

Organisation mondiale de la Santé  
Bureau régional de l'Europe  
Copenhague



Rapports et Etudes EURO 74

# L'évolution des comportements suicidaires

Rapport sur une réunion de l'OMS

Athènes, 29 septembre — 2 octobre 1981

ISBN 92 890 2240 X

© Organisation mondiale de la Santé 1984

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport exprime les vues collectives des participants à une réunion et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

IMPRIME AU DANEMARK

## SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Introduction . . . . .	1
L'évolution des comportements suicidaires . . . . .	2
Les tendances suicidaires . . . . .	2
Validité et fiabilité des statistiques des suicides . . . . .	15
Explications des tendances suicidaires . . . . .	20
Les tendances des tentatives de suicide . . . . .	28
Validité et fiabilité des statistiques des tentatives de suicide . . . . .	31
Explications des tendances des tentatives de suicide . . . . .	33
Possibilités et stratégies de prévention des suicides . . . . .	36
Interventions en cas de détresse ou de tentative de suicide . . . . .	38
Conclusions . . . . .	40
Suicide . . . . .	40
Tentatives de suicide . . . . .	41
Recommandations . . . . .	42
Bibliographie . . . . .	43
Annexe 1     Liste des participants . . . . .	45



## INTRODUCTION

Sur l'invitation du Gouvernement de la Grèce, le Bureau régional de l'Europe de l'OMS a réuni à Athènes, du 29 septembre au 2 octobre 1981, un groupe de travail chargé d'étudier l'évolution des comportements suicidaires.

Dix conseillers temporaires venus de neuf pays européens et deux observateurs grecs ont participé à la réunion, à laquelle étaient également représentées l'Association internationale pour la Prévention du Suicide, la Fédération internationale des Services de Secours par Téléphone, la Fédération mondiale pour la Santé mentale et l'Association mondiale de Psychiatrie. Après avoir souhaité la bienvenue aux participants, le Professeur S.A. Doxiadis, Ministre grec de la Santé, a déclaré qu'il s'intéressait personnellement au thème de la réunion et a exprimé le vœu que celle-ci remporte un succès total.

Le groupe a choisi pour président le Professeur C. Stefanis, pour rapporteur le Dr P. Kennedy, et pour secrétaire de Dr J.H. Henderson.

Parmi toutes les grandes causes de décès en Europe, le suicide se situe toujours entre la cinquième et la dixième place. Les «autopsies psychologiques» ont montré que les personnes qui se donnaient la mort souffraient pour la plupart de maladies mentales curables.

Depuis les premières années 60, les pays européens signalent une augmentation constante du pourcentage de suicides, sauf en Angleterre et au Pays de Galles, ainsi qu'en Grèce, où ce pourcentage a baissé sensiblement. L'étude des états qui expliqueraient ces hausses et ces baisses pourrait présenter un grand intérêt pour la prévention. Cependant, un rapport de l'OMS (1) a naguère sérieusement mis en doute la fiabilité des statistiques officielles du suicide.

Depuis vingt ans, le pourcentage de tentatives de suicide a lui aussi augmenté énormément dans presque tous les pays européens, y compris l'Angleterre et le Pays de Galles ainsi que la Grèce. La tentative de suicide constitue aujourd'hui l'un des motifs les plus courants d'hospitalisation. Les tentatives de suicide diffèrent tellement, par leurs caractéristiques démographiques, sociales et cliniques, des suicides proprement dits, qu'il faut étudier séparément leurs causes ainsi que les stratégies à utiliser pour les prévenir. Comme,

dans de nombreux cas, la volonté de se donner la mort est alors faible ou inexistante, on a proposé d'autres termes, par exemple celui de «para-suicide». On retiendra ici celui de «tentative de suicide», qui met en relief la relation entre ce comportement et le suicide proprement dit, mais qui couvre tous les actes sans issue fatale d'automutilation ou d'auto-empoisonnement, et qui, dans le cas des intoxications médicamenteuses, signifie que la dose prescrite a été délibérément dépassée. La plupart des autorités utilisent maintenant cette définition de travail.

Le groupe de travail ne s'est pas contenté d'analyser les tendances modernes, ni de rechercher de nouveaux indices concernant les causes de ces comportements ou de nouvelles idées à appliquer pour prévenir les suicides et les tentatives de suicide; il a également étudié en effet les tentatives de prévention qui n'avaient remporté aucun succès, car il faut comprendre les raisons de ces échecs afin d'éviter à l'avenir un gaspillage de ressources.

## L'EVOLUTION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

### Les tendances suicidaires

On sous-estime toujours l'importance des suicides. Cependant, ce n'est pas la constatation de leur nombre absolu qui importe; il s'agit plutôt de se demander si les différences *relatives* tiennent à des déclarations systématiquement faussées dans certains cas ou à de réelles différences de propension au suicide selon les populations. On décrira ici tout d'abord les principales tendances qui se dégagent des statistiques officielles, avant de considérer la question de la fiabilité de ces statistiques.

Dans tous les pays européens, le suicide est plus courant chez les sujets moins jeunes et chez les hommes que chez les femmes. Les différences peuvent être si grandes que les tendances des taux bruts n'ont de valeur indicative que si l'on ventile les statistiques par sexe et par âge.

Le tableau 1 donne les dernières indications connues concernant les pays de la Région européenne qui publient des statistiques des suicides. Les chiffres diffèrent beaucoup d'un pays à l'autre depuis le début du siècle, mais le classement des pays en fonction de ces chiffres n'a guère changé durant cette période. Les tableaux 2 et 3 présentent l'évolution des cas de suicide masculins et féminins de 1901 à 1977. Les premiers n'accusent aucune tendance générale cohérente, tandis que les seconds manifestent une nette tendance à la hausse.

Dreyer (2) a analysé en détail les tendances des proportions par âge entre 1901 et 1954 et a constaté qu'elles avaient légèrement fléchi presque partout dans le cas des jeunes adultes. Chez les sujets d'âge mûr (plus de 40 ans), il a observé une baisse des proportions chez les hommes, mais pas chez les

Tableau 1. Décès par suicide  
dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé  
(dernières statistiques connues)

Pays	Année	Hommes		Femmes		Total	
		Nbre	Nbre par 100 000	Nbre	Nbre par 100 000	Nbre	Nbre par 100 000
Allemagne, Rép. féd. d'	1980	8 332	28,3	4 536	14,1	12 868	20,9
Autriche	1980	1 342	37,8	590	14,9	1 932	25,7
Belgique	1977	1 201	25,0	673	13,4	1 874	19,1
Bulgarie	1980	842	19,1	364	8,2	1 206	13,6
Danemark	1980	1 039	41,1	579	22,3	1 618	31,6
Espagne	1978	1 094	6,1	413	2,2	1 507	4,1
Finlande	1978	963	41,9	237	9,7	1 200	25,2
France	1978	6 447	24,7	2 711	10,0	9 158	17,2
Grèce	1979	186	4,0	91	1,9	277	2,9
Hongrie	1980	3 344	64,5	1 465	26,5	4 809	44,9
Irlande	1978	106	6,4	57	3,5	163	4,9
Islande	1980	14	12,2	10	8,8	24	10,5
Italie	1978	2 563	9,3	1 092	3,8	3 657	6,4
Luxembourg	1980	35	19,7	12	6,5	47	12,9
Malte	1977	0	—	—	—	0	—
Norvège	1980	370	18,3	137	6,6	507	12,4
Pays-Bas	1980	901	12,8	529	7,4	1 430	10,1
Pologne	1979	3 766	21,8	732	4,0	4 498	12,7
Portugal	1979	701	15,0	251	4,8	952	9,7
Royaume-Uni							
Angleterre et Pays de Galles	1980	2 629	11,0	1 692	6,7	4 321	8,8
Ecosse	1981	339	13,6	177	6,6	516	10,0
Irlande du Nord	1978	38	5,0	32	4,1	70	4,5
Suède	1980	1 137	27,6	473	11,3	1 610	19,4
Suisse	1980	1 128	36,7	493	15,2	1 621	25,7
Tchécoslovaquie	1975	2 345	32,5	896	11,8	3 241	21,9

Source : Banque de données de l'OMS.

Tableau 2. Variations des proportions de suicides parmi les hommes, de 1901 à 1977 (suicides par 100 000 sujets de tous âges)

Pays	1901 - 1903	1910 - 1912	1920 - 1921	1952 - 1954	1955 - 1959	1970 - 1973	1975 - 1977
Allemagne	34	34	29	26 <sup>a</sup>	26 <sup>a</sup>	27 <sup>a</sup>	29 <sup>a</sup>
Autriche			31	32	34	33	35
Belgique	21	22	19	20	20	21	23
Danemark			20	32	30	30	30
Espagne	3	7	8	9 <sup>b</sup>		7	6
Finlande	9	15	18	30	34	36	42
France				24	25	23	23
Irlande	5	5	4	3	4	4	7
Italie	10	12	11	9	9	8	8
Luxembourg				15		21	
Norvège	9	9	8	11	12	13	16
Pays-Bas	10	9	10	8	8	10	11
Portugal	7 <sup>c</sup>	9 <sup>d</sup>	9		15	14	14
Royaume-Uni							
Angleterre et Pays de Galles	15	15	14	14	15	9	10
Ecosse	9	9	8	8	11	9	10
Irlande du Nord				5	5	4	5
Suède	23	30	24	27	29	30	28
Suisse	38	39	36	33	31	27	33

Augmentations	7	3	7	8	6	11
Diminutions	1	9	5	2	8	2
Sans changement	5	1	2	5	2	4
<i>P</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,02

Augmentations	4	9
Diminutions	8	5
Sans changement	0	2
<i>P</i>	n.s.	n.s.

<sup>a</sup> République fédérale d'Allemagne seulement.

<sup>b</sup> 1952 - 1953 seulement.

<sup>c</sup> 1902 - 1903 seulement.

<sup>d</sup> 1910.

n.s. : non significatif.

Tableau 3. Variations des proportions de suicides parmi les femmes, de 1901 à 1977 (suicides par 100 000 sujets de tous âges)

Pays	1901 - 1903	1910 - 1912	1920 - 1921	1952 - 1954	1955 - 1959	1970 - 1973	1975 - 1977
Allemagne	9	10	14	12 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>	15 <sup>a</sup>	15 <sup>a</sup>
Autriche			13	15	15	14	14
Belgique	4	6	7	7	8	10	12
Danemark			7	15	14	17	18
Espagne	1	2	2	3 <sup>b</sup>		2	2
Finlande	2	4	4	7	9	10	10
France				7	9	9	9
Irlande	1	2	1	1	1	1	3
Italie	2	4	4	4	4	4	4
Luxembourg				5		8	
Norvège	2	2	2	3	4	5	6
Pays-Bas	3	3	4	4	5	7	7
Portugal	2 <sup>c</sup>	3 <sup>d</sup>	4		4	4	4
Royaume-Uni							
Angleterre et Pays de Galles	5	5	5	5	9	6	6
Ecosse	3	3	3	4	6	6	7
Irlande du Nord				2	2	3	3
Suède	5	7	6	8	9	12	11
Suisse	8	8	10	11	11	11	13
Augmentations	8	5	8	9	8	6	
Diminutions	0	2	1	1	2	1	
Sans changement	5	6	5	5	6	10	
P	0,01	n.s.	0,05	0,02	0,10	n.s.	
Augmentations		10			13		
Diminutions		0			2		
Sans changement		2			1		
P		<0,01			<0,01		

<sup>a</sup> République fédérale d'Allemagne seulement.

<sup>b</sup> 1952 - 1953 seulement.

<sup>c</sup> 1902 - 1903 seulement.

<sup>d</sup> 1910.

n.s. : non significatif.

femmes, dans la majorité des pays. Parmi les personnes âgées (plus de 60 ans), chez qui on recense le plus grand nombre de suicides dans tous les pays, la proportion de suicides féminins a augmenté presque partout en Europe, tandis que celle des suicides masculins n'a marqué aucune tendance cohérente.

Certaines de ces tendances se sont nettement inversées depuis vingt ans, comme le montrent le tableau 4 et les figures 1 et 2. Depuis 1960, les pays où la proportion des suicides de jeunes adultes des deux sexes a augmenté sont plus nombreux que ceux où elle a diminué. Parmi les personnes âgées, les proportions parmi les hommes ont amorcé une augmentation, dans le même temps qu'elles continuaient à croître parmi les femmes.

Les hypothèses plausibles pour expliquer ces tendances ne manquent pas. Ainsi, l'évolution du rôle de la femme au cours du siècle peut expliquer l'accroissement de la proportion de suicides féminins. Les transformations radicales des mentalités et des valeurs intervenues depuis vingt ans risquent d'influencer davantage les jeunes adultes que d'autres. Enfin, la pyramide des âges s'est modifiée au point de poser un «problème de gériatrie» dans la plupart des pays européens au cours de cette période.

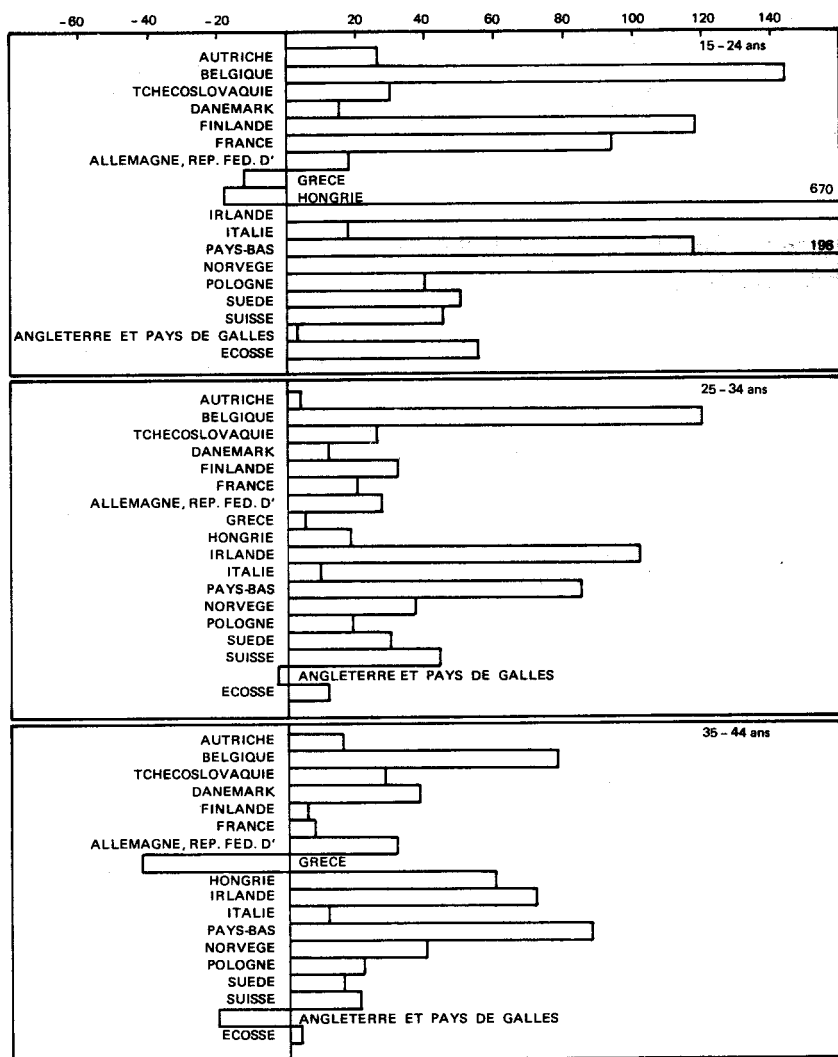
Les tendances observées en Europe pendant les deux guerres mondiales et durant la crise économique des années 30 n'ont pas manqué de confirmer les théories de Durkheim (3) sur les causes sociales du suicide. Le tableau 5 fait ressortir la chute des pourcentages pendant les guerres. Pour Durkheim, la menace de guerre, en pesant sur tous, resserre la cohésion des communautés et diminue ainsi les risques de solitude et d'aliénation pour chacun. Comme le montre la figure 3 dans le cas de l'Angleterre et du Pays de Galles, l'effet de guerre a surtout touché les non-combattants d'un certain âge. Dans le tableau 6, par contre, on voit à quel point le pourcentage de suicides a augmenté au plus fort de la crise économique par rapport à 1921-1923, époque de stabilité économique relative. Durkheim aurait pu prévoir que c'était parmi les personnes d'âge moyen et les personnes âgées qu'on allait trouver la plus forte augmentation des pourcentages de suicides (voir fig. 3), car ces personnes ont plus de mal que les autres à trouver un travail et à assurer leur sécurité économique.

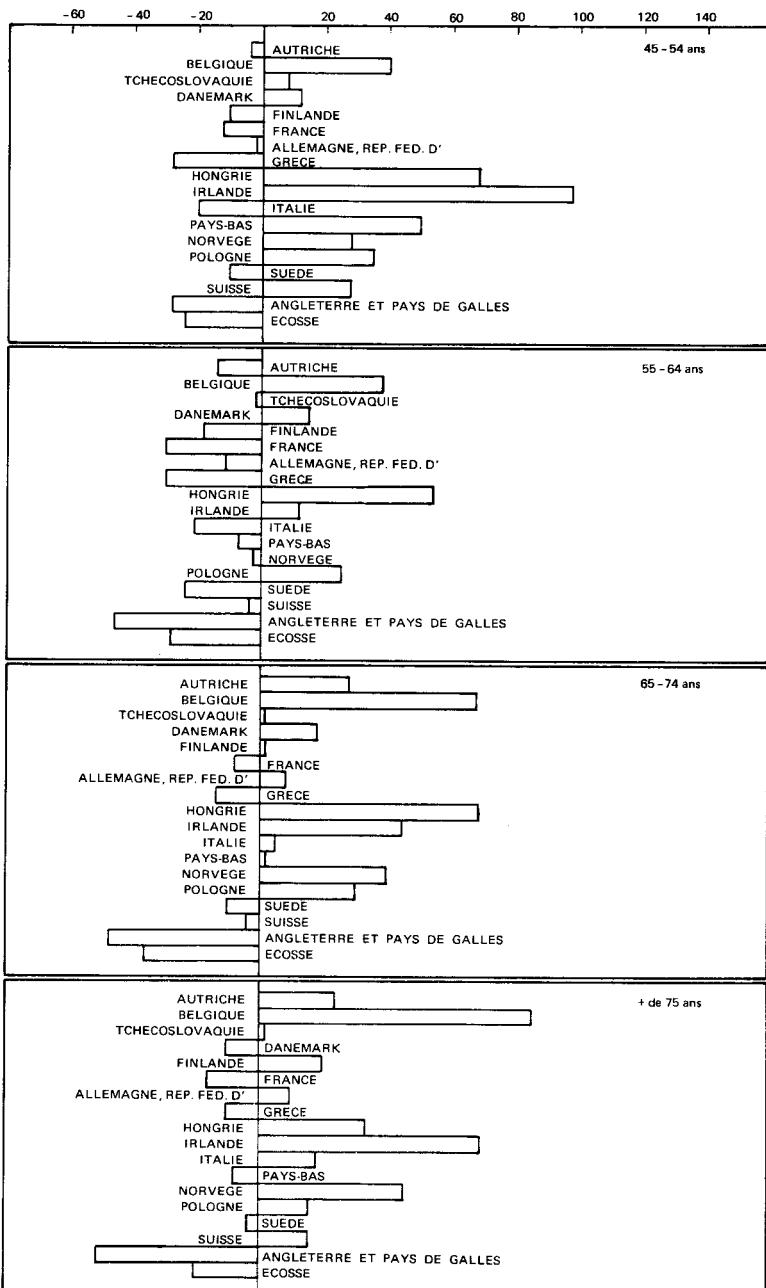
Le groupe de travail a relevé d'autres tendances plus récentes et d'une telle ampleur qu'elles méritent qu'on s'y attarde. Les pourcentages auraient baissé de 34% en Angleterre et au Pays de Galles (ce qui représente 2000 vies par an) entre 1961 et 1974. Cette baisse a concerné surtout les personnes âgées, alors que partout ailleurs en Europe, sauf en Grèce, leur mortalité par suicide a fortement augmenté. Les pays où le pourcentage de suicides a augmenté à peu près autant qu'il a baissé en Angleterre et au Pays de Galles sont : la Hongrie (49%), l'Irlande (38%), le Danemark (34%), les Pays-Bas (34%) et la Pologne (34%).

La Hongrie, qui avait déjà une proportion élevée de suicides il y a quarante ou cinquante ans, occupe aujourd'hui encore, de ce point de vue, la première place en Europe. Le groupe a eu connaissance de statistiques jusque-là non

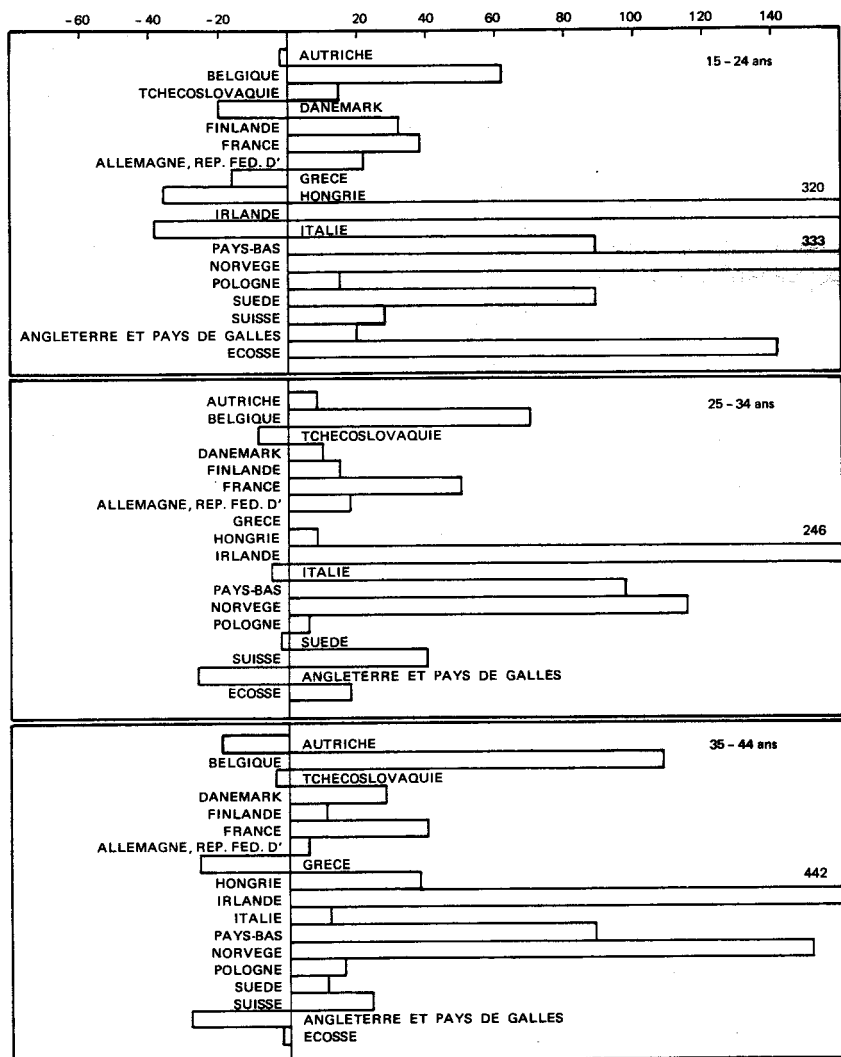


Fig. 1. Variations des pourcentages de suicides masculins de 1960-64 à 1975-77, par groupes d'âges, dans 18 pays européens





**Fig. 2. Variations des pourcentages de suicides féminins de 1960-64 à 1975-77, par groupes d'âges, dans 18 pays européens**



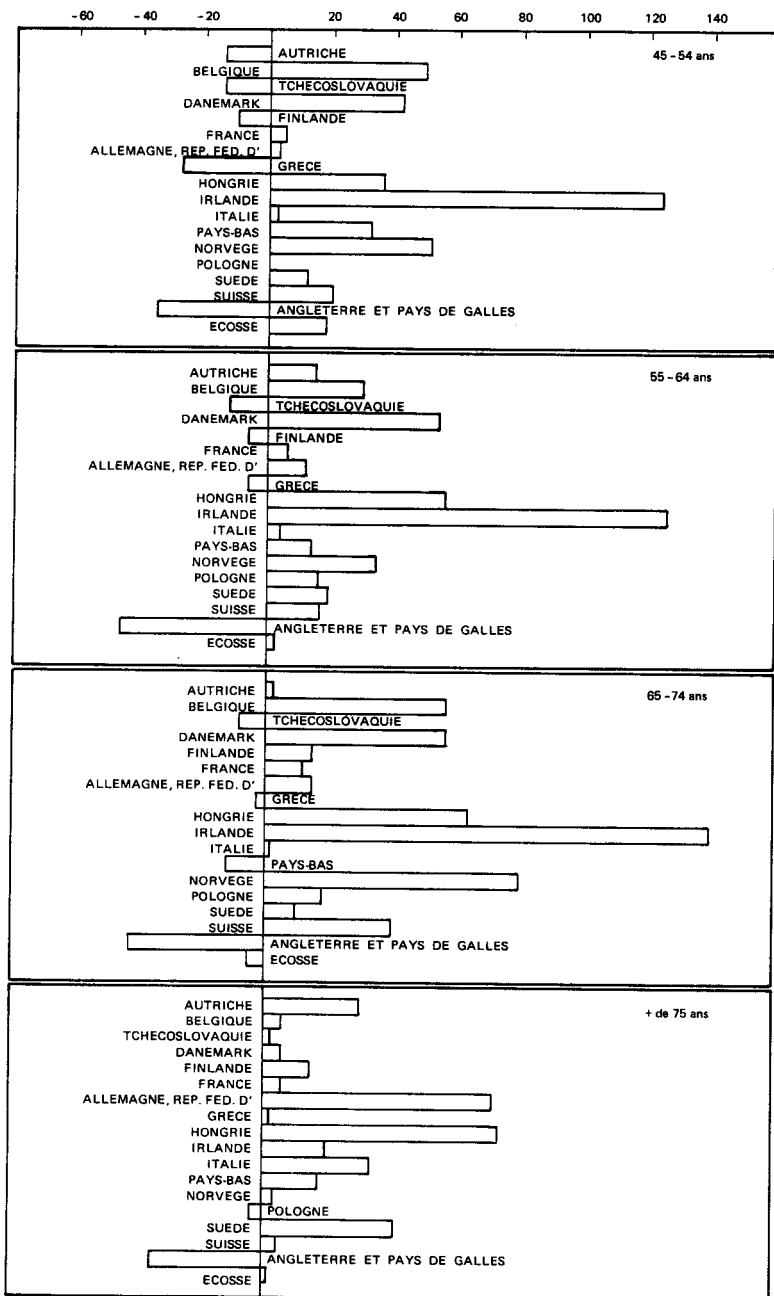


Tableau 5. Effets de la guerre sur la proportion des suicides, par sexe, dans les pays belligérants et dans les pays neutres (suicides par 100 000 sujets de 15 ans ou plus)

Pays	Hommes			Femmes		
	1938	1944	Différence en %	1938	1944	Différence en %
<i>Pays belligérants</i>						
Australie	16,4	9,9	- 40	5,0	4,9	- 2
Autriche <sup>a</sup>	60,7	28,1	- 54	28,6	13,8	- 52
Belgique	27,6	18,1	- 34	8,6	6,5	- 24
Canada	13,1	8,9	- 32	3,7	3,2	- 14
Danemark	28,9	24,0	- 17	12,9	20,5	+ 59
Etats-Unis d'Amérique	23,5	14,9	- 37	6,9	5,4	- 22
Finlande	32,8	27,7	- 16	7,3	5,3	- 27
France	31,0	18,2	- 41	8,9	6,1	- 31
Italie	11,0	6,0	- 45	3,6	2,0	- 44
Japon <sup>b,c</sup>	21,0	18,7	- 11	12,9	12,9	0
Norvège	10,7	8,2	- 23	5,3	9,8	- 85
Nouvelle-Zélande	19,5	14,6	- 25	5,1	5,7	- 12
Pays-Bas	11,6	7,4	- 36	5,4	5,6	+ 4
Royaume-Uni						
Angleterre et Pays de Galles	18,0	13,5	- 25	8,2	5,8	- 29
Ecosse	12,3	9,1	- 26	6,3	4,5	- 29
Irlande du Nord	6,9	5,6	- 19	6,9	5,6	- 19
Union Sud-Africaine	15,5	10,7	- 31	5,0	3,4	- 32
<i>Pays neutres</i>						
Chili	6,8	6,5	- 4	2,5	2,3	- 8
Espagne <sup>d</sup>	6,9	8,8	+ 28	2,3	2,6	+ 13
Irlande	4,7	4,6	- 2	1,8	0,6	- 67
Portugal	16,6	13,9	- 16	5,0	4,8	- 4
Suède	25,0	20,6	- 18	6,8	5,7	- 16
Suisse	38,4	37,2	- 3	11,6	14,7	+ 27

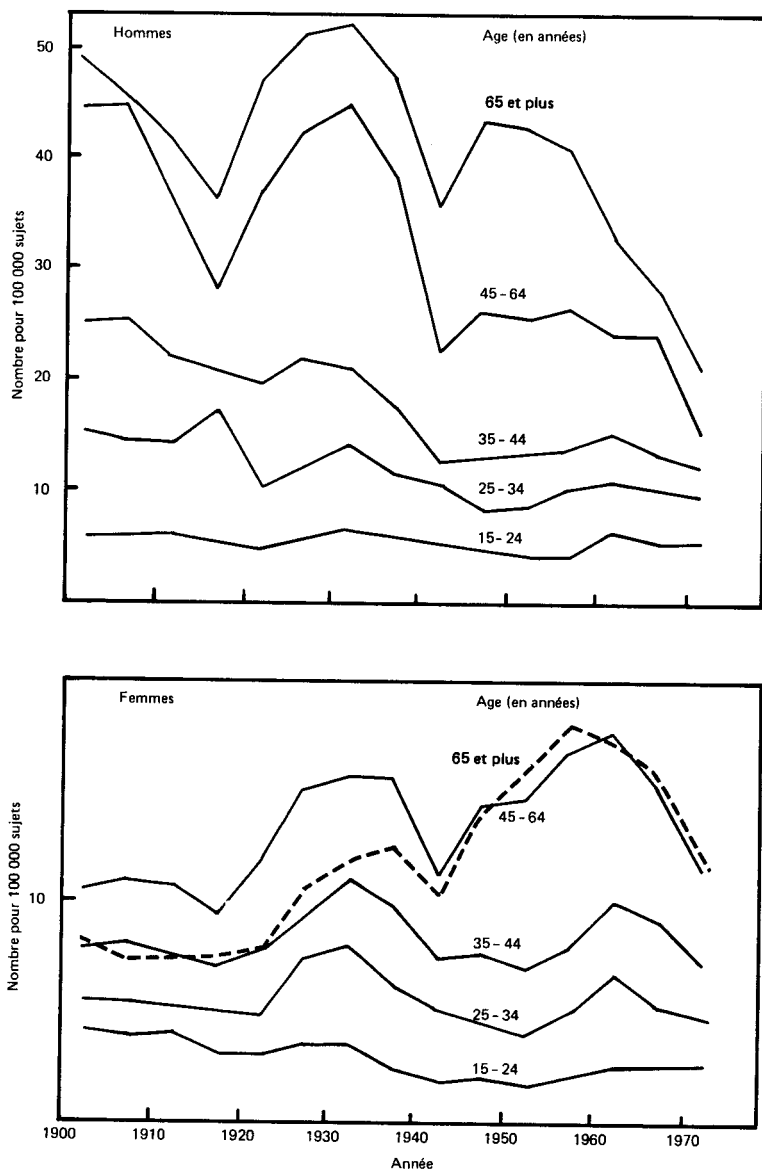
<sup>a</sup> Les chiffres les plus récents concernant l'Autriche sont ceux de 1946 (1938 = «Anchluss»).

<sup>b</sup> Le Japon était également en guerre en 1938.

<sup>c</sup> Les chiffres les plus récents concernant le Japon sont ceux de 1947.

<sup>d</sup> Guerre civile en Espagne en 1938.

**Fig. 3. Proportion de suicides en Angleterre et au Pays de Galles, 1900 - 1974, par âge et par sexe**



Source : Rapports statistiques de la Direction générale de l'Etat civil.

Tableau 6. Variations de l'incidence des suicides, par sexe et par âge, dans certains pays entre 1921-1922 et 1931-1932 (crise économique)<sup>a</sup>

Pays	Hommes			Femmes		
	20 - 39 ans	40 - 49 ans	> 60 ans	20 - 39 ans	40 - 49 ans	> 60 ans
Allemagne	- 3	+ 17	+ 1	+ 13	+ 28	+ 15
Australie	+ 25	+ 10	0	0	+ 17	- 7
Belgique	+ 29	+ 19	+ 19	- 6	+ 18	+ 2
Canada	+ 29	+ 48	+ 33	+ 32	+ 15	+ 23
Chili	+ 96	+ 150	+ 41	+ 90	+ 200	inc. <sup>b</sup>
Danemark	+ 13	+ 22	- 9	+ 88	+ 6	+ 5
Espagne	- 5	+ 36	+ 23	+ 14	+ 26	+ 33
Etats-Unis d'Amérique	+ 6	+ 28	+ 36	+ 19	+ 21	+ 20
Finlande	+ 108	+ 58	+ 68	+ 39	+ 42	+ 13
France	+ 8	+ 3	0	- 5	+ 5	- 5
Italie	+ 5	+ 76	+ 55	- 4	+ 47	+ 52
Norvège	+ 22	+ 35	+ 49	+ 63	+ 18	- 24
Nouvelle-Zélande	- 10	+ 26	+ 19	- 5	+ 28	+ 47
Pays-Bas	- 14	+ 11	- 1	+ 15	+ 54	+ 38
Portugal	+ 14	+ 61	+ 54	- 10	+ 5	+ 46
Royaume-Uni						
Angleterre et Pays de Galles	+ 41	+ 20	+ 16	+ 42	+ 32	+ 45
Ecosse	+ 56	+ 77	+ 76	+ 128	+ 91	+ 68
Suède	- 9	+ 8	- 2	+ 3	- 2	- 15
Suisse	+ 13	+ 5	+ 5	- 4	+ 13	- 9
Union Sud-Africaine	+ 10	- 4	+ 17	+ 63	+ 104	+ 35
Nombre d'augmentations	15	19	15	13	19	14
Nombre de diminutions	5	1	3	6	1	5
Sans changement ou nombre inconnu	0	0	2	1	0	1
Test de signification à deux entrées <i>P</i>	0,042	<0,001	0,008	0,168	<0,001	0,064
Nbre de fois où le groupe d'âges s'est situé en tête :						
pour l'augmentation	6	11	3	5	10	5
pour la diminution	5	1	1	4	0	4

<sup>a</sup> Variation en pourcentage, base mortalité vers 1920-1921 = 100.

<sup>b</sup> inc. = inconnu.

publiées qui révèlent l'existence de pourcentages aussi élevés que ceux de la Hongrie dans les régions industrialisées et relativement prospères du nord de la Yougoslavie. On relève des pourcentages particulièrement élevés parmi les personnes âgées des zones rurales que beaucoup de jeunes ont délaissées pour se rendre dans les villes industrielles. En revanche, c'est dans certaines zones rurales de la Yougoslavie méridionale, la Macédoine par exemple, que l'on observe les pourcentages les plus faibles d'Europe.

Pendant de nombreuses années, la proportion de suicides en Norvège a été deux fois plus faible que dans les pays voisins (Danemark, Finlande et Suède). Cela s'expliquerait peut-être par une meilleure cohésion familiale; des études sont en cours en vue de confirmer cette explication et d'en apporter peut-être d'autres.

### **Validité et fiabilité des statistiques des suicides**

La question primordiale est de savoir si le nombre des erreurs commises au moment de déterminer s'il y a vraiment eu suicide ou non varie à tel point d'une population à l'autre qu'il peut expliquer les écarts entre pourcentages. Selon Douglas (4) notamment, les réactions face aux suicides, qui sont propres à chaque culture, exercent une telle influence sur la définition du phénomène que les statistiques officielles n'ont aucune valeur. Un rapport de l'OMS (1) analyse très bien les différentes définitions du suicide en usage dans les pays européens. Il présente les résultats d'une étude comparant les conclusions des «*coroners*» anglais et de leurs homologues danois dans quarante cas choisis en raison de leur ambiguïté. Comme les uns et les autres sont arrivés rarement à la même conclusion, et que les Danois ont conclu plus souvent au suicide, on en a déduit que ces différences entre observations pouvaient expliquer les divergences entre les statistiques officielles des deux pays, et donc que les pourcentages officiels n'avaient qu'une valeur très limitée.

Conscient de ces critiques fondamentales, le groupe de travail s'est donné pour tâche principale de déterminer si une étude plus approfondie des statistiques officielles pourrait se révéler fructueuse. Il a pris en considération les faits suivants.

1. Ross & Kreitman (5) ont comparé les conséquences que peuvent avoir, sur les statistiques des suicides, deux approches médico-légales nettement différentes, celle adoptée en Ecosse et celle en usage en Angleterre et au Pays de Galles. Leur étude avait surtout pour but de montrer si les différences d'une région à l'autre tenaient ou non à la façon de reconnaître les cas de suicide. Il s'agissait d'hommes âgés de 25 à 44 ans ou de 65 à 84 ans, car les différences entre les deux régions sont le plus marquées pour ces deux groupes démographiques. Les cas se succédant dans l'ordre chronologique n'avaient donc pas fait l'objet d'un choix, et leur nombre était suffisant. Les auteurs ont constaté que les instances médico-légales des deux régions

avaient porté des jugements très semblables, et ils ont conclu que les différentes approches n'expliquaient pas les différences entre pourcentages statistiques.

2. Sainsbury & Barraclough (6) ont comparé le classement par ordre de grandeur des pourcentages de suicides parmi les immigrés venus aux Etats-Unis de onze pays différents, avec ceux communiqués par leurs pays d'origine (tableau 7). Les cas de suicide dans les différents groupes d'immigrés avaient tous été déterminés selon la méthode américaine, tandis que les cas de suicide dans les pays d'origine l'avaient été selon les méthodes particulières à chacun d'eux. Les classements par ordre de grandeur des groupes comparés étaient pratiquement identiques ( $r = 0,90$ ). Les proportions de suicide diffèrent donc nécessairement d'un pays à l'autre quelle que soit la façon dont se définissent et se déclarent les suicides. Le tableau 8 montre qu'après avoir réalisé une expérience identique sur les immigrés en Australie, Sainsbury était arrivé à la même conclusion (7), à savoir que les statistiques nationales des suicides sont suffisamment fiables pour servir à des comparaisons épidémiologiques.

Tableau 7. Nombre de suicides en 1959 parmi 100 000 immigrés venus aux Etats-Unis en provenance de 11 pays

Pays	A	B	Classement par ordre de grandeur selon A	Classement par ordre de grandeur selon B
	Nbre de suicides parmi 100 000 étrangers immigrés aux Etas-Unis	Nbre de suicides parmi 100 000 habitants dans le pays d'origine		
Allemagne, Rép. féd. d'	25,7	18,7	4	3
Angleterre et Pays de Galles	19,2	11,5	7	5
Autriche	32,5	24,8	2	2
Canada	17,5	7,4	9	8
Irlande	9,8	2,5	10	10
Italie	18,2	6,2	8	9
Mexique	7,9	2,1	11	11
Norvège	23,7	7,8	6	7
Pologne	25,2	8,0	5	6
Suède	34,2	18,1	1	4
Tchécoslovaquie	31,5	24,9	3	1
Etats-Unis	10,4			

$r = 0,90$ .  $P < 0,01$ .

Source : Sainsbury & Barraclough (6).

Tableau 8. Nombre de suicides par 100 000 sujets parmi les immigrés en Australie et dans leurs pays d'origine, par sexe

Pays	Proportion de suicides masculins				Proportion de suicides féminins			
	A Immigrés	B Pays d'origine	Classement par ordre de grandeur		A Immigrés	B Pays d'origine	Classement par ordre de grandeur	
			A	B			A	B
Allemagne	32,8	26,7	7	4	14,5	13,6	9	3
Autriche	33,0	32,4	6	2	44,6	13,9	2	2
Espagne	15,9	7,6	12	12	7,1	2,5	12	13
Etats-Unis	29,5	16,3	10	6	13,8	5,8	10	9
Grèce	6,8	4,7	16	15	3,0	2,2	15	15
Hongrie	57,7	40,3	1	1	34,6	17,3	3	1
Irlande	30,5	5,3	8	14	10,8	2,3	11	14
Italie	10,4	7,6	15	12	3,4	3,2	14	12
Malte	10,7	1,4	14	16	1,4	0,2	16	16
Nouvelle-Zélande	33,1	11,4	5	9	19,0	6,4	5	8
Pays-Bas	12,7	8,2	13	11	6,8	4,9	13	10
Pologne	56,6	14,3	2	7	28,8	3,3	4	11
Royaume-Uni								
Angleterre et Pays de Galles	25,3	13,7	11	8	15,3	9,6	8	5
Ecosse	30,3	10,0	9	10	17,7	6,6	6	7
Tchécoslovaquie	38,5	30,4	4	3	45,7	12,3	1	4
Yougoslavie	38,6	17,8	3	5	16,2	7,7	7	6
Australie	16,1		$r = 0,78$		10,0		$r = 0,79$	

3. La tendance à classer les décès comme accidentels ou dus à des causes indéterminées plutôt que comme des suicides varie selon les pays. Barraclough (8) a comparé le classement par ordre de grandeur des pourcentages officiels de vingt-deux pays avec celui des pourcentages calculés en combinant les suicides avec les décès dus à des causes indéterminées dans ces pays. Il a constaté ainsi une corrélation de 0,89 ( $P < 0,001$ ), ce qui, dans son esprit, a confirmé l'authenticité des différences de pourcentages, qui ne seraient donc pas dues aux différences de définition et de déclaration des cas. Utilisant la même technique, Sainsbury et Barraclough ont récemment démontré que l'addition des décès par empoisonnement accidentel aux décès pour cause indéterminée ne modifie pas sensiblement le classement par ordre de grandeur des pourcentages de dix-neuf pays européens. Comme il ressort du tableau 9, la corrélation entre les proportions nationales de suicides et les pourcentages estimés s'établit à 0,96. Si de nombreux décès

Tableau 9. Comparaison des classements par ordre de grandeur du nombre et des pourcentages de suicides.

Taux de mortalité de cause indéterminée et par empoisonnement accidentel, dans 19 pays, en 1970-1973

Pays	Suicides et automutilations	Ordre de classement	Suicides et automutilations, traumatismes d'origine indéterminée (volontaires ou accidentels) et empoisonnements accidentels	Ordre de classement
Allemagne, Rép. féd. d'	26,8	6	29,6	7
Autriche	30,4	4	33,0	6
Bulgarie	15,1	11	19,0	11
Danemark	30,6	3	36,4	4
Espagne	5,9	17	6,8	19
Finlande	29,7	5	40,8	2
France	20,4	9	25,1	9
Grèce	4,1	19	7,1	18
Hongrie	45,2	1	48,5	1
Italie	7,6	16	9,2	17
Norvège	11,4	12	14,2	14
Pays-Bas	11,3	13	12,9	15
Pologne	15,5	10	23,1	10
Royaume-Uni				
Angleterre et Pays de Galles	10,3	15	15,5	13
Ecosse	10,6	14	17,6	12
Irlande du Nord	5,4	18	11,0	16
Suède	26,4	7	36,0	5
Suisse	24,6	8	17,2	8
Tchécoslovaquie	31,0	2	39,8	3

Coefficient de corrélation des classements selon Spearman = 0,9596, n = 19, P < 0,001.

par accident de la circulation qui implique un seul véhicule et un seul occupant sont des suicides, comme on le prétend souvent, l'importance épidémiologique du phénomène pourrait être sérieuse puisque la plupart de ces décès sont comptés comme accidentels. Or, selon Sainsbury (9), si tous les décès de ce genre étaient des suicides au Royaume-Uni, le pourcentage de suicides n'augmenterait que de 7%. De plus, ces décès ne présentaient pas les mêmes variations saisonnières, ni la même répartition par âge, que les suicides; par contre, comme on pouvait s'y attendre, les mauvaises conditions de circulation

y ont joué un rôle. Sainsbury est ainsi arrivé à la même conclusion que Schmidt et al. (10), tirée d'études approfondies de cas aux Etats-Unis, à savoir que l'automobile constitue rarement un moyen de suicide.

4. Les idiosyncrasies des coroners anglais ont peu influé sur les différences constatées d'une localité à l'autre. Sainsbury & Barraclough (6) ont constaté que, là où le coroner avait été remplacé, la corrélation entre pourcentages relevés à deux époques différentes était la même que là où le coroner était resté le même. Brugha & Walsh (11) ont signalé qu'en Irlande, la sous-déclaration des suicides était tellement constante qu'à Dublin elle n'avait pas changé entre 1900-1904 et 1964-1968. Il a été démontré aussi que la loi anglaise de 1961 sur les suicides, qui a décriminalisé les tentatives de suicide et les suicides eux-mêmes, n'avait pas incité les coroners à conclure plus souvent au suicide. De même, la révision, en 1967, de la Classification internationale des Maladies, qui permettait de classer dès lors comme décès de cause indéterminée ceux sur lesquels le jury n'avait pu se prononcer, n'a pas amené les coroners à conclure moins souvent à un suicide.

5. Les conclusions déduites des statistiques officielles ont été vérifiées au moyen d'études de cas contrôlées, et en particulier d'une enquête qui a permis d'établir un rapprochement entre la proportion de suicides et les conditions socio-économiques à Londres. Cette enquête a montré qu'il existait un lien entre les proportions de suicides constatées dans les différents quartiers de Londres et la composition économique et sociale de leur population. Ainsi, ces proportions sont plus fortes dans les quartiers les plus aisés et dans ceux qui comptent relativement beaucoup d'immigrés. Cette enquête a également permis de confirmer les associations statistiques moyennant une comparaison des statuts économiques et des durées de résidence des suicidés avec ceux de témoins choisis dans la population en général. Les enquêteurs ont observé que les suicidés avaient un niveau de vie plus élevé et avaient emménagé plus récemment que les témoins. Dans beaucoup d'autres occasions, les hypothèses de causalité déduites d'abord des statistiques officielles ont trouvé leur confirmation dans des études de cas (7, 12).

Le groupe de travail, au vu des observations ci-dessus, a estimé qu'il était possible de faire confiance, pour l'analyse des tendances, aux statistiques officielles des suicides provenant des pays européens. Il n'a proposé aucune modification aux catégories de la Classification internationale des Maladies concernant le suicide ni aux méthodes classiques de détermination des véritables cas de suicide employées dans ces pays. Ses membres se sont accordés à reconnaître qu'il n'y aurait aucun intérêt à essayer de calculer des proportions présumées «exactes» des suicides en comptant parmi eux les décès d'origine accidentelle ou indéterminée, ou ceux dus à l'alcoolisme, parfois qualifiés de suicides «à petit feu». Le groupe a considéré qu'il serait bon

de continuer à rassembler les statistiques officielles des suicides et à étudier les différences entre pourcentages officiels. Pour chaque comparaison, il faudra commencer par prendre en considération les causes vraisemblables d'erreur systématique et, en cas de besoin, vérifier les chiffres à l'aide des méthodes d'analyse dont certains exemples ont été cités plus haut.

On constate, sur très longue période, des différences constantes entre groupes nationaux, démographiques ou sociaux, qui persistent en dépit des changements politiques qui, dans de nombreux pays, ont entraîné la modification des méthodes de détermination des cas véritables de suicide. Nul doute qu'il serait déraisonnable de fermer volontairement les yeux sur la signification de constantes aussi évidentes que les pourcentages de suicides plus élevés parmi les hommes, les personnes âgées, les divorcés, etc., en tenant ces constantes pour des erreurs.

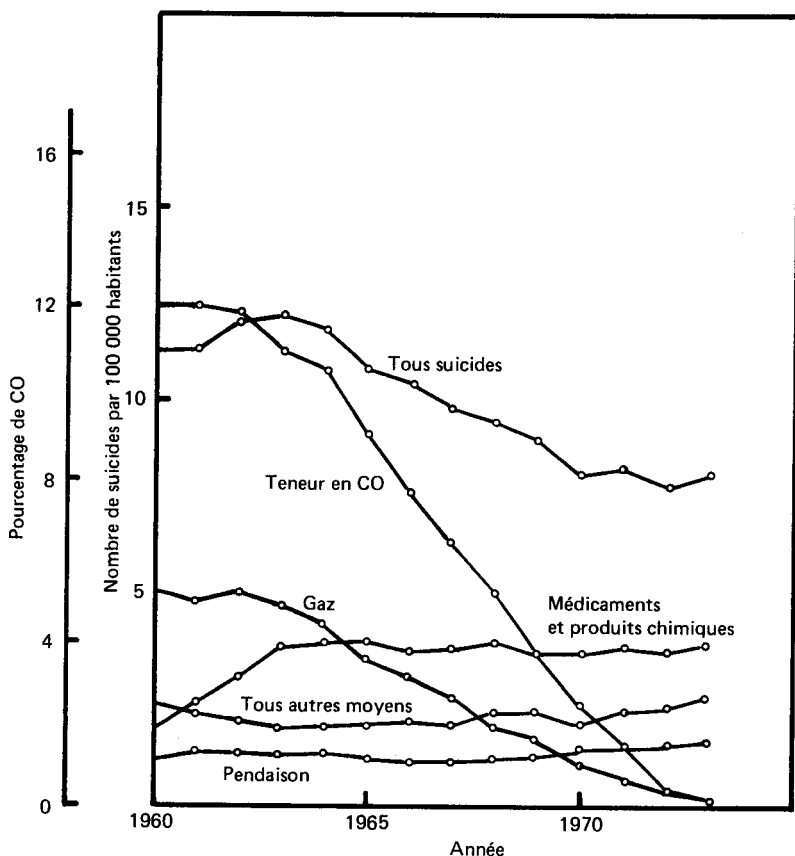
### Explications des tendances suicidaires

Le Dr Baert et le Dr Sainsbury ont exposé certains résultats de leurs études spéciales. A leur avis, les différences entre le pourcentage de suicides en Angleterre et dans la plupart des autres pays européens pourraient s'expliquer, s'il ne s'agit pas d'erreurs dans les chiffres, par :

- a) la difficulté relative de se procurer des poisons mortels;
- b) l'amélioration des prestations sanitaires et sociales;
- c) l'évolution socio-économique.

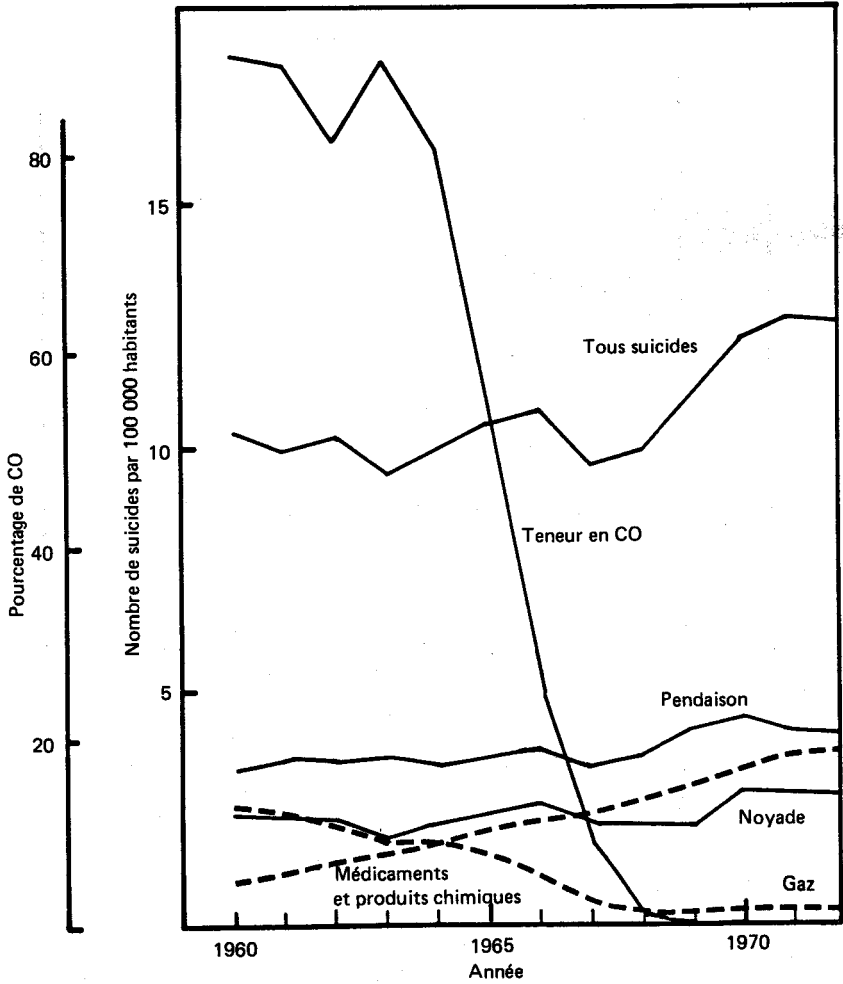
La diminution du nombre relatif des suicides en Angleterre a suivi de près celle de la teneur en oxyde de carbone du gaz de ménage. La figure 4 montre que les suicides par le gaz, c'est-à-dire le mode de suicide le plus courant en 1960, ont complètement disparu après 1970, et que la réduction du nombre des décès dus au gaz de houille correspond à la baisse totale du nombre relatif des suicides. Par contre, la figure 5 montre, elle, qu'aux Pays-Bas, l'empoisonnement au gaz était un moyen fréquent de suicide en 1960, qu'il a ensuite perdu de son importance parallèlement à la diminution de la concentration d'oxyde de carbone dans le gaz de ménage, mais que le nombre relatif des suicides a augmenté. Dans ce pays, les suicides par médicaments, par pendaison et par noyade sont devenus plus courants tandis que les suicides par le gaz se raréfiaient. On a également constaté que les villes anglaises et néerlandaises qui n'avaient commencé à s'approvisionner en gaz de la mer du Nord qu'assez tard dans le cadre des programmes nationaux, présentaient des tendances suicidaires analogues à celles de l'ensemble du pays. Ces constatations ont amené à conclure que la disparition d'un mode de suicide simple et choisi par prédilection n'avait que peu de chances de modifier substantiellement la proportion de suicides, car d'autres moyens viendraient s'y substituer.

Fig. 4. Nombre de suicides par 100 000 habitants, selon le moyen employé et la teneur en oxyde de carbone (CO) du gaz de ménage. Angleterre et Pays de Galles, 1960 - 1973



Le développement des services d'entraide téléphonique des Samaritains, en Angleterre, a également coïncidé avec la baisse de la proportion de suicides dans ce pays. Une première étude réalisée par Bagley (13) a mis en évidence que cette proportion avait nettement plus baissé dans les villes desservies par les Samaritains que dans les villes témoins appariées. Cependant, Jennings et al. (14) ont critiqué par la suite le choix de ces villes témoins. Ils ont recommencé l'étude, cette fois en appariant les villes selon le principe que le taux actuel des suicides dans une ville constitue la meilleure indication de ce qu'il sera demain.

Fig. 5. Nombre de suicides aux Pays-Bas, par 100 000 habitants de 15 ans ou plus, selon le moyen employé et la teneur en oxyde de carbone (CO) du gaz de ménage, 1960-1972



Source : Inspection de la Santé mentale, Leidschendam, Direction centrale de la Statistique, Département de Statistique sanitaire, Voorburg, Pays-Bas.

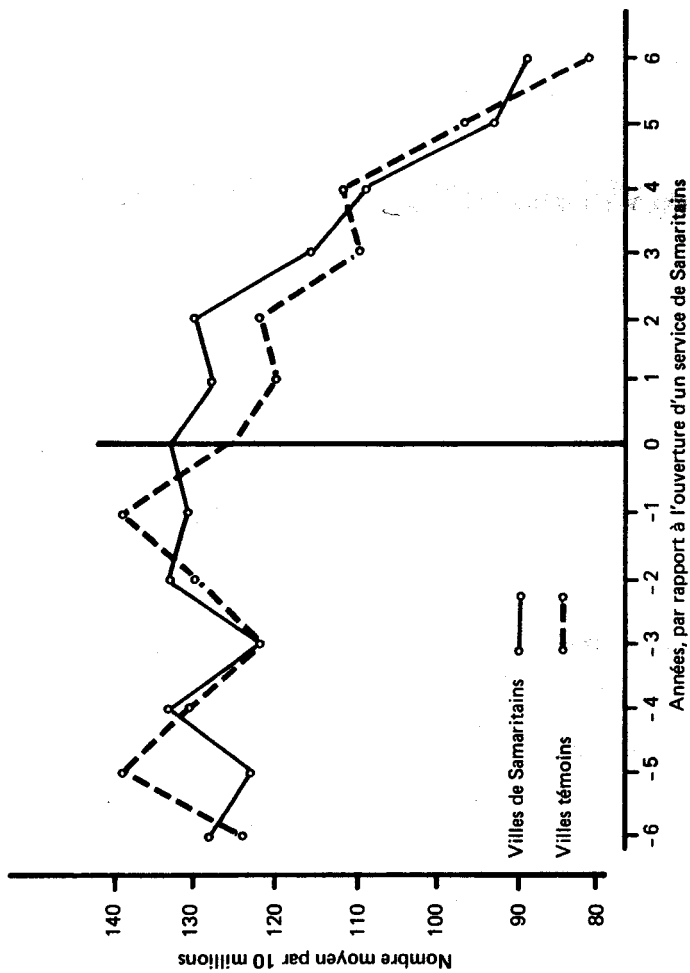
La figure 6 montre que la situation n'était ni meilleure ni pire qu'ailleurs dans les villes sans service de Samaritains. D'autre part, les services d'entraide téléphonique pour les personnes à tendance suicidaire et désespérées ont connu un développement rapide dans de nombreux pays européens, où le taux des suicides augmente cependant. Les auteurs en ont donc conclu que les Samaritains britanniques, en proclamant avoir réduit le nombre des suicides, se fondaient tout au plus sur des preuves discutables.

Le Service national britannique de la Santé impose à la quasi-totalité de la population de se faire enregistrer auprès d'un généraliste. Or, on sait qu'une forte proportion des personnes qui se suicident en Angleterre consultent leur généraliste dans le mois précédant leur décès, et que souvent elles s'ouvrent à lui de leurs intentions. La majorité des suicidés sont incontestablement atteints d'une maladie mentale qui le plus souvent n'est qu'un état dépressif réversible, l'alcoolisme venant en deuxième position. Il est apparu en 1967 que les généralistes ne savaient pas déceler ces maladies ou ne les soignaient pas correctement. Ils prescrivaient des tranquillisants ou des hypnotiques bien plus souvent que des antidépresseurs. On sait qu'aujourd'hui les généralistes diagnostiquent bien plus de dépressions et qu'ils savent mieux prescrire des antidépresseurs. Bien qu'on ne puisse pas davantage affirmer l'existence d'un lien de causalité entre l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs et la baisse des proportions de suicides qu'entre cette baisse et celle de la teneur du gaz en oxyde de carbone, le groupe de travail a estimé qu'il fallait approfondir les recherches sur la médecine de premier recours car elle pourrait éventuellement jouer un grand rôle dans la prévention du suicide.

Les services psychiatriques spécialisés ont effectué un net changement de cap ces vingt dernières années, faisant plus de place aux soins ambulatoires et moins aux soins hospitaliers. Deux études réalisées en Angleterre donnent à penser que les patients âgés à haut risque font plus souvent l'objet d'un traitement psychiatrique (15) et que le nombre relatif des suicides baisse dès que l'on met en place un service de soins ambulatoires (16). La forte proportion de suicides ayant incontestablement pour origine une maladie affective constitue un fait clinique primordial en ce qui concerne les possibilités de prévention (17). Des études de suivi réalisées sur des sujets atteints de psychose maniaque dépressive et des déprimés chroniques après leur sortie de l'hôpital s'accordent sur le fait que 15% de ces sujets mourront par suicide. Dès lors que l'on a reconnu la valeur prophylactique des antidépresseurs et du lithium, leur emploi pour les traitements d'entretien a considérablement augmenté ces vingt dernières années. Le groupe de travail a jugé encourageante l'évolution des soins psychiatriques ambulatoires pour la prévention du suicide, bien qu'on ne puisse pas véritablement affirmer que les services psychiatriques britanniques aient contribué à eux seuls à la réduction du nombre relatif des suicides.

Les hôpitaux psychiatriques connaissent aujourd'hui une situation différente et inattendue. Les statistiques de la mortalité hospitalière en Angleterre,

Fig. 6. Comparaison des proportions de suicides entre villes témoins et villes disposant d'un service de Samaritains



aux Pays-Bas et en Norvège dénotent une récente augmentation des suicides parmi les patients hospitalisés. Le tableau 10 montre bien que l'assouplissement du régime des hôpitaux psychiatriques anglais entre 1940 et 1960 s'est accompagné d'une baisse du nombre des suicides, mais les milieux hospitaliers ouverts, appliquant des thérapeutiques de liberté, exposent peut-être les patients à des risques plus élevés. Comme le montre le tableau 11, il se pourrait bien que l'augmentation des suicides parmi les patients des hôpitaux psychiatriques des Pays-Bas soit la cause, dans une certaine mesure, de l'augmentation constatée dans l'ensemble de la population nationale. Même si cette augmentation n'est pas la faute de l'hôpital, mais résulte plutôt de l'admission de patients plus gravement atteints, il s'agit là d'un groupe cible de premier choix pour des actions de prévention, qui se trouve à portée immédiate d'experts qui devraient être en mesure d'agir le plus efficacement.

Tableau 10. Relation entre l'assouplissement du régime des hôpitaux psychiatriques anglais et la proportion des suicides. 1940 - 1960

Période	Nombre annuel moyen de patients hospitalisés	Nombre annuel moyen de suicides	Nombre annuel de suicides par 100 000 habitants	Types de soins psychiatriques
1920 - 21 <sup>a</sup>	101 438 <sup>b</sup>	48,7	48,0	Interné avant la loi de 1930
1945 - 47 <sup>a</sup>	133 428 <sup>b</sup>	68,7	51,5	Interné après la loi de 1930
1954 - 56	146 847 <sup>b</sup>	55,0	37,5	Hôpitaux ouverts à régime plus libéral
1964 - 66	128 726 <sup>c</sup>	76,7	59,6	Soins ambulatoires, davantage de patients dans les lits psychiatriques des hôpitaux généraux
1972 - 73	111 601	93,8	84,0	

<sup>a</sup> Les chiffres de 1920-21 et 1945-47 sont extraits de Stengel, E., *Attempted suicide*. Londres, Chapman and Hall, 1958 (Maudsley Monographs, N° 4).

<sup>b</sup> Pensionnaires des hôpitaux psychiatriques.

<sup>c</sup> Occupants d'un lit psychiatrique, y compris en hôpital général.

**Tableau 11. Influence de l'augmentation des suicides  
dans les hôpitaux psychiatriques  
sur la proportion générale des suicides aux Pays-Bas**

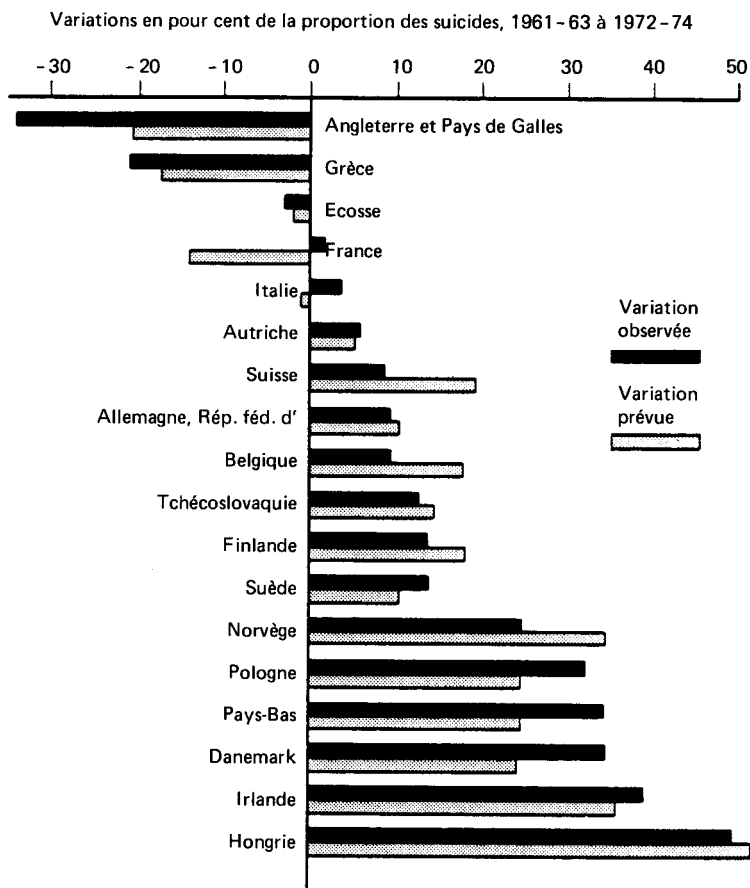
Années	Hôpitaux psychiatriques		Pays-Bas	
	Nombre de suicides	Proportion	Nombre de suicides	Proportion
1970	66	169,6	1 158	12,2
1974	101	240,1	1 360	13,5

Les résultats d'une étude de Sainsbury et al.<sup>a</sup> qui a établi les liens existant entre la situation sociale des populations nationales et les variations dans leurs pourcentages de suicides après 1960, ont été portés à la connaissance du groupe de travail. Il est des caractéristiques sociales qui ont marqué certains pays pendant la période 1961-1963 et qui permettaient de prévoir l'augmentation du nombre des suicides. Il s'agissait *a*) du pourcentage élevé des divorces que l'on peut interpréter comme un indicateur du degré d'aliénation dans une société; *b*) du faible pourcentage des moins de 15 ans, qui peut s'interpréter comme un indicateur de la diminution du nombre des cellules familiales; *c*) du chômage élevé qui, associé à *d*) une forte criminalité de sang, mesurerait le degré d'«anomie» – c'est-à-dire l'absence de normes régissant une société, qui, d'après Durkheim (3), ne manque pas de conduire à une augmentation du nombre des suicides, enfin *e*) de la forte proportion de femmes qui travaillent, reflétant peut-être le statut de la femme dans la société et qui revêt un intérêt tout particulier quand on songe à l'augmentation quasi universelle de l'incidence du suicide féminin.

Une autre analyse réalisée dans le dessein de déterminer l'évolution des conditions sociales après 1960, associée avec celle des pourcentages de suicides nationaux, a mis en évidence le rôle de facteurs similaires, mais non identiques. L'augmentation du nombre des suicides coïncidait avec *f*) une diminution de la population âgée de 15 ans ou moins, mais aussi avec *g*) un accroissement du pourcentage des 65 ans ou plus, avec toutes les conséquences qu'il peut avoir sur la capacité d'une société à prendre en charge ses personnes âgées; et avec *h*) l'accroissement du nombre des «femmes accédant aux études supérieures» – autre indicateur du changement de statut des femmes. La figure 7 montre dans quelle mesure ces facteurs ont annoncé

<sup>a</sup> Travail non publié.

Fig. 7. Variations observées et prévues des proportions de suicides dans 18 pays européens, 1961 - 1963 à 1972 - 1974<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Résultats d'une analyse par régressions multiples, à partir des variations en pour cent de variables sociales : pourcentages de moins de 15 ans et de plus de 65 ans; densité d'occupation des pièces d'habitations; femmes accédant à l'enseignement supérieur. Multiple R = 0,92.

avec exactitude l'évolution du nombre relatif des suicides dans chaque nation. Le groupe a conclu que la situation sociale exerce une influence décisive sur les proportions de suicides nationales.

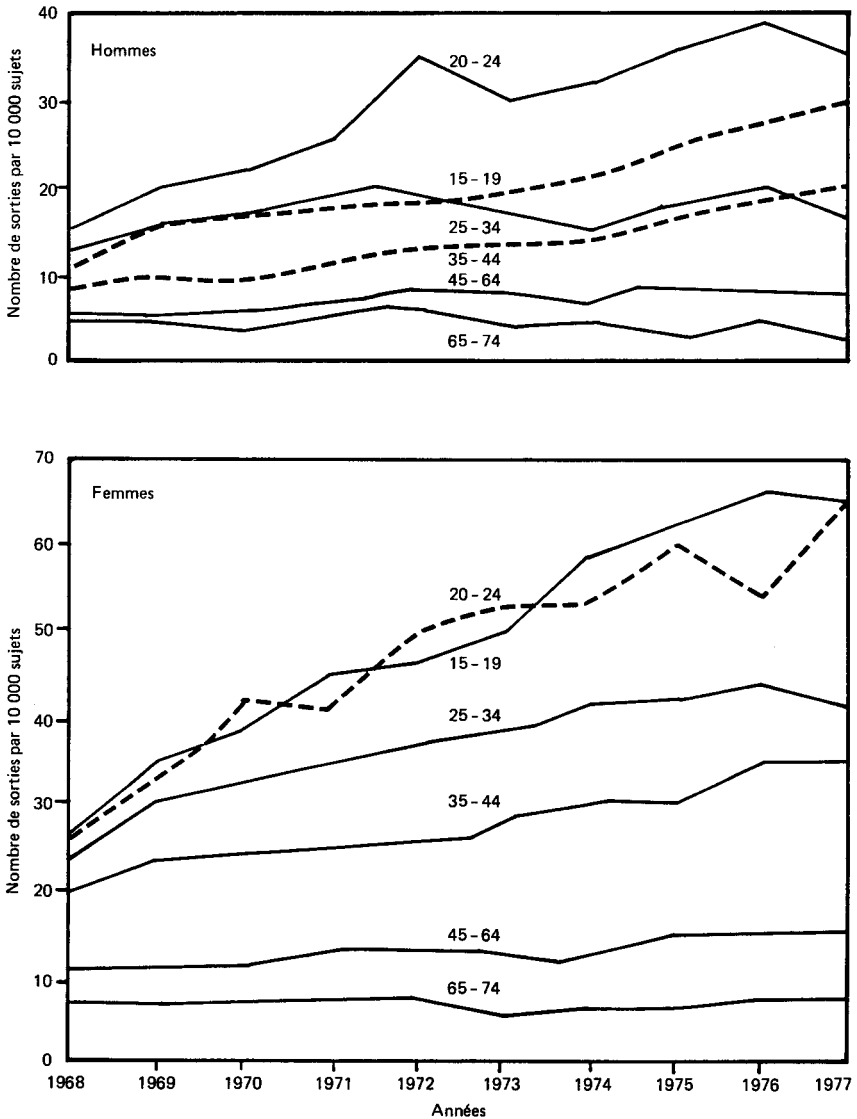
### Les tendances des tentatives de suicide

Dans tout le monde «occidental», comme on l'appelle, le nombre d'adultes hospitalisés pour empoisonnement a connu une très forte augmentation ces vingt dernières années. Dans tous les pays, les empoisonnements accidentels ne représentent qu'une très faible proportion des cas d'empoisonnement d'adultes, et, la plupart du temps, il s'agit de tentatives de suicide. Les statistiques hospitalières présentées au tableau 12 montrent que leur nombre a augmenté de 10% par an en Grande-Bretagne. Les taux par âge et par sexe des figures 8 et 9, calculés à partir des mêmes données, prouvent que la situation est assez semblable à celle des autres pays européens (1, 18) et de l'Amérique du Nord (19).

Tableau 12. Estimation du nombre total des sorties d'hôpital et des décès après intoxication par des médicaments et des substances principalement non médicinales. Angleterre et Pays de Galles (1961-1977)

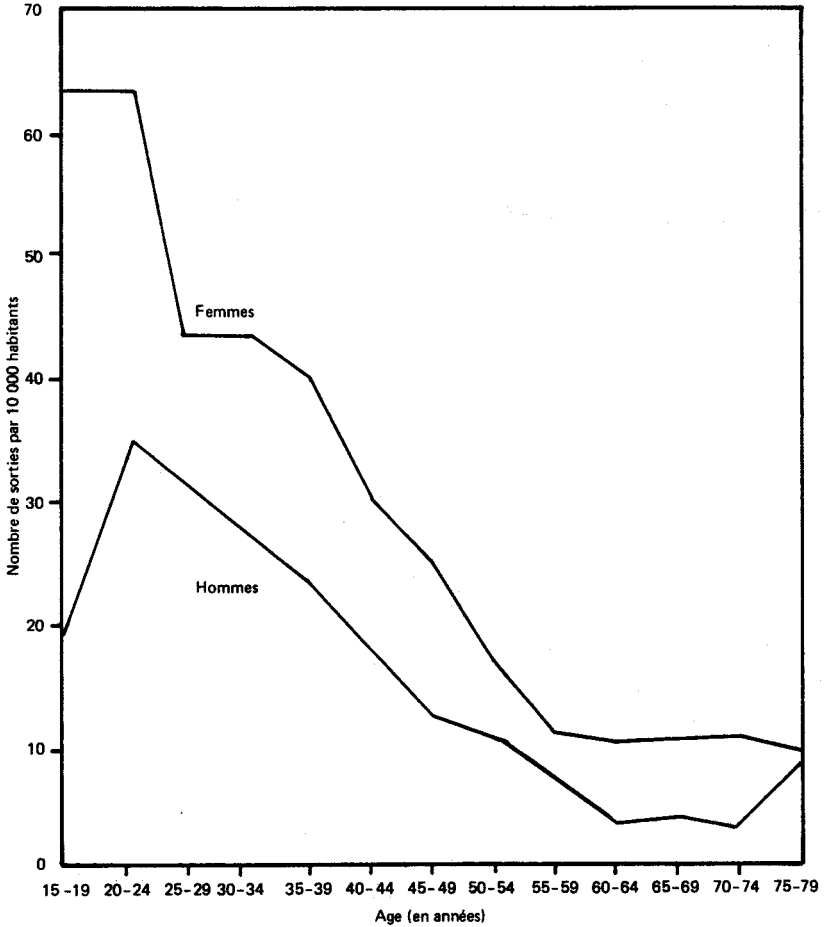
Années	Intoxications par des médicaments	Intoxications par des substances principalement non médicinales	Totaux
1961	23 900	4 500	28 400
1962	28 700	5 400	34 100
1963	39 000	7 400	46 400
1964	42 900	8 100	51 000
1965	45 600	8 600	54 200
1966	50 300	9 500	59 800
1967	57 200	10 800	68 000
1968	62 320	12 130	74 450
1969	75 550	14 570	90 120
1970	79 160	14 020	93 180
1971	85 370	14 510	99 880
1972	91 440	14 280	105 720
1973	92 970	14 200	107 170
1974	98 290	14 870	113 160
1975	105 290	15 080	120 370
1976	108 210	17 030	125 240
1977	106 710	14 740	121 450

Fig. 8. Sorties d'hôpital après intoxication par des médicaments, par âge. Angleterre et Pays de Galles, 1968-1977



Source : Enquête sur les hospitalisations.

**Fig. 9. Sorties d'hôpital par 10 000 habitants après intoxication par des médicaments, par âge et par sexe. Angleterre et Pays de Galles, 1977**



**Source :** Enquête sur les hospitalisations.

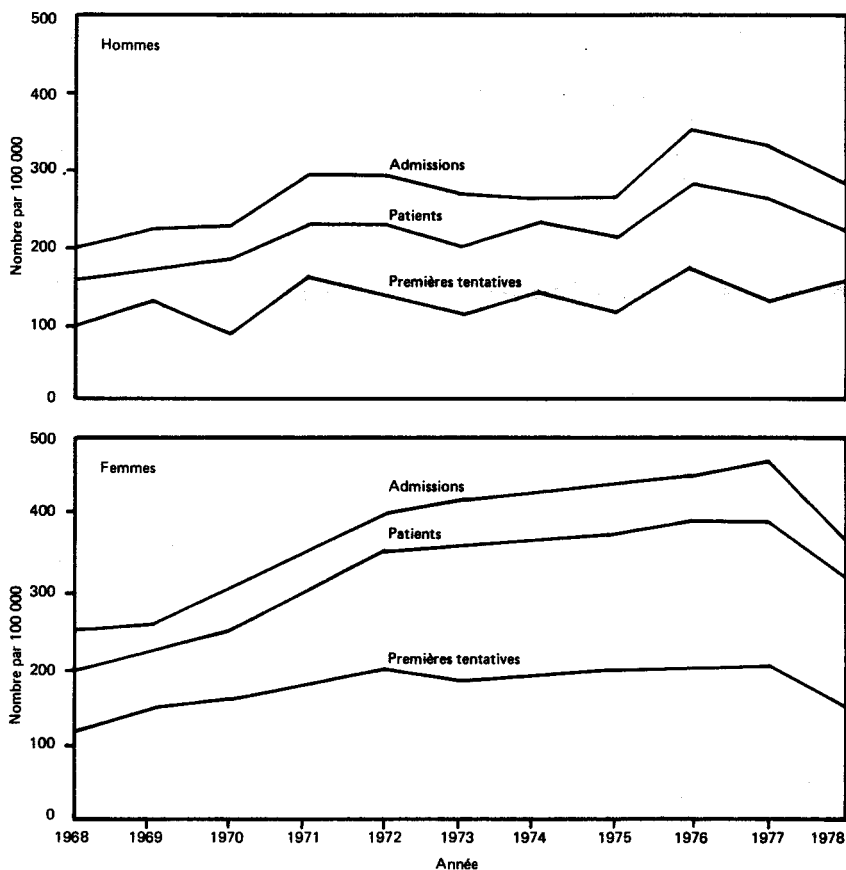
La proportion de tentatives de suicide dans les principaux groupes démographiques et sociaux reste remarquablement cohérente et change peu d'une année à l'autre comme d'un pays à l'autre. Comme le montrent les figures 8 et 9, le nombre des tentatives féminines dépasse celui des tentatives masculines à tous les âges, dans la proportion générale d'environ 1,4 à 1. C'est parmi les adolescents et les jeunes adultes que le nombre des tentatives de suicide a le plus augmenté, pour atteindre des chiffres qui dépassent de loin ceux des adultes d'âge moyen et des personnes âgées. La proportion de tentatives de suicide augmente de façon très marquée parmi les couches sociales défavorisées : c'est ainsi qu'elle est plus de huit fois plus forte parmi les travailleurs masculins non qualifiés que parmi les professionnels de sexe masculin appartenant à la classe sociale la plus haute. Les divorcés se caractérisent par des pourcentages nettement plus élevés que ceux des célibataires, des personnes mariées ou des veufs. Un grand nombre de sujets de la plupart des groupes présentent des problèmes d'alcoolisme, de délinquance, de chômage ou d'endettement, ou encore proviennent d'un milieu familial marqué par la violence. La moitié des personnes qui tentent de se suicider sont des récidivistes, et un cinquième d'entre elles recommenceront dans les 12 mois. Le nombre des récidives ne varie que très peu d'une année et d'une région à l'autre. Il en va de même de la fréquence des suicides faisant suite à une tentative de suicide — soit 1% par an selon beaucoup d'études de suivi.

Au cours de la recherche des causes de l'épidémie de tentatives de suicide, d'aucuns ont affirmé qu'il fallait calculer séparément les pourcentages : a) d'*admissions* ou d'épisodes, qu'un même sujet commette ou non plusieurs tentatives dans l'année; b) de *patients*, chacun n'étant compté qu'une seule fois quel que soit le nombre de ses tentatives dans l'année; enfin c) de *premières tentatives*. Deux questions distinctes se posent : pourquoi les suicidaires adoptent-ils ce comportement une première fois, et pourquoi ceux qui ont déjà tenté de se suicider sont-ils si enclins à récidiver ? La figure 10 montre, à partir de données réunies à Edimbourg, que l'augmentation de la proportion des premières tentatives est en général moins spectaculaire que l'augmentation globale de la proportion des tentatives qui dépend dans une large mesure des récidives. De même qu'à Edimbourg, on observe dans d'autres villes, depuis 1976 environ, une stabilisation ou même une baisse de la proportion des premières tentatives de suicide, mais il est encore trop tôt pour savoir s'il s'agit là d'une tendance durable.

### **Validité et fiabilité des statistiques des tentatives de suicide**

Il est vraisemblable que le nombre des tentatives de suicide est beaucoup plus sous-évalué que celui des suicides. Des enquêtes réalisées auprès de généralistes en Ecosse et aux Pays-Bas (20, 21) ont montré que le nombre des cas connus des généralistes dépassait de 30% celui des hospitalisations. Des enquêtes sur le terrain, portant sur tous les membres d'un échantillon

Fig. 10. Tentatives de suicides par 100 000 habitants, Edimbourg, 1968 - 1978



Source : Rapports annuels du RPTC d'Edimbourg.

de population, ont conduit à penser que 50% à 60% des personnes qui reconnaissent avoir tenté de se suicider durant l'année précédente n'en avaient parlé à aucun médecin (21, 22). Dans les pays où l'accès aux soins médicaux primaires et aux hôpitaux est moins ouvert à ces cas, les erreurs seront encore plus fortes. Il ne faut cependant pas pour autant nier toute valeur aux chiffres obtenus au moyen d'enquêtes hospitalières. D'après

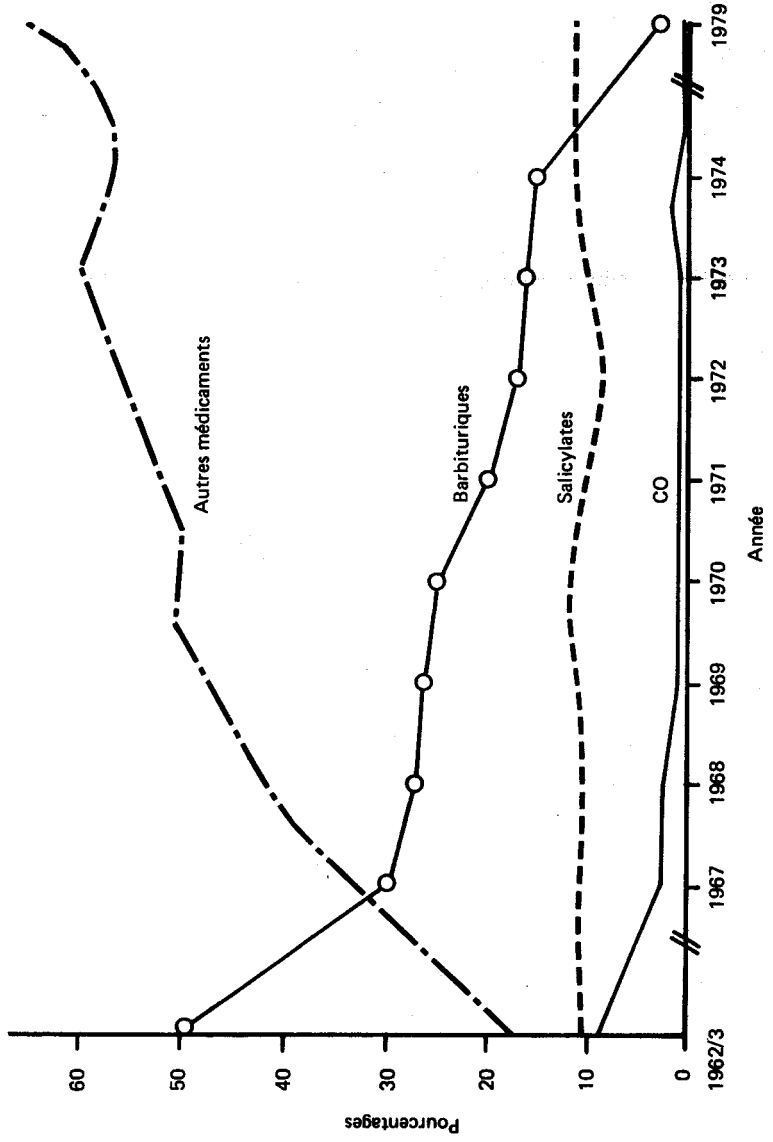
celle d'Edimbourg, les cas traités à l'hôpital étaient représentatifs de tous ceux qui avaient été portés à la connaissance des généralistes, ou, du moins, ils présentaient les mêmes caractéristiques démographiques, sociales et cliniques si ce n'est que les cas hospitalisés revêtaient une gravité médicale plus grande que les autres. Le peu que nous sachions sur les patients qui ne signalent pas leurs tentatives de suicide à un médecin nous conduit à penser qu'il s'agit surtout de cas d'automutilations, d'hommes, d'adultes d'âge moyen et de personnes âgées.

Malgré l'ampleur vraisemblable des erreurs de sondage dans tous les cas, la conclusion principale que l'on peut tirer des statistiques hospitalières — à savoir que la proportion des tentatives de suicide a fortement augmenté dans toute l'Europe, surtout chez les jeunes — paraît assez valable et fiable. Il se pourrait que les tentatives non signalées à un médecin impliquent beaucoup de sujets présentant des caractéristiques proches de celles des suicides «réussis», ce qui peut revêtir de l'importance pour la prévention des suicides.

### Explications des tendances des tentatives de suicide

Aucune des nombreuses théories avancées pour expliquer l'ascension spectaculaire des pourcentages de tentatives de suicide n'est universellement acceptée, et ces théories n'ont pas davantage conduit à des expériences concluantes de prévention primaire. En général, on s'accorde plus ou moins à voir dans les tentatives de suicide une réaction impulsive à une difficulté sociale insupportable. Toutefois, rien n'indique que les problèmes sociaux et le degré de détresse aient augmenté autant que la proportion de tentatives de suicide, encore que, selon certains, la tolérance à la détresse aurait sensiblement diminué. L'augmentation du nombre des auto-empoisonnements volontaires a bien coïncidé avec un fort accroissement des prescriptions médicales, mais il ne faut peut-être pas voir là une simple relation de cause à effet. Kreitman (23), qui a analysé les données d'Edimbourg (fig. 11), note que les empoisonnements par l'aspirine ont augmenté en nombre absolu, mais qu'ils constituent toujours la même proportion de l'ensemble des empoisonnements par abus de médicaments, sans que l'aspirine soit ni plus ni moins facile à se procurer aujourd'hui qu'hier. Il a toujours été possible de s'en procurer sans ordonnance, contrairement aux psychotropes que l'on ne peut guère obtenir sans l'autorisation d'un médecin. Il s'ensuit que, même si les médecins pouvaient réduire de manière draconienne la quantité de médicaments qu'ils prescrivent, les médicaments sans ordonnance s'obtiennent si facilement que leur emploi à des fins suicidaires augmenterait. Les habitudes de prescription des médecins influent sans conteste sur le type de psychotropes faisant l'objet d'abus. Ainsi, la chute du nombre des surdoses de barbituriques, dont on ne peut que se féliciter, tient au fait qu'on leur préfère aujourd'hui les diazépines, bien moins toxiques, de sorte que la proportion de patients hospitalisés dans un état comateux et celle de patients nécessitant des soins intensifs ont beaucoup baissé dans la plupart des hôpitaux.

Fig. 11. Moyens employés pour les tentatives de suicide à Edimbourg



Le groupe de travail a abouti à la conclusion que l'augmentation des prescriptions médicales ne semble pas expliquer celle de la proportion d'auto-empoisonnements volontaires. La prescription de calmants de très faible toxicité peut éviter l'emploi d'aspirine et d'autres composés plus toxiques.

La plupart des expériences de prévention primaire et secondaire partent de l'hypothèse que si l'on offre aux sujets «au risque» des moyens accessibles et appropriés de trouver une solution rationnelle à leurs problèmes, ils choisiront cette possibilité plutôt que de se droguer à mort. Mais les résultats toujours décevants de ces expériences amènent aujourd'hui à douter du bien-fondé de cette hypothèse.

Kreitman (23) a découvert que les caractéristiques épidémiologiques des personnes qui s'adressaient aux Samaritains britanniques se distinguaient à certains égards importants de celles des candidats au suicide. Ces derniers connaissent, pour la plupart, l'existence et le but des Samaritains. Or, durant la projection d'une série publicitaire télévisée d'émissions sur l'activité de cette organisation, le nombre des appels a considérablement augmenté, mais la proportion de tentatives de suicide est demeurée inchangée.

Hawton et al. (24) ont analysé plusieurs programmes de suivi à l'intention de sujets hautement exposés au risque de récurrence de tentative de suicide. Bien que les travailleurs sociaux, les médecins ou les infirmières aient souvent réussi à améliorer la situation sociale de leurs patients et que ceux-ci leur aient demandé secours de temps en temps, ces patients n'en n'ont pas moins continué à tenter de se suicider aussi fréquemment que ceux qui n'avaient pas bénéficié de ce suivi spécial.

Cela impliquerait que, dans certains cas de détresse, le sujet ne considère pas nécessairement un appel à l'aide comme une solution de rechange à la tentative de suicide par surdose. La tentative de suicide découle souvent, par exemple, d'une querelle de famille et la surdose devient un moyen spectaculaire d'exprimer ses sentiments. Peut-être faudrait-il mieux comprendre les attitudes sociales qui encouragent ce mode très prisé de manifestation de la détresse ressentie. Si la consommation de cigarettes est en baisse, ce n'est pas parce que les fumeurs ont découvert d'autres moyens de détente ou qu'on leur a proposé des succédanés moins nocifs, mais bien parce que les attitudes sociales à l'égard du tabagisme ont évolué.

Les services d'assistance aux personnes en détresse obtiendraient peut-être plus de succès s'ils dispensaient leurs conseils avant la phase critique. Il est bien connu qu'un tiers à la moitié des sujets qui tentent de se suicider ont consulté leur médecin dans les quelques semaines qui précédaient leur tentative. Quand on leur a demandé ce qui s'était passé pendant la consultation, beaucoup ont répondu qu'ils avaient été incapables d'expliquer ce qui n'allait pas. Le groupe de travail a constaté que de nombreux médecins et autres professionnels n'ont pas la formation nécessaire pour comprendre ou résoudre les problèmes familiaux des jeunes adultes de la classe ouvrière.

## POSSIBILITES ET STRATEGIES DE PREVENTION DES SUICIDES

On sait beaucoup mieux aujourd'hui qui risque de se suicider et en quelles occasions. Le groupe de travail a estimé qu'en diffusant ces connaissances par le biais des programmes d'éducation sanitaire, il serait peut-être possible de diminuer le nombre des suicides, non seulement parce qu'un public mieux informé pourrait reconnaître un plus grand nombre de sujets exposés au risque et les encourager à rechercher l'aide de professionnels, mais aussi parce que la lutte contre l'isolement social, qui est une cause importante de suicide, est plutôt l'affaire de la famille et des voisins que celle des professionnels. Il faut que les personnalités locales et politiques comprennent mieux que l'urbanisation et les autres transformations de la société peuvent influencer sur la proportion des suicides selon qu'elles renforcent ou affaiblissent les structures sociales. En période de transformation socio-économique, les mesures destinées à réduire autant que possible l'isolement familial et social des personnes âgées pourraient contribuer tout particulièrement à la réduction de la proportion des suicides.

Ces réalités élémentaires concernant le suicide ne sont pas nécessairement très bien connues, et bien des idées fausses subsistent peut-être en héritage de nombreux siècles de préjugé et de censure morale. Si le public sait que les victimes sont le plus souvent des veufs, des personnes âgées, des solitaires et des malades mentaux, il sera peut-être plus compréhensif à leur égard. Il faut dissiper le mythe selon lequel ceux qui menacent ou tentent souvent de se suicider ne se tuent que rarement, car il s'agit là de signes avant-coureurs caractéristiques d'un véritable suicide imminent.

Le Professeur Diekstra a présenté au groupe de travail une analyse détaillée de travaux consacrés aux états psychopathologiques des sujets qui se suicident. Il en est ressorti qu'il n'existait pas de type définissable de personnalité prédisposée au suicide. La majorité des suicidés avaient subi une transformation quelque temps avant leur mort : ils étaient déprimés, alcooliques, ou les deux, et, souvent, leur famille ou leur médecin en étaient conscients.

Le Professeur Ringel a exposé au groupe de travail les caractéristiques du « syndrome présuicidaire » que l'on pourrait reconnaître, selon lui, chez la plupart des sujets en danger imminent de suicide. Ce syndrome présente trois grandes composantes : a) étiolement ou repliement de la personnalité; b) auto-agressivité; c) fantaisies suicidaires toujours plus fréquentes. Une analyse subtile des psychismes semble indiquer qu'un grand danger existe surtout s'ils se caractérisent par la disparition de toute échelle de valeurs, une perte d'intérêt, la diminution du respect de soi-même et l'impulsivité maladroite. Contrairement à la majorité des tentatives de suicide, qui obéissent à une impulsion, la plupart des suicides succèdent à une période assez longue

de dépression accompagnée d'une obsession suicidaire croissante. C'est pourquoi les chances de succès de la prévention du suicide sont relativement meilleures, d'autant qu'on peut rapidement améliorer, grâce à des mesures sociales et à des traitements médicaux, un grand nombre d'états dépressifs qui y conduisent.

Le Professeur Pöldinger a suggéré de former surtout les policiers, les gardiens de prison, les pompiers, les ecclésiastiques et les enseignants au dépistage et à la prise en charge des sujets exposés au risque de suicide, car ils ont plus vraisemblablement des contacts avec ces sujets sans nécessairement savoir comment les aider.

Les deux représentants de l'Association internationale pour la Prévention du Suicide ont insisté sur le fait que les sujets suicidaires refusent souvent de révéler leurs intentions lorsqu'ils répondent à des questions standardisées ou à des questionnaires. Il faut, en fait, engager avec eux un dialogue personnalisé, que les inhibitions de nombreux médecins et autres professionnels rendent impossible. La gêne, le manque de formation à la psychologie et l'impatience sont des obstacles que les éducateurs doivent surmonter.

Le groupe de travail a conclu d'un commun accord qu'il ne fallait pas confier aux seuls psychiatres le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des personnes exposées au risque de suicide. Les généralistes ont là un rôle particulier à jouer, car on sait que de nombreux sujets qui tentent de se suicider, ou qui y parviennent, ont consulté leur médecin peu de temps auparavant. La société dans son ensemble doit se faire un devoir de dépister les sujets exposés, de les secourir et de veiller à ce qu'ils obtiennent l'aide de professionnels. Le groupe a également constaté qu'aucun service de santé, ni aucune formule de prévention du suicide, ne s'était avéré plus utile que d'autres. Il est très possible d'expérimenter plus ou moins de nouvelles formules de prise en charge, mais, tant qu'elles ne se révéleront pas viables et meilleures que les services existants, il faudra s'employer surtout à améliorer les compétences du personnel de ces services.

Les membres du groupe de travail ont exprimé unanimement la préoccupation que leur causaient les attitudes hostiles des personnels soignants — médicaux, infirmiers et autres — envers les sujets qui menacent ou tentent de se suicider. De telles réactions, que l'on constate même aux niveaux supérieurs dans les hôpitaux généraux, expliquent pourquoi un grand nombre de ces établissements n'ont ni politique ni programme cohérent pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des nombreuses victimes potentielles qui leur sont adressées. Seule une meilleure formation pourra modifier ces mentalités. On a fait observer que la plupart des programmes de formation des personnels soignants des hôpitaux généraux ne contenaient que très peu d'indications, voire aucune, concernant les comportements suicidaires. Le groupe de travail a distingué quatre groupes qui méritent une attention particulière si l'on veut améliorer les formules de soins destinés à prévenir le suicide, ou en trouver de nouvelles :

1. *Les sujets connus comme enclins aux dépressions.* Selon des études de suivi, environ un sur six se suicideraient. Il existe pour eux des traitements efficaces qui entrent tout à fait dans les compétences des généralistes.

2. *Les pensionnaires d'hôpitaux psychiatriques,* car le nombre des décès par suicide augmente sur les lieux mêmes ou les personnels disposent le plus de connaissances et de moyens d'empêcher ce phénomène.

3. *Les sujets qui ont tenté de se suicider,* car 1% des suicidaires sortis des hôpitaux généraux se tuent volontairement dans les douze mois qui suivent, et jusqu'à 10% meurent tôt ou tard par suicide.

4. *Les sujets alcooliques ou pharmacodépendants.* Chez les uns et les autres, le risque de suicide est au moins aussi élevé que parmi les victimes de tentatives de suicide.

Dans ces quatre groupes, les personnes d'âge mûr et les personnes âgées qui souffrent de solitude sociale sont celles qui courent le plus de risques.

#### INTERVENTIONS EN CAS DE DETRESSE OU DE TENTATIVE DE SUICIDE

Abstraction faite de toute prévention des récidives, la simple réanimation des sujets qui ont tenté de se suicider mobilise déjà une partie considérable des ressources des services de santé. Selon une estimation modérée, calculée en Grande-Bretagne (25), son coût s'élèverait à 20 millions de livres sterling par an, aux prix de l'été 1980, ce qui représente environ 200 livres par cas. Le groupe de travail a estimé qu'il fallait trouver les moyens de rentabiliser au maximum ces ressources. Comme beaucoup d'hôpitaux n'ont aucune politique cohérente pour faire face aux cas de ce genre, il reste encore beaucoup à faire si l'on veut utiliser les ressources avec efficacité en respectant la déontologie et dans le meilleur intérêt de l'être humain.

L'étude des centres d'accueil des désespérés et des services psychiatriques d'urgence, réalisée par Cooper en Europe (26), décrit toute une série de méthodes efficaces de prise en charge des candidats au suicide. Toutefois, comme le signale Cooper, on n'a pleinement déterminé ni le coût ni l'efficacité exacte d'aucune de ces méthodes. Le groupe de travail a jugé que les services d'hôpitaux généraux créés exclusivement pour la prise en charge des suicidaires présentaient des avantages. Le «milieu» des hospitalisés les accepte plutôt qu'il ne rejette ces patients. La continuité des soins, assurée par un même thérapeute ou une même équipe thérapeutique depuis le diagnostic médical jusqu'au suivi en passant par le diagnostic psychiatrique,

présente d'énormes avantages psychologiques pour le patient. Ces services emploient des experts en toxicologie et permettent aussi la formation sur le tas des étudiants en médecine et des infirmières, prouvant d'excellente façon l'indissociabilité des facteurs psychologiques et sociaux dans les soins de santé. Ils ont démontré qu'un personnel non spécialisé en psychiatrie, y compris les travailleurs sociaux et les infirmières, peut, moyennant une bonne formation et l'assistance voulue, intervenir en cas de crise et assurer des soins de suivi avec suffisamment de compétence (24). Ils utilisent les moyens psychiatriques de post-cure au minimum, car 10% à 20% des cas seulement nécessitent un traitement psychiatrique interné, et un suivi ambulatoire ne s'impose en général que pour la moitié des autres cas. L'inconvénient du système, c'est que le «service antipoisons» risque de se trouver aliéné et mal considéré du reste de l'hôpital général, et de ne pouvoir ainsi exercer aucune influence extérieure. Un psychopédiatre qui participait aux travaux du groupe a appelé son attention sur le nombre croissant d'enfants qui s'empoisonnent délibérément. Par souci mal placé de ménager les susceptibilités, les pédiatres aiment mieux prétendre que l'empoisonnement est accidentel et s'abstiennent dès lors d'aider l'enfant et sa famille à régler leurs difficultés.

Cooper décrit également des services d'intervention en cas de crise qui s'adressent non seulement aux suicidaires mais également à d'autres clients et qui répondent peut-être mieux aux besoins lorsque des considérations de coût et le nombre des clients ne justifieraient pas la création d'un service spécial dans un hôpital général. Les personnes qui ont tenté de se suicider sont, après réanimation, envoyées à un spécialiste. Les équipes pluridisciplinaires qui travaillent dans ces services, moins hiérarchisées qu'à l'hôpital où le médecin fait autorité, ont souvent une vision plus large des problèmes sociaux et psychologiques et de la manière de les résoudre. Pourtant, jusqu'à présent, aucun modèle particulier de soins destinés aux suicidaires ne s'est révélé nettement meilleur que les autres. Les faits n'incitent pas à la création d'un nouvel éventail de services, qui serait d'ailleurs financièrement irréalisable. Le groupe de travail a estimé que l'on pourrait améliorer la plupart des services actuels sans mobiliser de nouvelles ressources, mais en modifiant les mentalités du personnel et des responsables hospitaliers, ce qui implique nécessairement une meilleure éducation. Les représentants de l'Association internationale pour la Prévention du Suicide ont insisté sur la nécessité de ne pas réserver cette éducation au personnel hospitalier, car il serait bon de modifier la mentalité du grand public, et par conséquent de mieux éduquer aussi la population en général. Il convient de prêter une attention particulière aux adolescents scolarisés, non seulement parce qu'ils constituent un groupe très exposé, mais aussi parce que les mentalités qui se développent à cet âge peuvent avoir des répercussions profondes. L'éducation pourrait peut-être combattre le mépris de soi-même ressenti par de nombreux adolescents dans la société moderne, ainsi que l'attrait exercé par les comportements suicidaires en cas de détresse profonde.

Un grand effort a été accompli pour prévoir les récurrences de tentatives de suicide, et il est désormais possible d'identifier assez précisément les futurs récidivistes. Par contre, un certain nombre de mesures destinées à prévenir ces récurrences ont échoué, et l'on ne connaît encore aucun système efficace de prévention secondaire. Cela donne à penser que les mesures sociales et psychiatriques destinées à aider les personnes qui ont tenté de se suicider sont futiles. Mais, bien qu'ils n'aient pas mis fin aux récurrences, les programmes de suivi ont réussi à améliorer la situation sociale des patients. En outre, une proportion notable de candidats au suicide souffrent de maux mentaux, qu'un traitement psychiatrique peut atténuer ou guérir. Chez les malades mentaux, une première tentative de suicide précède souvent une seconde tentative, réussie cette fois. Le pessimisme qu'inspire aux personnels soignants le suivi des sujets suicidaires ne se justifie pas, car, malgré les difficultés qui s'attachent à la prévention des récurrences, il y a d'autres bonnes raisons d'aider ces sujets.

## CONCLUSIONS

1. Il faut distinguer suicide et tentative de suicide : bien qu'ils aient des points communs, ils présentent entre eux d'importantes différences des points de vue démographique, social et clinique.
2. Le groupe ne propose aucune modification de la définition du suicide donnée par la Classification internationale des Maladies (CIM), ni des méthodes habituelles de détermination des véritables cas de suicide en Europe.
3. L'expression «tentative de suicide» doit englober toutes les auto-mutilations et tous les auto-empoisonnements sans issue fatale.

### Suicide

4. Le groupe de travail a estimé que l'on pouvait se fier aux statistiques officielles des suicides des pays européens pour l'analyse des tendances car, malgré leurs erreurs, elles demeurent valables à cet effet.
5. Le groupe a étudié les tendances suivantes et jugé qu'elles méritaient une analyse plus approfondie :
  - a) l'accroissement de la proportion de suicides dans la plupart des pays européens, particulièrement en Hongrie et dans les parties septentrionales de la Yougoslavie où elle est aujourd'hui élevée;
  - b) la baisse exceptionnelle de ces proportions en Angleterre et au Pays de Galles, ainsi qu'en Grèce, depuis vingt ans;

- c) la proportion relativement faible de suicides en Norvège, par rapport aux autres pays scandinaves;
- d) la progression sensible de la proportion de suicides chez les femmes âgées dans la plupart des pays européens; et
- e) la progression sensible de la proportion de suicides parmi les jeunes adultes dans la plupart des pays européens.

6. Le groupe de travail a considéré qu'il existait un lien entre l'évolution des conditions sociales et économiques et celle des proportions déclarées de suicides. Les transformations de la société qui sont de nature à provoquer l'aliénation sociale d'un plus grand nombre d'individus accroissent peut-être la proportion de suicides.

7. Le groupe de travail a estimé que les expériences de prévention des suicides devaient notamment porter sur les groupes suivants, particulièrement exposés à un risque élevé :

- a) les sujets connus comme enclins aux dépressions;
- b) les pensionnaires d'hôpitaux psychiatriques;
- c) les sujets ayant tenté de se suicider; et
- d) les alcooliques.

#### **Tentatives de suicide**

8. Le nombre de tentatives de suicide est probablement beaucoup plus sous-estimé que celui des suicides proprement dits. Selon des enquêtes menées sur le terrain parmi des groupes de population déterminés, il semblerait qu'un tiers à la moitié des personnes qui ont tenté de se suicider n'en ont jamais parlé à leur médecin.

9. Néanmoins, on a constaté dans presque tous les pays européens les tendances suivantes parmi les cas hospitalisés de tentatives de suicide :

- a) la proportion globale des tentatives de suicide, par rapport à la population exposée, ne cesse d'augmenter depuis vingt ans; et
- b) les proportions sont le plus élevées et ont le plus augmenté parmi les adolescents et les jeunes adultes.

10. C'est dans les quartiers pauvres des villes, où les autres indices de désagrégation sociale sont élevés, que les proportions de tentatives de suicide sont le plus fortes. Les modifications des conditions socio-économiques, qui imposent des contraintes accrues aux familles, peuvent conduire à l'augmentation des proportions de tentatives de suicide.

11. Le groupe de travail s'est surtout inquiété de l'absence fréquente de formation et de politiques cohérentes d'intervention en cas de tentative de suicide chez les professionnels des services de santé ambulatoires et hospitaliers, absence qui explique leur manque de sympathie envers les patients.

12. De même que la raréfaction de l'usage du gaz de houille ne semble avoir aucun effet sur la proportion des suicides, de même l'augmentation massive du nombre des prescriptions médicamenteuses ne semble pas expliquer celle du nombre relatif d'auto-empoisonnements volontaires.

## RECOMMANDATIONS

1. L'Organisation mondiale de la Santé devrait continuer de rassembler et de comparer entre elles les statistiques officielles des suicides, et attirer l'attention des gouvernements sur les fortes différences constatées entre sociétés et entre groupes sociaux, différences dont il conviendrait de rechercher les raisons. On ne devrait jamais considérer comme inéluctable la propension au suicide dans quelque groupe social que ce soit. Les faits démontrent abondamment que les principales causes de suicide sont des conditions sociales qu'il est possible de modifier. Une fois les suicidaires secourus, il est possible de trouver des solutions durables à leurs problèmes. L'aliénation sociale, par exemple, est une cause puissante de dépression qui crée un terrain souvent propice au suicide. Or, chaque groupe social peut réduire le risque d'aliénation sociale et, d'autre part, la dépression se soigne.

2. Les études épidémiologiques et cliniques ont donné une image exacte du suicidaire potentiel, qu'il faut diffuser aussi largement que possible par l'éducation. Il faut également informer le public au sujet des tentatives de suicide, non seulement parce qu'elles risquent de réussir, mais aussi parce qu'elles sont si répandues qu'elles touchent de nombreuses familles et qu'elles mettent lourdement à contribution presque tous les personnels de santé.

3. Les programmes d'études des écoles de médecine et des écoles d'infirmières devraient, non seulement apporter des informations sur les suicides et les tentatives de suicide, mais également enseigner aux étudiants comment mener les entretiens délicats qui sont indispensables pour se renseigner sur les dépressions et les pensées suicidaires; les examens devraient également porter sur ces sujets. Il est grand temps de modifier les mentalités des médecins de premier recours et du personnel des hôpitaux généraux, qui manquent souvent de sympathie à l'égard des suicidaires.

4. Les autorités de santé devraient inciter les hôpitaux généraux à adopter des politiques bien définies d'intervention dans les cas d'auto-empoisonnement

volontaire, comportant un diagnostic de tous les cas établi par un personnel qualifié. Aucun service d'assistance aux suicidaires ne s'est avéré meilleur que les autres. Le groupe de travail recommande d'améliorer les services existants, en définissant plus clairement qui doit établir les diagnostics psychologiques en cas de tentative de suicide et en s'assurant de l'adéquation de la formation de ces responsables. Les médecins débutants, les infirmières et les travailleurs sociaux se sont révélés utiles à cet égard pour autant que les services psychiatriques locaux les conseillaient et les soutenaient. Il y a avantage à concentrer les moyens de réanimation et d'intervention en cas de crise dans un ou deux services hospitaliers. Quelles que soient les dispositions prises localement, il est nécessaire de répondre aux besoins psychologiques des enfants et des jeunes adolescents qui ont voulu s'empoisonner.

5. Le groupe de travail recommande d'informer le grand public au sujet des comportements suicidaires. Les réactions réprobatrices devant le suicide, qui reposent sur l'ignorance et sur des siècles de préjugé, sont très répandues. Si le public connaît les réalités, ses réactions seront plus indulgentes et plus positives. Le groupe de travail a fait siennes les vues de l'Association internationale pour la Prévention du Suicide (AIPS) et de la Fédération internationale des Services de Secours par Téléphone (IFOTES), à savoir que la prévention du suicide ne saurait être confiée aux seuls professionnels. C'est parce que les services de secours par téléphone emploient des non-professionnels bénévoles qu'ils ont amené le public à s'intéresser autant aux problèmes du suicide et des suicidaires. Au bout du compte, ce sont les réactions des familles et de l'entourage des personnes en détresse qui décideront si ces personnes vont demander du secours ou adopter un comportement suicidaire.

## BIBLIOGRAPHIE

1. *Suicide et tentatives de suicide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1974 (Cahiers de santé publique, N° 58).
2. Dreyer, K. Comparative suicide statistics. *Danish medical bulletin*, 6 : 65 (1959).
3. Durkheim, E. *Le suicide*. Paris, Nouv. éd. Alcan, 1930.
4. Douglas, J.D. *The social meaning of suicide*. Princeton University Press, 1967.
5. Ross, O. & Kreitman, N. A further investigation of differences in the suicide rates of England and Wales and Scotland. *British journal of psychiatry*, 127 : 575 (1975).
6. Sainsbury, P. & Barraclough, B.M. Differences between suicide rates. *Nature*, 220 : 1252 (1968).
7. Sainsbury, P. Suicide : opinion and facts. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66 : 579 (1973).

8. **Barracrough, B.M.** Differences between national suicide rates. *British journal of psychiatry*, 122 : 95 (1973).
9. **Sainsbury, P.** Single-car road deaths — disguised suicides ? *British medical journal*, 281 : 1041 (1980).
10. **Schmidt, C.W. et al.** Suicide by vehicular crash. *American journal of psychiatry*, 134 : 175-178 (1977).
11. **Brugha, T. & Walsh, D.** Suicide past and present — the temporal constancy of under-reporting. *British journal of psychiatry*, 132 : 36 (1978).
12. **Sainsbury, P.** *Suicide in London*. Londres, Chapman and Hall, 1955 (Maudsley Monograph, N° 1).
13. **Bagley, C.** The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Social science and medicine*, 2 : 1 (1968).
14. **Jennings, C. et al.** Have the Samaritans lowered the suicide rate ? A controlled study. *Psychological medicine*, 8 : 413 (1978).
15. **Grad, J.C. & Sainsbury, P.** Evaluating the community psychiatric service in Chichester : results. *Milbank Memorial Fund quarterly*, 44 : 246 (1966).
16. **Walk, A.** Suicide and community care. *British journal of psychiatry*, 113 : 1381 (1967).
17. **Barracrough, B.M. et al.** A hundred cases of suicide : clinical aspects. *British journal of psychiatry*, 125 : 355 (1974).
18. **Weissman, N.** The epidemiology of suicide attempts. *Archives of general psychiatry*, 30 : 737-746 (1974).
19. **Wexler, L. et al.** Suicide attempts 1970-75 : up-dating a United States survey and comparison with international trends. *British journal of psychiatry*, 132 : 180-185 (1978).
20. **Kennedy, P.F. & Kreitman, N.** An epidemiological study of parasuicide («attempted suicide») in general practice in Edinburgh. *British journal of psychiatry*, 124 : 36-41 (1974).
21. **Diekstra, R.F.W. & Van de Loo, K.F.M.** Attitudes towards suicide and incidence of suicidal behaviour in a general population. In : *Modern civilization*. Jerusalem, Academic Press, 1978.
22. **Paykel, E.S. et al.** Suicidal feelings in the general population : a prevalence study. *British journal of psychiatry*, 124 : 460-469 (1974).
23. **Kreitman, N.** *Parasuicide*. Londres, Wiley, 1977.
24. **Hawton, et al.** Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychological medicine*, 11 : 169-177 (1981).
25. **Office of Health Economics.** *Suicide and deliberate self-harm*. Luton, White Crescent Press, 1981.
26. **Cooper, J.E.** *Services d'urgences psycho-sociales et psychiatriques*. Copenhagen, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1982 (La santé publique en Europe, N° 11).

*Annexe 1*

LISTE DES PARTICIPANTS

*Conseillers temporaires*

Dr A.E. Baert, Gand, Belgique

Dr B. Buda, Chef du Département de Psychothérapie, Institut national de Médecine sportive, Budapest, Hongrie

Dr R.F.W. Diekstra, Professeur de psychologie clinique, Université de Leyde, Pays-Bas

Professeur N. Juel-Nielsen, Département de Psychiatrie, Hôpital universitaire d'Odense, Danemark

Dr B. Kapamadzija, Professeur de psychiatrie, Institut de Neurologie, Psychiatrie et Santé mentale, Novi-Sad, Yougoslavie

Dr P.F. Kennedy, Psychiatre-conseil, Administration régionale de la Santé du Yorkshire, Harrogate, Royaume-Uni (*Rapporteur*)

Dr R.S. Reamer, Vienne, Autriche

Dr P. Sainsbury, Directeur, Conseil de la Recherche médicale, Service de Psychiatrie clinique, Graylingwell Hospital, Chichester, Royaume-Uni

Dr C. Stefanis, Professeur de psychiatrie, Hôpital Eginition, Athènes, Grèce (*Président*)

Professeur R. De Vita, Département de Sociologie, Université de Sienne, Italie

*Observateurs*

Dr N. Kazamias, Directeur, Section des Thérapeutiques familiales et de Groupe, Institut de Psychiatrie sociale, Athènes, Grèce

Dr J. Tsiantis, Psychopédiatre consultant, Directeur du Département de Psychopédiatrie, Hôpital pédiatrique Aghia Sophia, Athènes, Grèce

*Représentants d'autres organisations*

*Association internationale pour la Prévention du Suicide (AIPS)*

Professeur W. Pöldinger, Président de l'AIPS, Kantonale Psychiatrische Klinik, Wil/SG, Suisse

*Fédération internationale des Services de Secours par Téléphone (IFOTES) et Fédération mondiale pour la Santé mentale*

Mme E.N. Balaszskul, Présidente de l'IFOTES, Berlin (Ouest)

*Association mondiale de Psychiatrie*

Professeur E. Kingel, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Vienne, Autriche

*OMS, Bureau régional de l'Europe*

Dr J.H. Henderson, Fonctionnaire régional pour la santé mentale  
(*Secrétaire*)