

Suicide et tentative de suicide dans les Pays de la Loire

Dans les Pays de la Loire, la mortalité régionale par suicide dépasse de 25 % la moyenne nationale et cette région occupe le quatrième rang des régions les plus mal placées pour cet indicateur. Partant de ce constat global, mis en avant dans le tableau de bord régional de l'Observatoire régional de la santé et corroboré par l'analyse des experts et du jury de la première conférence régionale de santé, la caisse régionale de l'assurance maladie a demandé en 1996 à l'ORS une analyse plus fine de la situation épidémiologique ainsi qu'un bilan des actions entreprises.

Depuis le milieu des années quatre-vingt, le nombre de décès par suicide dans la région des Pays de la Loire oscille entre 700 et 800 par an et constitue la première cause de mortalité prématurée pour les hommes avant les cancers des voies aéro-digestives, et la seconde pour les femmes après le cancer du sein. Autre élément pour situer le poids du suicide dans la mortalité : dans les Pays de la Loire, comme d'ailleurs en France en général, le suicide fait plus, beaucoup plus, de victimes que les accidents de la route (808 contre 490 en 1993) et l'écart ne fait que se creuser.

71 % des morts par suicide sont des hommes. L'analyse par tranches d'âge est plus complexe : la fréquence de la mortalité par suicide augmente de façon continue avec l'âge, le taux de mortalité passant de 10,1 pour 100 000 entre 15 et 24

ans à 63,7 pour 100 000 après 85 ans. Mais au regard des causes de décès, c'est chez les personnes jeunes que le poids du suicide est le plus important (en raison du poids encore modeste des autres causes de décès...) : le suicide est à l'origine de 25 % des décès masculins et de 17 % des décès féminins entre 25 et 35 ans.

D'autres éléments ont pu être analysés : suicide moins fréquent chez les personnes mariées, plus fréquents pour les hommes en zone rurale.

Un fort contraste entre le nord et le sud de la région

L'élément qui a le plus retenu l'attention des acteurs locaux est le fort contraste entre la situation des départements du nord et du sud de la région. Alors qu'en

Mayenne et en Sarthe, la surmortalité par rapport à la moyenne nationale atteint 54 et 57 %, en Vendée la mortalité par suicide est inférieure de 9 % à la moyenne française (en tenant compte de la structure par âge des populations départementales).

Ce contraste renvoie à la carte française de mortalité par suicide, les régions les plus touchées étant celles du nord-ouest de la France, mais à l'échelle d'une région il frappe particulièrement les esprits et interroge sur la part des causes sociologiques et culturelles dans le suicide.

Environ 8 000 tentatives de suicide dans la région en 1995

En l'absence de sources de données exhaustives ou enquêtes récentes, l'enquête menée par l'ORS avec la collaboration de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie dans les établissements hospitaliers a permis d'avancer une estimation de 8 000 tentatives de suicides accueillies dans les établissements hospitaliers sur une année.

Cette estimation doit être interprétée avec prudence dans la mesure où il s'agit de gestes suicidaires (et non de personnes), ayant conduit à une hospitalisation

(sans qu'on connaisse le pourcentage de tentatives de suicide sans hospitalisation), dans les services d'accueil d'urgence de la région (sans qu'on connaisse l'attraction des établissements hospitaliers des départements limitrophes et vice et versa).

Prévention : surtout les jeunes

La prévention du suicide se focalise surtout sur les jeunes : les deux tiers des interventions de prévention qui ont été rapportés concernent le suicide des jeunes. Cette prévention se décline en prévention primaire (écoute, soutien psychologique) :

- À Cholet, au lycée de l'Europe (1 800 élèves) l'infirmière a organisé avec l'assistante

sociale et avec le conseiller principal d'éducation, de brèves réunions hebdomadaires, pour échanger quelques informations sur les élèves en difficulté qui demandent une attention particulière. Par ailleurs elle a initié une démarche pour constituer une « équipe d'adultes-relais » : enseignants et conseillers d'éducation ont été sensibilisés par une projection du film « Sortie de secours » : 25 d'entre eux (sur 150) ont accepté de s'engager après avoir reçu une formation.

En prévention secondaire, le dispositif d'offre de soins s'organise peu à peu pour prendre en compte les besoins spécifiques des jeunes et offrir une prise en charge à ceux qui ont des conduites suicidaires. Le travail de liaison entre équipes de pédiatrie et de pédo-psychiatrie

se développe notamment sur plusieurs sites :

- Au Mans, un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile détache à mi-temps un psychiatre et un psychologue au service de pédiatrie du centre hospitalier. Ces deux professionnels sont sollicités après une tentative de suicide (co-thérapie psychiatre et psychologue, approche familiale, suivi des jeunes en consultation par la suite).

À Laval, un travail de liaison a pu s'établir entre le service de pédiatrie et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile : l'intersecteur est systématiquement appelé pour les adolescents qui présentent des signes de détresse. Cette collaboration se concrétise par ailleurs actuellement par un projet commun de consultation « en ville » qui devrait pouvoir aboutir prochainement.

Par contre, parler du suicide avec les jeunes suscite de nombreuses réticences et si des débats sur la dépression et le suicide chez les jeunes sont organisés régulièrement, ils le sont pour un public d'intervenants sociaux et médicaux ou d'associations familiales et parentales :

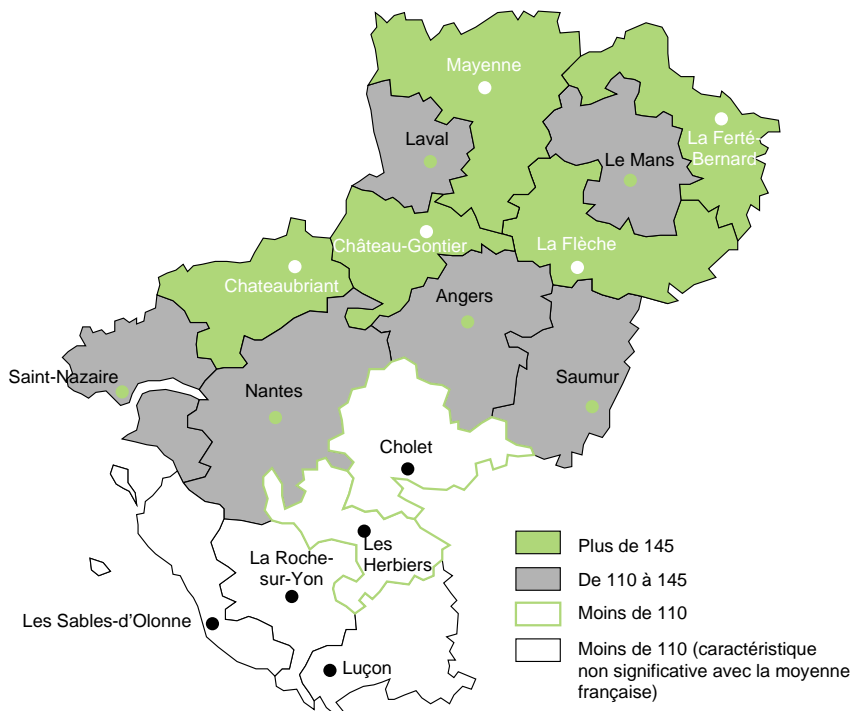
- Dans le canton de St-Philbert-de-Grand-Lieu en Loire-Atlantique, l'association familiale rurale a engagé une réflexion sur les difficultés des adolescents et le rôle des adultes qui les entourent, avec le soutien financier du Fonds de prévention des mutualités de Loire-Atlantique. La démarche s'est engagée par un travail d'approche avec un groupe de parents, puis par une soirée information-débat publique et s'est poursuivie avec deux groupes de paroles de quinze parents encadrés par un psychologue.

Pour le reste de la population, les initiatives sont beaucoup moins nombreuses. Groupes de réflexion, rôle des SOS Amitiés :

- À Nantes, en 1995, SOS Amitiés a reçu 20 661 appels, dont 13 672 signifiants. Parmi les appels signifiants, les problèmes évoqués renvoyaient à :
 - dépression, idées suicidaires (2 966 appels, plus de 20 %) ;
 - solitude (4 776) ;
 - difficultés relationnelles (2 690) ;
 - problèmes sexuels (2 455).

En 1971, année de sa création cette association avait reçu 2 100 appels.

Indices comparatifs de mortalité par suicide par zone d'emploi dans les Pays de la Loire en 1988-1992 (deux sexes, ICM France = 100)




Sources : Inserm SC8, Insee RP 90, Exploitation ORS

Les secteurs de psychiatrie sont inégalement mobilisés. Ceux qui le sont, cherchent à faire évoluer la pratique de leur service avec trois idées : faciliter le recours aux équipes par des formules souples d'accueil ou de suivi, prendre en compte la souffrance psychologique liée à l'isolement et/ou l'exclusion, travailler en partenariat avec les autres institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

- À Saumur, sous la pression d'une demande posée « dans l'urgence » par les structures locales, le secteur a priorisé l'intervention auprès de personnes âgées : collectif soins, analyse des besoins, projet d'un centre médico-psychologique pour les personnes âgées. Ce travail s'est fait en collaboration avec le service de gériatrie de l'hôpital et le centre communal d'action sociale.

Formation : un bilan décevant

Le bilan de la formation est mitigé. La thématique du suicide est introduite dans le cursus de formation initiale des médecins et dans quelques écoles de soins infirmiers mais la formation continue sur ce thème est pratiquement inexistante. Pourtant une dynamique universitaire de formation et de recherche à Angers et à Nantes a permis l'introduction de modules de formation sur les conduites suicidaires dans les études de psychologie et surtout la création d'un diplôme inter-



Trois études en une

L'étude de l'ORS a porté sur les aspects épidémiologiques, analyse de la mortalité et estimation des tentatives de suicide, aussi bien que sur le bilan de la prévention, de la prise en charge hospitalière et de la formation. Elle s'est donc appuyée sur plusieurs sources :

- les données issues des certificats de décès pour l'analyse de la mortalité ;
- une enquête, en collaboration avec le service médical de l'assurance maladie, auprès des services hospitaliers (service d'accueil des urgences et autres services accueillant des patients après une tentative de suicide) pour l'estimation du nombre de tentatives de suicide et l'approche des prises en charge hospitalières ;
- deux enquêtes postales, l'une auprès de plus de 150 organismes œuvrant dans le champ de la prévention, l'autre auprès d'une centaine d'organismes de formation, pour le bilan de la prévention et de la formation, enquêtes postales complétées par une vingtaine d'entretiens.


universitaire (Angers, Nantes, Rennes, Brest) de suicidologie, à ce jour unique en France.

Accueil à l'hôpital : des éléments d'appréciation contradictoires

Le nombre de suicidants accueillis dans les services d'accueil d'urgence de la région est très variable et trois services (les services d'accueil des urgences de Nan-

tes et du Mans et le centre antipoison/service de réanimation médicale d'Angers) assurent le premier accueil de plus de la moitié des tentatives de suicide de la région. Le fait de proposer une hospitalisation à tout suicidant est très largement admis comme un critère de qualité de la prise en charge tant il apparaît important de ne pas banaliser et minimiser cet acte même si la gravité somatique est faible. L'hospitalisation est proposée à tout suicidant dans 25 des 27 services d'accueil d'urgence. Mais une durée minimale d'hospitalisation n'est prévue que dans 8 des 13 services d'accueil d'urgence qui disposent de lits d'hospitalisation et dans 35 % des autres services.

La place donnée aux entretiens psychiatriques est complexe. La quasi-totalité des services disposant de lits d'hospitalisation déclarent proposer systématiquement un entretien psychiatrique aux suicidants. Mais cette volonté semble quelque peu entravée par le problème maintes fois évoqué d'un manque de disponibilité des psychiatres qui va rendre parfois cet entretien difficile à organiser, amener à le différer voire à y renoncer. Seuls 6 des 13 services d'accueil des urgences avec lits d'hospitalisation et 2 des



Le suicide à l'étude dans cinq autres régions

Grâce à une convention entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et prévention-mutualité-assurance-maladie (Prémutan), cinq régions font actuellement une étude sur le suicide. Les cinq observatoires régionaux de la Santé qui mènent cette étude suivent un protocole qu'ils ont élaboré en commun, protocole que l'ORS des Pays de la Loire avait en partie adopté pour son étude.

Outre l'épidémiologie, la prévention primaire et la prise en charge hospitalière, cette étude portera également sur la prise en charge en médecine de ville. Les régions concernées sont : l'Aquitaine, la Bretagne, Midi-Pyrénées, le Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes.

14 services sans lits d'hospitalisation peuvent faire appel à un psychiatre à tout moment.

Enfin les conditions de sortie font peu de place à l'organisation d'un suivi. Si l'avis du psychiatre est le plus souvent nécessaire en préalable à l'autorisation de sortie, les conditions relatives à une prise en charge ultérieure sont loin être systématiquement posées. Ainsi à peine un service sur trois pose toujours ou souvent comme préalable à la sortie un contact téléphonique avec le médecin traitant.

Données épidémiologiques et définition de priorités

Au regard de la mortalité, une priorité se dégage : les hommes entre 25 et 45 ans. Le suicide constitue la deuxième cause de décès pour eux. Mais le suicide frappe également durement les personnes âgées.

Par ailleurs, les différences entre départements plaident en faveur de la définition de priorités départementales. Il existe des écarts extrêmement importants dans les taux de mortalité entre départements et dans chaque département des populations particulièrement exposées : hommes jeunes en Loire-Atlantique, ruraux en Sarthe, etc.

Enfin les données même incomplètes sur les tentatives de suicide pourraient amener à déplacer les priorités. Une attention portée aux tentatives de suicide peut conduire à oublier les populations « qui ne se ratent pas » et vice et versa. Ces différences quant aux populations les plus exposées posent la question d'une politique ou de plusieurs politiques de prévention.

Ainsi l'analyse des données épidémiologiques ne permet pas à une seule priorité de s'imposer et d'autres critères de choix devraient être retenus.

Bilan de la prévention et de la prise en charge et définition d'une stratégie

Parce que le suicide renvoie à des causes

sociologiques, sociales voire économiques et/ou à la santé mentale, le champ de sa prévention est difficile à cerner et les actions de prévention sont rarement spécifiques. Ceci rend plus complexe la définition d'une politique. Les approches retenues jusqu'à présent dépendent d'ailleurs essentiellement des équipes intervenantes.

La prévention chez les jeunes a mobilisé beaucoup plus que celui du suicide des adultes et des personnes âgées et il apparaîtrait important de favoriser l'émergence de projets sur d'autres publics.

L'hospitalisation des suicidants offre des possibilités, quant à une prise en charge, qui mériteraient d'être mieux ex-

ploitées, toute tentative de suicide devant être considérée comme un facteur de risque de suicide réussi.

D'un façon générale, le bilan des actions a démontré qu'il existe des équipes mobilisées et des pôles de compétences sur lesquels une politique régionale peut et doit s'appuyer. ■

Ségolène Chappellon

Chargée d'études à l'ORS des Pays de la Loire

À paraître en juin 1997

