

LE BULLETIN

DE L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BASSE-NORMANDIE

ISSN 0295-9887

NUMERO 12

DECEMBRE 1998

LES TENTATIVES DE SUICIDE EN BASSE-NORMANDIE

Extraits de l'enquête épidémiologique réalisée en 1997
"le Médecin Généraliste face aux tentatives de suicide en Basse-Normandie"

Introduction

En raison du taux de suicides particulièrement élevé constaté en Basse-Normandie, cette cause de décès ainsi que les tentatives de suicide (TS) ont fait l'objet d'une démarche concertée de prévention dans le cadre d'un Programme Régional de Santé (PRS) lancé en 1995. Il visait en particulier l'amélioration de la prise en charge et du suivi des suicidants. Cette orientation a été confirmée par les Conférences Régionales de Santé de 1996 et 1997. Il en est résulté un certain nombre de projets d'actions et d'études, dont la présente enquête de l'ORS auprès des Médecins Généralistes (MG). Celle-ci a pour objectif d'estimer la fréquence des tentatives de suicide, d'évaluer l'environnement psycho-social des suicidants et de caractériser leur prise en charge par le médecin généraliste.

La définition de la tentative de suicide est celle de l'OMS : «tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz ...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues ...) sont donc exclues ainsi que les auto-mutilations répétées et les refus de s'alimenter» (Source : Platt S. et al., Parasuicide in Europe : the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 97-104).

Méthode

Il s'agit d'une enquête rétrospective conduite auprès d'un échantillon tiré au sort de 200 MG parmi les 1 258 médecins généralistes exerçant en Basse-Normandie (médecins ayant une activité libérale, à l'exclusion des médecins exerçant une activité de remplacement). Le tirage au sort a été effectué indépendamment dans 4 groupes définis par 2 critères de stratification : la zone d'exercice (urbain/rural) et la tranche d'âge du médecin (inférieur ou égal à 40 ans, et supérieur à 40 ans). La demande de participation auprès des médecins généralistes a été faite par courrier avec envoi simultané du protocole d'enquête. Si le médecin acceptait de participer, le questionnaire anonyme était rempli lors d'un entretien téléphonique.

I - Les tentatives de suicide vues en 1996

Le taux de participation des médecins généralistes à cette enquête a été de 93,5% (187 MG/200).

1. Estimation du nombre de TS en Basse-Normandie

La première question posée à chaque médecin portait sur le nombre de tentatives de suicide qu'il avait été amené à voir en 1996 (dénombrement effectué de mémoire par le MG).

En 1996, 529 tentatives de suicide ont été vues par les médecins ayant répondu à cette question (183), soit en moyenne 2,9 ($\pm 0,5$) tentatives de suicide par médecin.

On peut à partir de ces chiffres estimer à 3 600 l'incidence en 1996 des tentatives de suicide médicalisées par les MG en Basse-Normandie.

Si l'on considère la population régionale de 15 ans et plus (selon l'estimation INSEE au 1^{er} janvier 1995), le taux brut de TS connues par le MG est alors de 318 pour 100 000 habitants.

On sait que le nombre de TS est au moins 10 fois supérieur au nombre de suicides "réussis" (Davidson et Philippe, 1986) ; on s'attend donc à observer environ à 360 décès par suicide en 1996, ce qui est le cas (387 en 1995 et 337 en 1996).

Chaque médecin bas-normand a été amené à voir en moyenne 3 tentatives de suicide en 1996. 25% des médecins n'en ont vu aucune.

2. Nombre moyen de tentatives de suicide vues en 1996 selon la zone d'exercice et le département

Le nombre moyen annuel de suicidants pris en charge par l'ensemble des médecins interrogés ne diffère pas significativement (NS) selon la zone d'exercice (urbain/rural), le département ou la tranche d'âge du médecin (inférieur ou égal à 40 ans et supérieur à 40 ans).

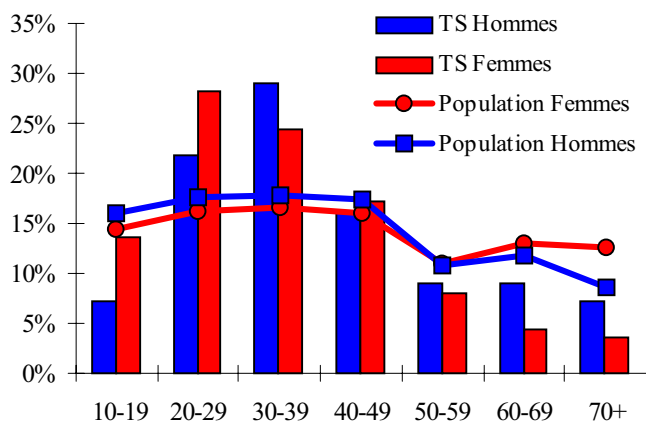
On note toutefois que le nombre de TS vues par les MG est plus important en zone rurale qu'en zone urbaine (respectivement 3,34 et 2,61 ; NS) ; cet écart est lié au moins en partie à la différence de densité en médecins généralistes.

II - Caractéristiques socio-professionnelles de la dernière TS vue par les MG

1. Sexe et âge

Dans les deux-tiers des cas les suicidants sont des femmes, cette prédominance féminine diminuant avec l'âge. Un suicidant sur deux a moins de 35 ans (55% des femmes et 43% des hommes). L'âge moyen des suicidantes est significativement moins élevé (35,0 ans) que celui des suicidants (40,2 ans).

Par rapport à la population bas-normande correspondante (10-84 ans) estimée au 1^{er} janvier 1995, la proportion des 15-44 ans est sur-représentée parmi les suicidants :



Par ailleurs, pendant la période 1993-95, la Basse-Normandie a enregistré 3 fois plus de décès par suicide chez l'homme (42 décès pour 100 000) que chez la femme (14,2). Les hommes les plus touchés sont ceux âgés de 85 ans et plus (223,8 / 100 000). Les taux féminins augmentent également régulièrement avec l'âge pour atteindre 40,6 entre 75 et 84 ans.

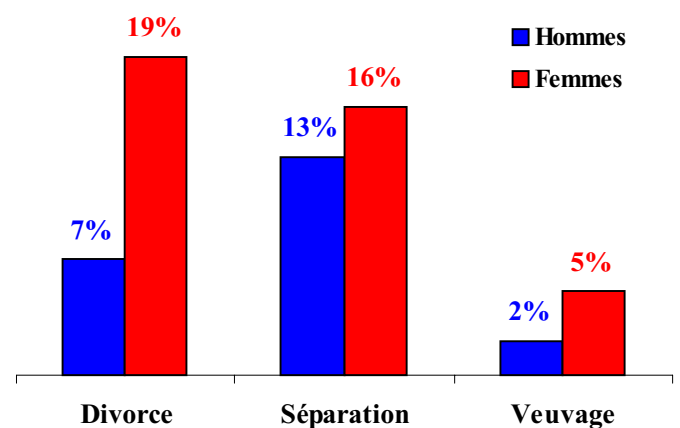
2. Moyens utilisés

Les principaux moyens utilisés sont les médicaments (dans 65% des cas), l'alcool (17%, associé avec d'autres moyens) et les tentatives d'asphyxie (6%). La part des médicaments diminue avec l'âge : de 84% avant 45 ans à 54% chez les plus de 55 ans. Parmi les autres moyens utilisés on note, par ordre d'importance, les instruments tranchants, la défenestration, l'inhalation de gaz, les armes à feu, les produits chimiques, la submersion et un accident de la route provoqué.

3. Situation professionnelle et matrimoniale des suicidants

Parmi les suicidants des deux sexes, 46% exercent une profession et 13% sont chômeurs. Parmi les femmes deux catégories sont fortement représentées : les personnes au foyer (20%) et les étudiantes (17%).

Une rupture du statut matrimonial au cours de la vie est survenue deux fois plus souvent chez les suicidantes (40%) que chez les suicidants (22%) ; pour les premières, la rupture la plus souvent rapportée est le divorce (19%) puis la séparation (16%) et le veuvage (5%) ; chez les hommes, la séparation arrive en tête (13% des suicidants) puis le divorce (7%) et le veuvage (2%).



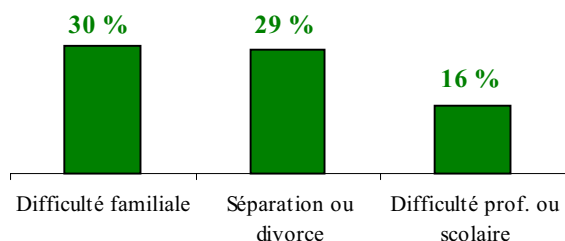
4. S'agit-il d'une première tentative de suicide ?

Dans 40% des cas, les tentatives de suicide sont des récidives ; cette proportion est plus importante parmi les femmes (42%) que parmi les hommes (34%). Cependant cette différence n'est pas significative. Le nombre de récidives est de 2 ou 3 dans 73% des cas (68% chez l'homme, 76% chez la femme ; NS). La proportion des récidives passe de 37% avant 45 ans à près de 50% après 45 ans (NS).

Explication de la TS par le médecin généraliste

L'explication la plus souvent proposée par le médecin est une situation de crise aiguë sur le plan personnel, familial ou professionnel (environ 30% des cas), puis une situation difficile chronique liée à la personnalité, la maladie, la famille ou la profession (27%). Une crise aiguë sur fond de situation chronique survient dans 13% des cas, et pour 10% il s'agit "d'un appel au secours". Ces pourcentages ne diffèrent pas selon le sexe. D'une manière générale les médecins signalent une augmentation croissante ces dernières années de la fatigue et de la "tension sociale" chez leurs patients.

5. Evénements ayant précédé l'acte suicidaire



Les événements cités sont, difficulté familiale, séparation ou divorce, et problème dans le milieu scolaire ou professionnel sans différence significative entre les deux sexes. Globalement, les pourcentages chez l'homme et la femme ne diffèrent pas significativement. Dans la plupart des cas un événement bouleversant est déclaré par le patient lui-même (75% des hommes et 84% des femmes) et peut être mis en relation avec la tentative de suicide.

Point de vue du médecin généraliste pour améliorer la prise en charge avant la TS

L'intervention psychiatrique devrait être intensifiée.

L'hospitalisation dans un hôpital général est plus facilement acceptée que la prise en charge dans un milieu spécialisé en raison de l'image négative que renvoie l'hôpital psychiatrique.

Une meilleure coordination entre les acteurs du système de soins.

Les médecins pensent que l'amélioration du travail en réseau dans les conditions d'exercice actuelles (entre services sociaux, psychiatres, établissements de soins) est à développer sans pour autant créer de nouvelles structures-relais. Est évoqué aussi le rôle que pourrait avoir l'assistante sociale ou le médecin du travail. Pour une minorité de médecins, un réseau plus formel pourrait être contacté par le patient en cas de besoin par l'intermédiaire d'un numéro vert permettant de parler à une personne particulière connue du patient, ou à une personne anonyme en fonction de la volonté de ce dernier.

Un renforcement de l'écoute et de la verbalisation.

Il faut veiller à être disponible même lorsque le patient vient consulter apparemment pour une raison somatique.

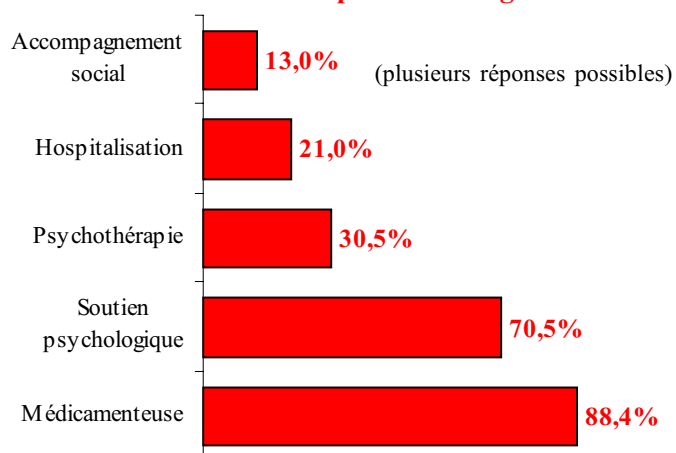
Des actions visant à augmenter l'acceptation du suivi par le suicidant.

Il peut s'agir de refus de toute prise en charge ou de refus d'un suivi psychiatrique. Il apparaît que même dans ces cas où le suicidant n'est pas demandeur d'une aide, certains médecins n'écartent pas la possibilité d'une amélioration de la situation par des actions de promotion de la santé visant les familles.

6. Prise en charge avant la TS

Près de 6 suicidants sur 10 (58%) bénéficiaient d'une prise en charge avant leur tentative de suicide ; la prise en charge des personnes ayant déjà fait une TS est deux fois plus fréquente (80%) que celle des primo-suicidants (43%).

Nature de la prise en charge



7. L'intervention du médecin généraliste

A la suite de l'intervention du médecin généraliste en première intention, 86% des suicidants sont hospitalisés (ce pourcentage ne diffère pas significativement selon le sexe et l'âge du patient) et 14% sont pris en charge à leur domicile.

La raison principale justifiant l'hospitalisation est la gravité somatique résultant de l'acte suicidaire, puis la gravité sur le plan psychique et la nécessité d'une séparation du milieu familial (14%).

8. Prise en charge de la TS après la phase aiguë

La prise en charge associe le plus souvent un soutien psychologique par le médecin généraliste à une prise médicamenteuse (17,5% des suicidants). Dans 17,5% des cas, se surajoute une psychothérapie par un psychiatre ou un psychologue.

Point de vue du médecin généraliste pour améliorer la prise en charge après la TS

Les deux principaux facteurs d'amélioration de la prise en charge après la TS concernent son acceptabilité par le suicidant et/ou sa famille et le suivi par un psychiatre ; notons à ce propos que souvent les réticences du suicidant et de sa famille sont dues à la mauvaise représentation qu'ils ont du milieu psychiatrique. Ceci est particulièrement ressenti en cas d'hospitalisation.

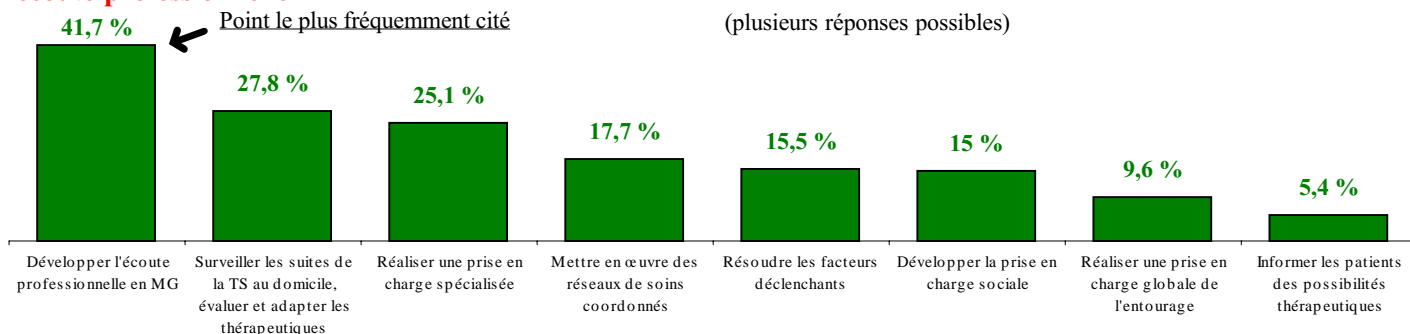
III - L'opinion des MG concernant la prise en charge des TS en général

Pour une majorité de MG, leur rôle spécifique dans le suivi des tentatives de suicide est la disponibilité et l'écoute

Etre disponible pour un suivi régulier et une prise en charge globale est considéré par les médecins généralistes enquêtés comme un de leurs rôles spécifiques dans l'accompagnement des personnes ayant tenté de se suicider : " le médecin généraliste est en première ligne pour faire face à l'urgence, écouter, juger de la gravité et prendre une décision " ; " le suivi régulier et permanent est en réalité difficile à mettre en place car le patient a souvent tendance à mettre trop rapidement fin au suivi, malgré nos efforts de persuasion ".

Les MG pensent qu'ils peuvent mettre en œuvre un soutien psychologique. Le fait de connaître le contexte, l'entourage, l'environnement du patient est un facteur favorisant la prise en charge par le MG. Ces derniers estiment devoir aider à la résolution des facteurs déclenchants .

Pour prévenir les récurrences, les médecins généralistes estiment qu'il faut principalement développer la pratique de l'écoute professionnelle



Pour la plupart des généralistes, la prévention des récurrences de TS est d'ordre médical : développer la pratique de l'écoute professionnelle, surveiller les suites de la TS au domicile et adapter les thérapeutiques, réaliser une prise en charge spécialisée. Ces dispositions, entrant dans le cadre de l'offre de soins existante et ne supposant pas de moyens nouveaux (sauf la formation aux techniques d'écoute professionnelle) représentent 60% de l'ensemble des opinions émises par les médecins.

Une moindre importance est donnée à la mise en œuvre de dispositions sociales, de réseaux de soins coordonnés ou d'une prise en charge globale de l'entourage (27% de l'ensemble des opinions).

Les commentaires des médecins font état de la difficulté d'un suivi efficace compte-tenu de l'impulsivité souvent constatée du passage à l'acte ; une telle prévention se conçoit essentiellement au cas par cas, ce qui en rend difficile la traduction en stratégie préventive.

Pour trois généralistes sur quatre une formation supplémentaire sur ce thème serait nécessaire

40% des propositions faites par les médecins généralistes concernent directement le champ de la prévention des tentatives de suicide (signes d'alerte, facteurs de risque). L'acquisition de connaissances complémentaires en psychologie (opérationnelle et théorique) semble également nécessaire, pour 40% des MG.

Les médecins (5% des opinions) estiment également qu'une formation initiale plus performante pourrait être acquise pendant les études ou à titre personnel.

Cette étude a été réalisée avec la collaboration de divers partenaires et financeurs :

L'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie (Dr Collignon),
La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Basse-Normandie (Mme Bigot, Dr Ferragu),
L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie (Dr Vallée),
Le Centre Hospitalier Universitaire de Caen (Dr Chastang)
La Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Normandie.

La Documentation

Le service de documentation est ouvert :
du lundi au jeudi de 9h à 17h et le vendredi de 9h à 16h
Appeler **Laurence BURNOUF** au **02.31.436.336**

Pour en savoir plus :

Le Médecin généraliste face aux tentatives de suicide en Basse-Normandie - Résultats de l'enquête épidémiologique
ORS de Basse-Normandie, 1998, 32 pages. **Disponible au prix unitaire de 50 Francs.**

Suicide et tentatives de suicide, aujourd'hui, étude épidémiologique

Davidson F., Philippe A., INSERM - Grandes enquêtes, 1986, 157 pages.

Case-control study of GP attendance rates by suicide cases with or without a psychiatric history

POWER K., DAVIES C., SWANSON V., GORDON D., CARTER H., British Journal of General Practice, 1997, N°47, p 211-215.

Emergence d'une priorité nationale de santé publique : l'exemple du suicide

COURET-PELLICER M., Actualité et Dossier en Santé Publique, 1998, N°23, p. 2-5.

Bilans régionaux : prévention des suicides et tentatives de suicide : Etats des lieux, 1995-1997

CNAMTS, Mutualité Française, PREMUTAM, 1998, 317 pages.

Le suicide

Conseil Economique et Social, 1993, 90 pages.

..... Information

Le site Internet de l'Observatoire Régional de la Santé : pour quoi faire ?

Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

Accueil Tableau de Bord Publication Documentation GROG Liens

➔ Présenter ses missions, ses compétences et ses limites.

➔ Rechercher les informations sanitaires disponibles sur la région : en consultant les fiches de tableau de bord régional sur la Santé en Basse-Normandie. Chacune des fiches étant la synthèse des informations sanitaires disponibles sur 9 thèmes essentiels de santé publique tels que l'offre et la consommation de soins, les personnes handicapées, etc.

Notre e-mail : orsbn@baclesse.fr

➔ Mettre au service de la population sa documentation avec plus de 8 000 références (Périodiques nationaux et régionaux, littérature grise, publications du Ministère de la Santé et des ORS, etc).

➔ Communiquer par l'intermédiaire de son service électronique et échanger des informations de façon rapide et efficace.

Notre site : <http://www.baclesse.fr/~orsbn/>

Directeur de la publication :
Dr Jean Robillard,
Président

Président du Conseil Scientifique :
Pr André Thouin

Rédaction et Maquette :
Dr Albert Collignon
Mlle Laurence Burnouf

Impression :
5 000 exemplaires