



# Suicide un bilan pour l'action

**Les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicides sont limitées. Pourtant elles sont essentielles pour définir une stratégie cohérente de prévention et de prise en charge du suicide. Une étude a été menée par les ORS dans cinq régions.**

**Françoise Cayla**  
Directrice de l'ORS  
Midi-Pyrénées

**Pascale Gayraud**  
Directrice de l'ORS  
Rhône-Alpes

**Laure Spinosi**  
Chargée d'études,  
ORS Nord-Pas-de-  
Calais

**Bertrand Garros**  
Directeur de l'ORS  
Aquitaine

**Alain Tréhony**  
Directeur de l'ORS  
Bretagne

À la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie et de la Mutualité française, dans le cadre de leur association Prémutam, cinq bilans régionaux, en Aquitaine, Bretagne, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes, ont été réalisés par les observatoires de la santé sous l'égide de la Fédération nationale des ORS. Ces études se sont articulées autour de quatre axes : aspects épidémiologiques, prise en charge hospitalière des suicidants, prise en charge par les médecins de ville et enfin actions de prévention primaire du suicide. Cette démarche, réalisée en 1996 et 1997, trouvait sa justification dans le manque d'informations épidémiologiques (les seules statistiques utilisables sans investigations complémentaires concernent les décès, ces données sont produites par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale), dans l'absence de connaissances précises relatives aux différentes modalités de prise en charge hospitalière et ambulatoire et également dans l'absence de repérage des actions de prévention primaire. Ces éléments sont en effet essentiels pour déterminer de façon cohérente et efficace la nature des actions à mettre en œuvre pour réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide.

La réalisation des bilans par les observatoires régionaux de la santé (ORS) s'est heurtée à plusieurs difficultés. La première concerne la complexité des approches concernant le suicide. Les raisons du geste suicidaire sont en effet multiples, les intervenants sont nombreux, et il s'agit d'un

problème de santé publique qui soulève beaucoup d'émotion. La deuxième série de difficultés découle des visions différentes que peuvent avoir les professionnels sur les conduites à tenir en matière de prise en charge comme de prévention. Même s'il existe un consensus général sur la nécessité de ces prises en charge, par exemple à l'hôpital, des protocoles précis ne sont pas toujours disponibles ou partagés par tous. Les notions de prévention et de tentative de suicide ne sont pas non plus toujours comprises d'une façon identique.

Malgré ces difficultés, il faut souligner qu'en définitive l'acceptabilité de ces bilans régionaux s'est révélée très bonne comme en témoignent les taux de participation importants obtenus aux différentes enquêtes menées par les ORS, aussi bien en milieu hospitalier que parmi les généralistes libéraux. Ce résultat rend compte de l'effort d'explication entrepris, mais surtout de la perception de la gravité de ce problème de santé publique et de la volonté d'y faire face.

## La connaissance épidémiologique

### Les décès par suicide

Comme on pouvait s'y attendre, les bilans réalisés confirment que l'analyse de la mortalité par suicide et de son évolution constitue actuellement la base de toute connaissance épidémiologique régionale dans ce domaine. Les données nécessaires sont en effet disponibles partout, chaque année, à des niveaux géographiques assez

détaillés. Ainsi parmi les cinq régions étudiées, les données de mortalité permettent de mettre en évidence la part des décès par suicide dans la mortalité générale aux différents âges.

L'écart est particulièrement important entre la Bretagne, pour laquelle 28 % des décès des 25-34 ans ont pour cause le suicide, et la région Midi-Pyrénées (14 %) (tableau 1).

Il est cependant nécessaire de s'interroger sur l'exhaustivité des cas effectivement déclarés à l'Inserm. Les interventions médico-légales, mettant en jeu d'autres procédures de déclaration, peuvent en effet occasionner une sous-estimation statistique.

### Les tentatives de suicide

La situation est très différente en matière d'évaluation de la fréquence des tentatives de suicide. Il existe très peu de données régionales les concernant. Le protocole suivi par les ORS montre clairement qu'il est possible d'améliorer la situation dans ce domaine. En effet, dans les cinq régions, il a été possible, grâce à la participation des services d'urgence, d'aboutir à une estimation de la fréquence des tentatives de suicide accueillies par les services d'urgence des hôpitaux généraux (tableau 2), tentatives qui d'après certaines enquêtes représentent environ 80 % de l'ensemble des tentatives de suicide.

Il est vraisemblable que chaque région française pourrait suivre une telle démarche pour disposer de cet indicateur et en observer l'évolution. En revanche, les essais pour utiliser de façon plus intensive d'autres données hospitalières, en particulier celles des départements d'informations médicales (DIM), ne se sont pas révélés concluants dans un nombre suffisant de cas. Après un travail méthodologique complémentaire avec les médecins des DIM, elles pourraient cependant constituer à l'avenir un élément très important d'un système de surveillance régional. Néanmoins, la connaissance épidémiologique de la population concernée par les intentions et actes suicidaires nécessite de recourir également à des enquêtes basées sur des échantillons représentatifs, telles que celles réalisées par les équipes de l'Inserm.

### Les conditions de prise en charge

En matière de prise en charge, les études réalisées dans les cinq régions ont clai-

rement mis en évidence plusieurs aspects importants.

### Les services d'urgence

Les services d'urgence des établissements hospitaliers généraux sont nombreux à avoir mis en place des mesures spécifiques à la prise en charge des suicidants (figure 1).

La mobilisation et la sensibilisation des équipes dans ce domaine sont donc grandes. Cependant, la nature de ces prises en charge varie et il n'est pas certain que ces différences sont toujours pertinentes. Apprécier cet aspect nécessiterait de disposer de protocoles de prise en charge faisant consensus, ce qui n'est pas encore le cas actuellement. Par ailleurs, les hôpitaux les moins importants doivent faire face à certaines difficultés d'organisation, en particulier pour proposer des soins spécialisés.

### Les médecins généralistes

Les généralistes libéraux sont confrontés au problème de suicide dans leur clientèle (tableau 3).

À travers leurs réponses aux enquêtes, il semble néanmoins que leur rôle, tant au moment de la tentative de suicide que dans la prise en charge ultérieure, reste souvent flou par rapport aux services d'urgence comme par rapport aux prises en charge spécialisées en psychiatrie. Les généralistes se sentent par ailleurs démunis et en difficulté face aux personnes ayant effectué plusieurs tentatives.

Aussi bien à l'hôpital qu'en médecine libérale, il existe une demande de formation très importante. Elle concerne les médecins mais aussi les personnels paramédicaux et sociaux. Il s'agit avant tout de formations pratiques, en situation concrète.

Les attentes en matière de coordination, de liens, d'articulation entre les prises en

tableau 1

### Proportion en pourcentage des décès par suicide dans la mortalité générale (1988-1992)

	Aquitaine	Bretagne	Midi-Pyrénées	Nord Pas-de-Calais	Rhône-Alpes
15-24 ans	10,3	19,4	8,8	16,5	12,6
25-34 ans	16,8	28,3	13,9	21,7	19,3
35-44 ans	12,4	18,3	10,3	12,9	14,5
45-54 ans	6,4	9,4	5,6	5,7	6,9
55 ans et plus	1,1	1,6	0,8	1,2	1,0

Source  
Inserm,  
Exploitation  
ORS

tableau 2

### Estimation de la fréquence des tentatives de suicide accueillies en 1995 par les services d'urgence des hôpitaux non spécialisés

	Aquitaine	Bretagne	Midi-Pyrénées	Nord Pas-de-Calais	Rhône-Alpes	Ensemble
Effectifs	6 130	8 010	5 100	13 270	14 150	46 660
Taux pour 10 000 habitants de 15 ans et plus	27	36	25	44	33	33
Nombre de TS pour un décès par suicide	11	9	14	15	15	13

Source  
services  
d'urgence  
1996,  
exploita-  
tion  
estima-  
tion ORS  
1996

tableau 3

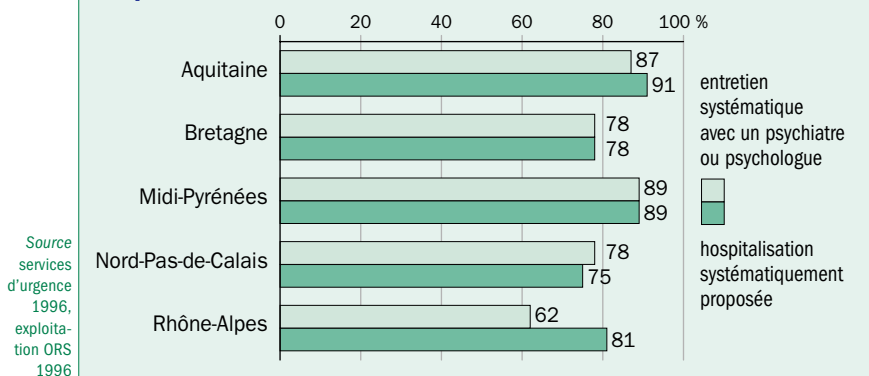
### Proportion de suicidants connus du médecin selon le rang de la tentative de suicide (en pourcentage)

	1 <sup>re</sup> tentative	2 <sup>e</sup> tentative	3 <sup>e</sup> tentative
Oui, consultait régulièrement	56	55	65
Oui, mais consultait rarement	32	30	17
Non	12	15	18
Ensemble	100	100	100

Source  
médecins  
généralis-  
tes 1996,  
exploita-  
tion ORS  
1996

figure 1

### Répartition des services d'urgence selon qu'ils proposent systématiquement un entretien avec un psychiatre et une hospitalisation



## Méthodologie

Une enquête sur les modalités d'accueil et de prise en charge des suicidants a été réalisée par voie postale auprès de l'ensemble des 167 services d'urgence des hôpitaux non spécialisés des cinq régions. L'enquête a porté sur l'avis et les pratiques des services concernant les conditions d'accueil des suicidants, les modalités de prise en charge, les orientations à la sortie des urgences, les besoins de coordination avec les autres services et la formation du personnel hospitalier.

Le taux de participation de 92 % a été particulièrement élevé montrant ainsi l'intérêt des professionnels dans ces services.

L'enquête menée dans les cinq régions auprès d'échantillons représentatifs de médecins généralistes s'est caractérisée par un fort taux de participation. En effet, 85 % des 550 généralistes contactés ont accepté de répondre à un entretien téléphonique au cours duquel étaient relevées les caractéristiques du dernier cas rencontré et les pratiques de prise en charge habituelles autour du geste suicidaire.

Le dernier aspect des bilans régionaux s'est attaché à dresser un état des lieux des actions de prévention primaire réalisées depuis 1990. Après une phase de repérage auprès des organismes susceptibles d'avoir financé, organisé ou eu connaissance d'actions, la description de chacune des actions a été réalisée par entretien téléphonique avec son responsable.

charge sont également très fortes. Elles concernent les relations ville-hôpital, mais aussi les relations généralistes-spécialistes ou encore les relations entre le médical et le social, à l'hôpital comme en ambulatoire.

### Les actions de prévention primaire

Les bilans entrepris ont montré qu'il était possible d'identifier les actions de prévention primaire du suicide mises en place dans les régions. Un tel état des lieux se révèle très utile pour mieux apprécier l'éten-

due du champ couvert par la prévention primaire. En tenant compte de l'expérience acquise et des difficultés rencontrées dans les cinq régions étudiées, un recueil d'informations de même nature pourrait sans doute être utile à d'autres régions, puis mis à jour régulièrement.

Dans les cinq régions, environ 200 actions intervenues depuis 1990 ont été recensées, mais ce nombre, déjà conséquent, n'est sans doute pas exhaustif. La nature des actions est très différente et leur portée difficile à apprécier. Leur fréquence n'est pas toujours apparue proportionnelle

à l'intensité de la mortalité par suicide ou des tentatives de suicide, témoignant ainsi de l'existence d'autres facteurs de mobilisation des acteurs régionaux.

Les actions signalées se répartissent en trois grandes catégories : les lieux et les services d'écoute, les formations de professionnels et les actions d'information. Elles concernent principalement les jeunes et le milieu urbain et dépassent souvent le cadre des gestes suicidaires pour évoquer les autres conduites à risque.

Peu d'actions font l'objet d'une réelle évaluation. Comme dans d'autres domaines, les éléments d'information et les critères nécessaires dans une telle perspective ne sont pas souvent disponibles ni recherchés.

## Conclusion

Ces différents bilans régionaux constituent une base pour l'analyse de la problématique du suicide et peuvent permettre de déboucher sur des actions précises. Toutefois, ces actions ne pourront avoir leur pleine efficacité que dans le cadre d'une politique globale de lutte contre le suicide. Dans certaines régions, des programmes régionaux de santé concernant le suicide et les tentatives de suicide ont été mis en œuvre. Ces régions peuvent ainsi disposer d'une stratégie qui, partant d'un bilan de la situation, définit clairement les objectifs et les modalités pour les atteindre, en particulier l'équilibre entre prévention et soins. Ces programmes auront d'autant plus d'impact en terme d'organisation et de cohérence des actions, qu'ils seront en capacité de regrouper les initiatives professionnelles et de permettre l'articulation des financeurs et la cohérence des modalités de financement. ■

Études réalisées par les ORS d'Aquitaine (B. Garros), de Bretagne (A. Trehony), de Midi-Pyrénées (F. Cayla), du Nord-Pas-de-Calais (L. Spinosi) et de Rhône-Alpes (P. Gayrard). Le présent article a été mis en forme à l'ORS Bretagne à partir de la synthèse générale des études.

### Pour en savoir plus

- Bilans régionaux dans le domaine des suicides et tentatives de suicide. Synthèse, 8 p., diffusion ORS Bretagne BP 1605 35016 Rennes cedex tél. 02 99 14 24 24.
- Bilans régionaux. Prévention des suicides et tentatives de suicide. État des lieux. 1995-1997. Paris : Mutualité française, Prémutam, 1998, 317 p.