit anderen Worten, das Selbstmordrisiko ist bei jenen, die bereits einen Selbstmordversuch gemacht haben, größer als bei jenen, die nie Hand an ihr Leben gelegt haben. Wir schreiben diese Tatsachen zwei Faktoren zu, die ein charakteristisches Bild des Untersuchungsmateriales geben: den psychopathischen Störungen und der ersten Autoaggression.

Wir haben die Gruppen der Selbstmörder hierauf auch nach klinischen Gesichtspunkten bearbeitet und das Material vom diagnostischen Standpunkt aus geordnet, nach den Motiven, der Ausführungsart, nach der zwischen dem Versuch und dem Selbstmord verfloßenen Zeit, und haben ferner die Wiederholung des Selbstmordversuches in Betracht gezogen. Bei den endogenen Psychosen zeigten sich die meisten Prädispositionen zum Selbstmord. Bei den Schizophrenen und Psychopathen verhindert der Mangel an depressiven Zügen den Selbstmord nicht. Außerdem mußten wir feststellen, daß einige Hysterische, welche keine ernsthaften Selbstmordversuche oder solche mehr demonstrativer Art unternommen hatten, sich in der Folge dennoch das Leben nahmen.

Riassunto

Ricerche catamnestiche, statistiche e cliniche ci hanno mostrato che la mortalità generale dei nostri pazienti, persone d'ambo i sessi ricoverate tra il 1933 e il 1940 nella clinica universitaria medica, chirurgica o psichiatrica di Losanna, è più alta, dopo un periodo di 10 anni, della mortalità dell'insieme della popolazione. Questa mortalità più elevata non è dovuta soltanto ai decessi causa suicidio ma, secondo le nostre esperienze, è da attribuirsi a diversi fattori: l'età per le donne, l'eccessivo alcoolismo per gli uomini, come pure la malattia mentale, la psicosi stessa, che sembra agire indirettamente sulle probabilità di sopravvivere.

Per quanto concerne la frequenza del suicidio fra i nostri pazienti, che hanno dunque tutti già compiuto un tentativo di suicidio, essa è molto più grande che nell'insieme della popolazione. In altre parole, il rischio di suicidarsi è maggiore per chi ha già tentato altra volta di togliersi

la vita. Noi attribuiamo questo fatto ai due fattori che meglio caratterizzano i nostri malati, e cioè i disturbi psicopatici ed una prima autoaggressione.

Abbiamo poi studiato clinicamente il gruppo dei suicidi dal punto di vista diagnostico, tenendo pure conto dei motivi, dei procedimenti usati, dei tentativi ripetuti e del tempo trascorso fra il tentativo e il suicidio riuscito. Sono le psicosi endogene che sembrano predisporre maggiormente al suicidio. Negli schizofrenici e nei psicopati l'assenza di tratti depressivi non impedisce di per se stessa il suicidio. Abbiamo pure rilevato che gli isterici che avevano già compiuto tentativi cosiddetti poco seri o nettamente «dimostrativi» possono anche suicidarsi più tardi.

Summary

Catamnestic, statistical and clinic research has shown that the general mortality of our sample of patients of both sexes hospitalised in the years 1933 to 1940 in one of the three University medical, surgical or psychiatric Clinics of Lausanne, are higher after a lapse of time of 10 years than the level of mortality of the rest of the population. This higher mortality is not solely due to deaths by suicide. A more exact analysis of this phenomenon shows it to be attributable to several factors: age in the case of the women, excessive alcoholism in men, and mental diseases and psychoses which seem to have an indirect influence on the probability of survival.

The frequency of suicide amongst our patients who have made an attempted suicide is much higher than for the rest of the population. In other words, the suicide risk for suicidal subjects is higher than for the individual who has never attempted to take his life. We attribute this fact to two factors which characterise most of our cases, namely psychopathic troubles and primary auto-aggression.

We have also studied clinically the group of suicides from the diagnostic point of view on the one hand, and on the other side for motivations, mode of execution, time elapsing between the attempted suicide and the suicide. Endogenic psychotics seem to be most predisposed to suicide. Amongst the schizophrenics and the psychopathic personalities, the absence of depressive traits does not prevent self-destruction. Furthermore, we have ascertained that hysterical subjects, who have made attempts which seemed not too serious or purely "demonstrative", may nevertheless commit suicide in the end.