



Groupe de travail sur la prévention
du suicide et des tentatives de suicide

York, 22-26 Septembre 1986



ICP/PSF 017(S)
8037V
10 décembre 1986
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SOMMAIRE

Le groupe de travail a réuni trente et un participants de quinze pays, comprenant seize conseillers temporaires, deux représentants de centres collaborateurs de l'OMS, cinq représentants d'organisations internationales et deux observateurs.

Le cadre des discussions du groupe était défini par le but 12 de la stratégie régionale de la Santé pour tous de l'OMS, qui est ainsi formulé : "D'ici l'an 2000, la tendance actuelle croissante des suicides et des tentatives de suicide dans la Région devrait être inversée". La réunion avait principalement pour objet d'examiner les statistiques officielles sur les suicides provenant des pays européens et d'actualiser le rapport de l'OMS sur l'évolution des comportements suicidaires (Rapports et Etudes EURO, N° 74), d'examiner des propositions en vue de rassembler des données internationalement comparables sur les tendances des tentatives de suicide et les facteurs qui influent sur ces tendances, et de formuler des stratégies de prévention pouvant permettre d'atteindre le but 12.

Informations générales

De 1972 à 1984, le taux médian de suicide pour le sexe masculin dans 24 pays européens a augmenté de 42% (de 23,4 à 33,2 pour 100 000 habitants), le taux correspondant chez les femmes passant de 8,9 à 12,1, soit un accroissement de 36%. Il convient de noter en particulier les tendances en Irlande et en Irlande du Nord, où le taux de suicide chez les hommes a plus que doublé. En général, l'incidence du suicide tend à augmenter avec l'âge, les taux les plus élevés étant rencontrés dans les groupes de 65 ans et plus. Cependant, un deuxième pic commence à apparaître dans le groupe d'âge de 45 à 54 ans. Au cours de la période, il y a eu un accroissement des suicides dans la majorité des pays pour pratiquement tous les groupes d'âge. Des tendances significatives ont été observées, particulièrement chez les hommes d'âge compris entre 15 et 44 ans, et chez les femmes de 25 à 44 et de 65 à 74 ans.

SUMMARY REPORTS are issued by the Regional Office in English, French, German and Russian, but may be reproduced, or translated into any other language, providing due acknowledgement is made.

Les RAPPORTS SOMMAIRES sont publiés par le Bureau régional en allemand, anglais, français et russe, mais ils peuvent être reproduits, ou traduits dans n'importe quelle autre langue, à condition que la source soit dûment mentionnée.

KURZBERICHTE werden vom WGO-Regionalbüro in Deutsch, Englisch, Französisch und Russisch herausgegeben. Nachdruck oder Übersetzung in andere Sprachen mit Quellenangabe gestattet.

КРАТКИЕ ОТЧЕТЫ издаются Региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, но могут быть размножены или переведены на любой другой язык при наличии соответствующего уведомления.

Des rapports récents d'un certain nombre de centres avaient indiqué que l'incidence des parasuicides (au sens de dommages auto-infligés non mortels, ou de tentatives de suicide) était en baisse par rapport aux taux "épidémiques" du début des années 70, époque où ce comportement avait pris l'allure d'un problème majeur de santé publique. Cependant, un examen spécial de l'épidémiologie du parasuicide dans quatre pays européens a abouti à un résultat non uniforme. Chez les hommes, les taux de parasuicide ont augmenté régulièrement aux Pays-Bas et en Fionie (Danemark), pendant la période 1974-1984, alors que l'on observait un arrêt et même une inversion de la tendance à Edimbourg (Royaume-Uni) (année de pointe 1981) et à Mannheim (République fédérale d'Allemagne) (année de pointe 1977). Au Danemark et aux Pays-Bas, la tendance générale continuellement montante a été plus prononcée encore que dans les trois autres pays. Malgré certains doutes quant à la qualité et à la comparabilité des données, on est parvenu à la conclusion que l'incidence du parasuicide en Grande-Bretagne était sans doute plus élevée qu'ailleurs.

Conclusions

1. Les divergences portant sur la nomenclature et les définitions demeurent un obstacle pour la recherche comparative en matière de suicide. Le groupe de travail a préféré le terme de "parasuicide" pour les dommages auto-infligés non mortels (empoisonnement ou blessures). Le groupe s'est mis d'accord sur des définitions provisoires du suicide et du parasuicide. Le parasuicide a été défini comme "acte à issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure aux dosages thérapeutiques prescrits ou généralement admis, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues".

En ce qui concerne le suicide, celui-ci a été défini comme : "acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, et visant par cet acte à causer des changements désirés".

Parasuicide

2. Après avoir étudié les problèmes posés par l'exécution de recherches comparatives sur les aspects cliniques et épidémiologiques du parasuicide, le groupe de travail a conclu à la nécessité d'entreprendre un projet européen multinational coordonné portant sur deux grandes tâches de recherche :

- surveillance des tendances récentes dans l'épidémiologie du parasuicide, y compris l'identification des facteurs de risque;
- études suivies sur les populations parasuicidaires, en vue d'identifier les caractéristiques sociales et personnelles permettant de prédire un comportement suicidaire futur.

3. Les recherches récentes continuent de mettre en lumière l'importance des facteurs socio-économiques dans le parasuicide : pauvreté, chômage, mauvaise intégration sociale.

4. Le groupe de travail a appris que, d'après les données disponibles, la récurrence en matière de parasuicide marquait une tendance croissante, et que, pour la plupart des groupes d'âge, le taux de parasuicide chez les récidivistes était même plus élevé que ce taux chez les premiers auteurs.

5. Le fait que les parasuicidaires ne cherchent pas à obtenir l'aide de professionnels a beaucoup préoccupé le groupe de travail. On a avancé l'hypothèse que la réponse du personnel hospitalier pouvait avoir une incidence sur ce comportement. Cependant, les recherches récentes semblent aller à l'encontre de l'idée couramment admise selon laquelle le personnel médical aurait une attitude négative face aux parasuicides. Un autre facteur pouvant aussi dissuader certaines personnes d'accepter un traitement médical (et plus particulièrement hospitalier) pourrait être la crainte d'être déclaré malade mental. Il y aurait aussi un intérêt considérable à déterminer si les parasuicides traités avec succès au sein de la famille offraient un meilleur pronostic (en terme de récurrence par exemple) que les parasuicides traités par des services médicaux.

Suicide

6. En général, le groupe de travail a souscrit au point de vue selon lequel les statistiques officielles de suicide des pays européens sont suffisamment fiables pour l'étude des tendances dans le temps dans un pays donné. Une analyse poussée des statistiques nationales sur le suicide a aussi indiqué que les différences observées entre les pays scandinaves ne résultaient pas de différences au niveau des méthodes d'enregistrement et de classement des décès. On a cependant noté que, dans certains pays, il y avait un comptage multiple des nombres de morts par suicide provenant de différentes sources, lesquelles ne concordaient pas toujours entre elles. Dans au moins un pays européen, l'insuffisance des statistiques publiées sur le suicide était reconnue officiellement. Enfin, une analyse des tendances des suicides et décès d'origine non déterminée dans diverses parties du Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles par comparaison à l'Ecosse) donne à penser qu'une comparaison internationale de la variation de l'incidence du suicide ne serait pas nécessairement fiable.

7. On a dégagé les tendances ci-après, en jugeant qu'il fallait poursuivre les analyses à cet égard :

- taux croissant de suicide dans la majorité des pays européens : l'incidence du suicide était désormais très élevée en Autriche, au Danemark, en Hongrie et en Suisse;
- des accroissements exceptionnels des taux étaient observés en Irlande et en Irlande du Nord;
- la Norvège continue d'avoir un taux de suicide plus bas que les pays scandinaves voisins, mais les écarts sont aujourd'hui beaucoup moins marqués qu'il y a une dizaine d'années, particulièrement en ce qui concerne les hommes;
- on constate un rétrécissement des écarts liés à l'âge en matière de suicide, le taux chez les groupes d'âges jeunes progressant plus rapidement que chez les groupes d'âges élevés;

- les faits semblent indiquer une tendance croissante chez les enfants de moins de 15 ans d'âge.

8. On s'est considérablement préoccupé de l'existence d'un éventuel "effet d'émulation" suscité par les médias; en effet, les résultats de recherches indiquent que les taux de suicide augmentent après qu'il a été fait état de suicides fictifs ou réels dans la presse écrite et à la télévision.

9. Le groupe de travail a envisagé une recherche en ce qui concerne les effets sociaux et médicaux nuisibles éventuels de la réforme psychiatrique en Italie (fermeture rapide des hôpitaux de santé mentale au profit de la psychiatrie de secteur). Une étude récente ne permettait cependant pas d'établir une relation quelconque entre les variations du taux de suicide et les variations du niveau d'équipement régional en lits d'hôpitaux psychiatriques.

10. Le groupe de travail a identifié un certain nombre de groupes vulnérables à propos desquels il était jugé utile et urgent d'exécuter des expériences de prévention du suicide. Certains de ces groupes sont connus depuis longtemps : personnes souffrants d'une maladie dépressive unipolaire, personnes accoutumées ou dépendantes à l'égard de l'alcool, patients hospitalisés de psychiatrie, et personnes parasuicidaires. D'autres sont seulement devenus récemment des catégories à haut risque; c'est le cas notamment des adolescents et jeunes adultes (particulièrement ceux ayant des troubles de la personnalité et du comportement et ceux à orientation homosexuelle) et des toxicomanes.

Recommandations

1. La nomenclature et les définitions des différents types de comportement suicidaire devraient être normalisées et appliquées d'une manière uniforme dans la recherche et la pratique clinique. Les codes E950 et E959 (suicides et blessures auto-infligées) de la neuvième révision de la CIM devraient être entièrement révisés avant la publication de la dixième édition. Il est important que l'OMS encourage et coordonne cette révision.

2. Tout en estimant que l'Organisation mondiale de la santé devrait continuer à rassembler et à comparer des statistiques officielles nationales sur le suicide, le groupe de travail n'a pas approuvé la recommandation selon laquelle le Bureau régional pour l'Europe devrait utiliser les dossiers hospitaliers ou de la police pour suivre l'incidence du parasuicide. Par contre, il a demandé instamment à l'OMS d'encourager et de soutenir un projet de recherche multinationale comprenant des enquêtes par zone de desserte des cas de parasuicide traités dans tous les types de services de santé. On a souhaité qu'à long terme les gouvernements nationaux étudient des moyens plus efficaces et plus fiables pour évaluer l'incidence du parasuicide, qu'il soit traité médicalement ou non.

3. Le groupe de travail a recommandé que l'OMS aide à stimuler et à coordonner un effort de recherche soutenu sur les aspects suivants :

- existence éventuelle d'un effet d'émulation suscité par les médias;
- détermination du comportement suicidaire chez les adolescents et les jeunes adultes;

- effet de la fermeture des hôpitaux psychiatriques;
- rôle des facteurs sociaux et économiques, en particulier le chômage (de longue durée) et la pauvreté;
- facteurs de prédiction des récurrences en matière de parasuicide;
- rôle des troubles de la personnalité et du comportement, particulièrement chez les jeunes qui en viennent au suicide.

4. L'OMS devrait encourager la collaboration entre centres d'information dans le monde, et s'efforcer d'établir un organe centralisateur pour les articles, livres, etc. sur le comportement suicidaire dans toutes les langues principales du monde.

Stratégies de prévention primaire - rôle de l'Etat

5. L'Etat a un rôle important à jouer en instaurant des conditions favorisant l'adoption d'un mode de vie sain et réduisant les risques de comportement parasuicidaire. A cette fin, il pourrait par exemple : réduire la disponibilité des stupéfiants, des poisons, des médicaments dangereux en surdosage (pouvant être obtenus sans ordonnance dans de nombreux pays) et des armes; augmenter le prix de l'alcool; freiner, et inverser si possible la progression du chômage, en particulier de longue durée, en relançant l'activité économique; mettre en place un "filet de sécurité" financier et social efficace pour l'ensemble de la population; combattre la dégradation physique et la désorganisation sociale au centre des villes; chercher à modifier les attitudes du public qui rendent plus vulnérables encore les groupes à risque (par exemple, brimades et discriminations à l'égard des chômeurs ou des malades mentaux).

6. L'Etat devrait renforcer les prestations fournies par les services sanitaires et autres dans le cadre d'une action générale contre les problèmes de santé mentale. Cette action pourrait inclure une recherche épidémiologique visant à promouvoir la santé mentale en tant qu'élément prioritaire de la santé publique. Dans les pays où il existe un service national de santé, le secteur psychiatrique devrait faire partie intégrante de celui-ci de manière que les patients et généralistes puissent faire pleinement usage des services de santé mentale qui existent.

7. Un effort important devrait être exécuté à tous les niveaux du secteur de l'éducation pour diffuser des informations sur l'adoption d'un mode de vie plus sain, y compris en ce qui concerne le comportement face au sentiment de découragement ou d'échec et aux pulsions suicidaires, ainsi que sur les risques de santé liés à la consommation d'alcool et de drogue. Il pourra être nécessaire de modifier les attaches entre système de santé et système d'éducation afin de pouvoir dispenser de la manière la plus efficace l'éducation à cet égard.

8. L'Etat devrait coordonner une campagne nationale en vue d'informer le grand public sur l'épidémiologie, les causes et les conséquences des comportements suicidaires, et devrait s'efforcer de combattre les attitudes résultant des préjugés et de l'ignorance pour instaurer un climat de compassion, de compréhension et d'entraide.

Stratégies de prévention secondaire

9. Des mesures devraient être prises pour améliorer l'éducation et la formation du personnel médical, y compris les généralistes et médecins hospitaliers, et les autres personnels appelés à intervenir en cas de crise, tels que police et pompiers. En particulier, il faudrait distribuer à ces personnes des instructions plus complètes sur la manière d'identifier les catégories à haut risque, personnes dépressives par exemple, et sur le traitement immédiat (techniques de réanimation notamment) et ultérieur de ceux qui ont commis un acte suicidaire.
10. D'autres études devraient être exécutées en ce qui concerne les personnes détenues ou les personnes placées dans certains types d'établissement (prisons, hôpitaux psychiatriques), en vue de mettre au point des méthodes pour faire baisser la fréquence élevée des comportements suicidaires dans ces établissements.
11. Des études pour l'évaluation d'actions bien conçues en faveur de tous les groupes à haut risque devraient être exécutées. Ces actions devront être mieux coordonnées entre les professions participantes, afin que chaque client puisse recevoir les soins dont il a besoin, au moment voulu, de la personne qualifiée. Il faudrait aussi continuer à étudier les aspects conceptuels, méthodologiques et techniques liés à l'évaluation de la réussite ou de l'échec de ces interventions.
12. Les programmes de formation et méthodes d'intervention en cas de crise devraient être soumis à une évaluation sérieuse. Il faut informer les organismes participants sur la manière d'interpréter les messages des personnes désespérées et suicidaires, et sur les actions susceptibles d'atténuer, et non pas d'aggraver, le risque de comportement parasuicidaire.