



# ÉTUDE EN MÉDECINE AMBULATOIRE SUR LES SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE EN BOURGOGNE

---

---

## Enquête épidémiologique en 3 volets

- **Santé scolaire**
- **Médecine du travail**
- **Médecine générale**

2001

*Étude réalisée à la demande de l'URCAM de Bourgogne et grâce au financement  
du Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires  
de l'Assurance Maladie du Régime Général (CNAMTS)  
dans le cadre du Programme régional de santé sur le suicide*



PRÉFECTURE DE LA RÉGION BOURGOGNE



MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ



l'Assurance Maladie  
des salariés - sécurité sociale



## RÉALISATION

Dr Isabelle MILLOT, médecin épidémiologiste  
Tony FOGLIA, économiste, chargé d'études  
Yaël BOKOBZA, interne de santé publique  
Bernadette LEMERY, directrice  
Christine FIET, secrétaire  
Benoît NAVILLON, technicien informatique

## REMERCIEMENTS

### Aux membres du comité de pilotage

Dr Pierre ABECASSIS, Dr Jean-Noël BEIS, Dr Pierre BESSE, Dr Marie-Jeanne BISMUTH, Mme Martine BJAÏ, Dr Annie-Claude BOIVIN, Dr Julien COHEN, Dr Jean-Claude GIROD, Pr André GISSELMANN, Dr Jean-Claude HUBER, Mme MARILLIER, Dr Agnès PEROT, Dr Alain RICHARD, Françoise TENENBAUM.

### VOLET SANTÉ SCOLAIRE

**À tous les professionnels** des services de promotion de la santé et des services sociaux en faveur des élèves : assistantes sociales, infirmières et médecins de l'Éducation nationale sollicités pour le recueil de données.

### VOLET MÉDECINE DU TRAVAIL

**À tous les médecins du travail** ayant participé à l'enquête

#### En Côte d'Or :

ABBEY-FOUCHEROT Marie-Pascale, ANDRE Françoise, BALLETT Lucette, BAUDOVIN-SIMONOTTI Maryse, BLEUSE Anne Marie, BOUDOT Hélène, CHADEFAX Élisabeth, COËNT Romain, DE CHARRY Marie-Chantal, DEFASNE-GUERQUIN Marie Odile, DESBIEZ Annick, DIVISIA Michel, DRIZARD Stéphanie, DULERY Jean Paul, FILIPIC Régine, GANAY Agnès, GOMIS Chantal, LALLEMANT Geoffrey, LAURIER-EMERY Claudie, LE GOFF Jean-Pierre, LECOCQ Élisabeth, MALLEZ Bruno, MARTIN-DEMOULIN Dominique, MERCEY Anne, MICHEL Alain, MICHOT Marie Françoise, PLANCHE Hélène, POCHERON Philippe, POISSON Geneviève, ROULLET Christophe, SELLIER Catherine, SENEQUE Brigitte, SMOLIK-MARTIN Chantal, THOMAS Isabelle.

#### Dans la Nièvre :

AVIAT Patrick, BREANT Alain, BRULE Michèle, CARRETTE Marie Noëlle, CHANTEGRET Claude Marie, FLEURY-DUHAMEL Nathalie, GUILLAUME Hélène, RAFFIN Brigitte, SPRONI Geneviève.

### **En Saône et Loire :**

ALLEMAND Françoise, BARDOUILLET Marie-Claire, BINDER Jean, BONNET Annie, BONNIN Nicole, BONNIN Jean-Pierre, BOULET Jean, BRUN Colette, CAILLOT Jacqueline, CANTON Alain, CARLE-VIGUIER Catherine, CARRAT Monique, CHAMARD Françoise, DASSONVILLE Frédéric, DUCHESNE Christine, FORMERON Jean Jacques, GALMICHE Claire, GEY Christine, GOGOL Michel, GUZIK Mireille, JORRY Frédéric, LONGERE Diana, MADINIER Marie Hélène, MALLARD François, MERIGOUX Bernard, MEURIOT Jeannine, MORTBONTEMPS Arielle, MOUSNIER Jean Michel, PAQUETTE Catherine, PICHELOT-SAHUT Sylvaine, PIERRE Angeline, PIERROT Christine, PIGACHE Madeleine, RAOUX Catherine, RHODES Daniel, SAHUT Robert, SAULNIER Marie Anne, SULLI Fabienne, TAUPIN Jean Pierre, VIOLETTE Éric.

### **Dans l'Yonne :**

BAILLOT Roger, BARON Françoise, BOIDIN Marlène, BRULE COLOBY Michèle, CLEMENT-BERTOLDO Claudine, CLOCHE Francis, COMODE Patrick, FAIVRE Marie Christine, DRUEZ François, GARCIA Patrick, LAGARDE Pierre, LETERRIER Jean-Michel, MOREAU Pascale, ROY Michel, RUMEAU Thierry, SOUCHE Gabrielle.

### **Départements limitrophes :**

DONGUY Patrice, LAGET Alain.

## **VOLET MÉDECINE GÉNÉRALE**

### **À tous les médecins généralistes participants**

#### **En Côte d'Or**

ADELVING DENUIT Dominique, ALAVOINE Véronique, ALIBERT Didier, AMEY Isabelle, BARBERET Éric, BASSEN Jean-Marc, BEIS Jean-Noël, BERILLE Bernard, BOILLIN Yves, BOMPY Dominique, BONNOT Philippe, BORDET Arnaud, BRENOT Daniel, BRENOT-LEMAITRE Germaine, BROYER François, BUFFET Jean-Paul, BUGNON Pierre, CABOURDIN Philippe, CALINAUD Cyrille, CHAUVE Lionel, CHIRAC René, COLAS Philippe, COLLIN Aleth, COLLIN Éric, CORNET Jacques, COURTOIS François, CUCIS Jean-Claude, CUENOT Hélène, DAILLAND Éric, DANGUIS Laurent, DARLEY Jacques, DAUTRICHE Benoît, DEBOST Emmanuel, DELOGE Jean-Louis, DEMIZIEUX Jean-Philippe, DESCHAMPS Philippe, DISSON Jacques, DUFOUR Hugues, DURAND Remy, FABRE Michel, FAURE Jean-luc, GAIMARD Didier, GAUYACQ Raymond, GENIN Monique, GIRARD Didier, GRANGERET DUHAMEL Marie-Thérèse, GROSS Jean-Louis, HEDOIN Philippe, HILLON-DENIS Marie-Claude, HOCHARD Michel, HUBER Corinne, HUBER Jean-Claude, HUMBERT Anne, JACQUES Pascal, JEAN Thierry, KOHL Klaus, KONG Robert, LACAILLE SMERILLI Véronique, LAURIER Michel, LAVAGNA Thierry, LENE François, LOISEAU Christine, LUCET Thierry, LUTRAT Philippe, MALTSCHEFF SEMAMA Isabelle, MANIETTE Alain-Philippe, MARTIN Didier, MARTIN Jean-Luc, MATHELIN Véronique, MAURIN POIRIER Valérie, MAZUE Roger, MERCIER Patricia, METRAL Dominique, MIARA Elzbieta, MIGET PETENZI Carole, MOISAND MOLLARD Béatrice, MOLLE Isabelle, MOREAU MORDINI Béatrice, MOREAU PINCHAUX Joëlle, MOREL Gilles, MORLON François, NAVILLOT Jean Luc, NGHIEM Laurent, NONCIAUX Christine, PAPELARD MIAULT Dominique, PATCHINSKY Igor, PELLEGRIN Jean-Marie, PERRET Thierry, PFITZENMEYER Isabelle, PHILIPPE Alain, PINGAT Dominique, PISTRE François, POUSSOT Jean-Pierre, REMY Alain, ROUGEOT Bernard, ROYER René, SAINT-DENIS Monique, SAMSON Dominique, SCHOULLER Philippe, SCOLA-GRIMALDI Jean-luc, SIMARD

JAEGER Élisabeth, STRAUSS Philippe, STURM Yves, TAQUE Robert, TAUPENOT Daniel, TAVERNARI Noël, TELLIER Maryse, TERRAUX Olivier, TORET Jean, TRAPET Laurent, TRON Philippe, TURPIN Olivier, VOLTZ Jean-Marc.

#### **Dans la Nièvre**

BARBOUTH Alain, BEAUGE Daniel, BONIN Bertrand, BUCHHOLTZ Xavier, CARILLION Philippe, CASSET Stéphane, CHAGNY Bernard, COHEN Julien, DEBITUS Dominique, DELBOVE Victor, DESLAGE Christian, DUPONT Jean-Louis, GARCIN Gilles, GUICHARD Denis, ICHE Roland, JULIEN Régis, LAICK Jean-Marc, LASSUS Alain, LECHAPT Christian, PICAUD Bernard, POLDERMAN Christophe, RUNDSTADLER Véronique, SALOMON Jacques, SERIN Michel, VILLA Dominique, WAREIN Daniel, WAUQUIEZ Thierry, WERTZ Jean-Michel.

#### **En Saône et Loire**

ADAD Jean, AGUESSE Yves, ALEX Jean-noël, ANDRE Jean-Paul, AUCLAIR Fabrice, BADET Laurence, BALLAND Jean-Pierre, BARBARIN Jean Luc, BARTHEZ Catherine, BILLARD Joëlle, BONNET Bernard, BORSOI Pascal, BOURGEOIS Christophe, BRESSOUX Éric, BRUNEAU Emmanuelle, BRUNET Alain, BRUNET-GUSTIN Françoise, CAILLOT Jean François, CALVET Denis, CARRAT Bruno, CARTAL Jean-Pierre, CHAROLLAIS Yvon, CHASSERY Didier, CHESNEAU Anne Marie, COLAS Claude, CRETIN Jean, DANJOU Damien, DAUVERGNE Pierre Yves, DAVANTURE Jean-Paul, DE CUVERVILLE Olivier, DEGOUGE Bruno, DESBOIS Patrick, DHAIBY Firas, DHOTEL JACQUEMIN Monique, DHOTEL Patrick, DIJOUX Silvère, DOLHAIN Jean-Marc, DOUSSE Martine, DROUILHAT Michel, DUBOIS Yves, DUBOST Jacques, DUBOST Serge, DUBREUIL Éric, DUCHET Alain, DUGOU GAUTHERON Martine, DURAND Élisabeth, FAIDIX Xavier, FAURE Bernard, FELIERS Brigitte, FONTENEAU Brigitte, GUEREL Philippe, GUILLEMIN Pascal, HECQUET Michel, HORAT Marie Paule, JEANNIN, JOLY Jean Michel, KACZMAREK Sylvie, KONIECZNY Jacques, LAMY Jacques, LANCELOT Louis, LANDES Nathalie, LANDVERLIN CARBO Véronique, LANDREAU Michel, LAPIERRE Béatrice, LE BRETON Bertrand, LEBEURRIER Jean-Pierre, MAGNIEN Hubert, MAILLY Patrice, MALHERBE Claude, MANIN G., MARECHAL Thierry, MARQUIS Elisabeth, MARTEN Jean-Pierre, MARTIN Stéphane , MATIGNON Luc, MENOT Dominique, MERCIER Georges, MICHAUD Philippe, MILLIAT Roger, MORAT Odile, MOUGENOT Michel, MOULLE Christian, NARCANTE Philippe, NGUYEN QUANG Minh, NICOLAS Jean François, NOTEL Patrick, NOTTEGHEM Bernard, PAGAND Françoise, PARCELIER Jean-Jacques, PASSERAT, PICARD Frédéric, PIFFAUT Michel, PIGACHE Jean-Luc, PINETTE Thierry, PLAULT BONNET Martine, PROST Denis, PRUD'HOMME DE LA BOUSSINIERE Thierry, QUESADA Michel, RIVOIRE Yves, ROCHET Catherine, RONDEPIERRE Didier, ROY Christian, SALFATI Guy, SERRAT Georges, SIMONET Bernard, SPORTES Bernard, SUCHET Jean-Claude, TAITOT Richard, TOURNY Jacques, VAILLER Pierre, VERDOT Isabelle, VETU Michel, VIARD-CRETAT Sylvette, VINCENT Philippe, VIRELY Michel, VITTEAUT Christine, VIVIEN DIJOUX Laure, WEIRICH Jean Louis.

#### **Dans l'Yonne**

ABMAN Christophe, AHANG Jean-Gilbert, AUBERT Marie-Anne, AUCLAIR Vincent, AUGIER Richard, AUGY Didier, BARRAULT Marie-Laure, BEAUGRAND Jérôme, BEGUE Marie-Odile, BEGUE René, BERNARD Brigitte, BRENNER-GIRAULT Évelyne, BRIZION Stéphane, BURON Daniel, BUYCK Daniel, CASSAGNE Alain, CHAFFAROD Michelle, CHAILLOT Pierre, CHEYBANI-BESSAOUD Katayoun, Christian PETIT-ETIENNE, COLLART DUTILLEUL Herve,

COMELLI Jean-Yves, COMMUN Jean-Pierre, COUTURIER Jacques, DE KERGOMMEAUX Benoît, DEFFRESSIGNE Guy, DEHESELLE Anne, DORBON François, DUMONT Patrick, DUPUIS Bertrand, EL AHL Noël, ENGELMANN Dominique, EROUKMANOFF Laurent, FAIVRE François, FAIVRE Rachel, FAURE Bruno, FENDELEUR Patrick, FICHOT Marie-José, GAILLAC Vincent, GERMAIN VAILLANT Nelly, GRANDEMANGE Jean-Paul, HEBRAS Éric, HESPEL Nathalie, HIRSCH Françoise, JEANNIN Pierre, LAFORGE Carole, LAGARRIGUE Guy, LAURENS Didier, LAURENT Christiane, LEMAIRE Louis, LETELLIER Laurent, MAILLARD J.L., MASSON Joëlle, MAUFOY François, MAURICE Etienne, MIARD Alain, MILLOT Michel, MOTTE Gilles, MOULINES Catherine, MOUTON Laurence, NUCKCHEDDY Janack, PETER Stéphane, PEUZIN Francis, PICALET Jean-Bernard, PIDOLLE Marie-Anne, PIFFOUX Éric, PORTALIER François, POTTIER Isabelle, POUFFIER Élisabeth, PUCELLE Blandine, RANGUET Catherine, SBIHI Robert, SUZEAU Jean-Marc, TABOURET PICOCHÉ Thérèse, VERNET Bernard, VIGIER Christine, VINAY Jean-Marc.

## SOMMAIRE

<b>CONTEXTE</b>	<b>8</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>9</b>
A. VOLET SANTÉ SCOLAIRE	9
B. VOLET MÉDECINE DU TRAVAIL	10
C. VOLET MÉDECINE GÉNÉRALE	12
<b><u>SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET SERVICE SOCIAL EN FAVEUR DES ÉLÈVES</u></b>	<b>16</b>
<b>I. ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE ET DES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES</b>	<b>18</b>
A. MORTALITÉ PAR SUICIDE	18
B. TENTATIVES DE SUICIDE	20
C. IDÉES SUICIDAIRES	21
<b>II. RÉSULTATS</b>	<b>23</b>
A. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES ÉLÈVES	23
1. Caractéristiques socio-démographiques	23
2. Situation par rapport à la scolarité	25
B. CARACTÉRISTIQUES DES ACTES SUICIDAIRES	26
1. Fréquence des gestes suicidaires	26
2. Modes de passage à l'acte	27
3. Motifs de passage à l'acte	27
4. Facteurs de risque	28
5. Lien avec la scolarité	30
C. PRISES EN CHARGE	31
1. Connaissance de l'élève avant le geste suicidaire	31
2. Prise en charge initiale	33
3. Suivi après la prise en charge initiale	34
4. Les récidives durant l'année scolaire	37
<b>III. DISCUSSION</b>	<b>38</b>
<b>IV. CONCLUSION</b>	<b>42</b>
<b><u>MÉDECINE DU TRAVAIL</u></b>	<b>44</b>
<b>I. RÉSULTATS</b>	<b>46</b>
A. PARTICIPATION	46
B. NOMBRE DE GESTES SUICIDAIRES	46
C. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	47
1. Sexe	47
2. Âge	48
3. Catégorie socioprofessionnelle	48
D. CARACTÉRISTIQUES DU GESTE SUICIDAIRE	49
1. Nombre de gestes suicidaires	49
2. Modes de passage à l'acte	49

3.	Motifs de passage à l'acte	50
4.	Antécédents médicaux	51
5.	Facteurs déclenchants	51
E.	PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVANT LE GESTE	52
1.	Consultation avant l'acte auprès du médecin du travail	52
2.	Prise en charge spécialisée avant le geste suicidaire	53
F.	LIEN AVEC LE TRAVAIL	53
1.	Proportions de gestes en lien avec le travail	53
2.	Contraintes subies au travail	54
3.	Quel lien avec le travail ?	54
4.	Différentes formes de souffrance au travail	55
<b>II.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>57</b>
<b>III.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>64</b>
<b>MÉDECINE GÉNÉRALE</b>		<b>66</b>
<hr/>		
<b>I.</b>	<b>RÉSULTATS</b>	<b>68</b>
A.	PARTICIPATION ET NOMBRE DE GESTES SUICIDAIRES NOTIFIÉS	68
B.	CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	70
1.	Caractéristiques de l'acte	70
2.	Caractéristiques socio-démographiques	71
3.	Caractéristiques médicales	72
4.	Contexte du geste	72
5.	Traitements psychotropes avant le geste	74
6.	Dernière consultation avant l'acte suicidaire	74
C.	PRISE EN CHARGE INITIALE	75
1.	Consultation initiale	75
2.	Modalités de prise en charge	76
3.	Prise en charge souhaitée	76
4.	Prise en charge proposée	78
5.	Prise en charge effectuée	78
6.	Sources d'information du médecin généraliste sur la prise en charge	79
D.	SUIVI DES PATIENTS À 3 ET 6 MOIS	79
1.	Caractéristiques du parcours et de la prise en charge secondaire	80
2.	Point de vue du patient sur la prise en charge	82
3.	Point de vue du médecin sur la prise en charge	83
E.	SOUTIEN DE L'ENTOURAGE	86
<b>II.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>89</b>
<b>III.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>93</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>		<b>94</b>
<b>ANNEXES</b>		<b>98</b>

## CONTEXTE

Avec une moyenne de 415 décès annuels et plus de 4 000 tentatives de suicide accueillies en service d'urgence, la Bourgogne présente une surmortalité par rapport à la moyenne des régions françaises. Dans ce contexte, l'objectif général du Programme régional de santé sur le suicide en Bourgogne (1998-2002) vise à « **réduire l'incidence des suicides et des tentatives de suicide de 10% d'ici 5 ans** ».

Une enquête en médecine ambulatoire a été conduite pour répondre à un des cinq objectifs spécifiques du Programme : « **mieux connaître l'épidémiologie du suicide et de la tentative de suicide** ». Elle comporte trois volets : santé scolaire, médecine du travail, médecine générale.

Aucune source d'information ne permet de connaître le nombre, le devenir et le suivi des jeunes suicidants en Bourgogne. **En milieu scolaire**, la situation de ces jeunes, qui ne sont pas systématiquement pris en charge par un centre hospitalier ou par la médecine libérale, est également mal connue. L'objectif est donc de mieux connaître les caractéristiques et les parcours des élèves qui font une tentative de suicide ou décèdent par suicide, et dont les services de promotion de la santé et les services sociaux en faveur des élèves ont connaissance.

Les liens entre **souffrance psychique et exercice professionnel** sont encore mal connus, peu étudiés. L'objectif principal de ce volet de l'enquête est d'évaluer la **connaissance** que les **médecins du travail** ont de ce problème dans le cadre de leur activité.

Il est classique de dire que le médecin généraliste a une position-clé dans la prévention et la prise en charge des suicides, cependant on connaît mal ses habitudes dans ce domaine. L'objectif de ce dernier volet de l'enquête est donc **d'étudier les pratiques** professionnelles des médecins généralistes bourguignons afin **d'évaluer les difficultés et les manques** et de rechercher des pistes pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge. Une attention particulière est portée à la prise en charge et au **soutien de l'entourage** qui font partie des objectifs du PRS.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'objectif général de l'ensemble de l'étude est **d'améliorer la connaissance** en matière de **prise en charge ambulatoire** des gestes suicidaires. Une large information des professionnels de santé bourguignons des résultats a été envisagée dès la conception de ce travail et cette **contribution à la formation** fait partie des objectifs.

Pour les trois champs d'exercice, une **enquête prospective** à visée **descriptive** a été conduite.

### Définitions

**Tentative de suicide** : « toute entreprise volontaire visant à mettre fin à une situation ou souffrance en engageant sa propre vie, même si les répercussions somatiques sont bénignes ».

**Suicide** : « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire le résultat ».

## A. VOLET SANTÉ SCOLAIRE

### Objectifs

Les objectifs spécifiques sont de :

- **Recenser** le nombre de tentatives de suicide et de suicides chez les jeunes collégiens et lycéens dont le service de promotion de la santé et le service social en faveur des élèves ont eu connaissance durant une année scolaire,
- **Connaître les trajectoires et les suivis** des suicidants, afin d'améliorer la prévention des récidives de tentatives de suicide,

### Population

La population est constituée de l'ensemble des jeunes collégiens et lycéens (y compris les élèves qui poursuivent des études après le baccalauréat dans ces établissements) ayant fait une tentative de suicide ou décédés par suicide pendant l'année scolaire 1999-2000 dans la région.

## Collecte de données

### *Organisation générale*

L'étude repose sur la participation de toutes les assistantes sociales, infirmières et médecins de l'Éducation nationale en Bourgogne. L'information (protocole et documents d'enquête) a été relayée par les responsables départementaux des services de santé scolaire, sous la responsabilité des Inspecteurs d'Académie.

Pour assurer un taux de participation satisfaisant, les professionnels des services de santé scolaire ont reçu chaque mois pendant l'année de collecte, une "fiche de liaison" leur rappelant l'enquête en cours, parfois accompagnée de notes bibliographiques ou de résultats intermédiaires sur la participation et le déroulement général de l'enquête.

### *Informations recueillies*

Pour chaque suicide ou tentative de suicide d'un élève dont les personnels concernés ont eu connaissance, un questionnaire standardisé, anonyme, est rempli.

Les informations recherchées sont :

- les caractéristiques socio-démographiques de l'élève (âge, sexe, situation familiale)
- la situation scolaire (absentéisme, retard scolaire...),
- les antécédents connus de geste suicidaire,
- les caractéristiques et le contexte de l'acte (mode de passage à l'acte, motif et facteurs de risque, lien éventuel avec la scolarité),
- les rencontres antérieures avec l'assistante sociale, l'infirmière ou le médecin de l'Éducation nationale,
- les modalités de prise en charge immédiate et secondaire.

Les questionnaires sont remplis mensuellement de manière concertée par les personnels du service de la promotion de la santé en faveur des élèves, au niveau de chaque lycée ou de chaque secteur. Ils sont adressés anonymement à l'ORS à l'aide d'enveloppes pré-affranchies (enveloppes "T"). Une procédure de recherche des récurrences est effectuée à partir des variables suivantes : commune de domicile, année de naissance, sexe, classe, situation familiale et antécédents de tentatives de suicide.

## B. VOLET MÉDECINE DU TRAVAIL

### Objectifs

- **Recenser** le nombre de tentatives de suicide et de suicides dont les médecins du travail ont connaissance pendant une année, et **décrire** leurs principales caractéristiques,

- **Rechercher des facteurs professionnels** associés aux suicides ou aux tentatives de suicide,
- **Évaluer les besoins** pour améliorer la prévention,

## **Population**

La population est constituée de l'ensemble des patients, vus pendant un an par les médecins du travail volontaires de la région Bourgogne, ayant réalisé une tentative de suicide dans l'année précédant la consultation.

## **Collecte de données**

### **Professionnels concernés**

Tous les médecins du travail de la région Bourgogne ont été informés du projet d'enquête et le recueil de données a été effectué par les médecins volontaires pour y participer.

Pour assurer la continuité de l'étude, à partir du lancement du recueil, chaque mois, les médecins ayant accepté ont été invités à retourner un bulletin sur lequel ils indiquaient le nombre de suicides et de tentatives de suicide dont ils avaient eu connaissance dans le cadre de leur exercice pendant le mois considéré.

Ils ont régulièrement reçu une "fiche de liaison" leur rappelant l'enquête en cours, parfois accompagnée de notes bibliographiques ou de résultats intermédiaires sur la participation et le déroulement général de l'étude.

### **Collecte d'informations**

Pour chaque suicide ou tentative de suicide datant de moins d'un an dont les médecins du travail ont eu connaissance, un questionnaire standardisé, anonyme, a été rempli, lorsque la personne concernée a au moins évoqué le geste suicidaire lors de la consultation.

Les informations recherchées sont :

- les caractéristiques socio-démographiques du patient (âge, sexe, situation familiale, situation professionnelle),
- les principales caractéristiques épidémiologiques (mode de passage à l'acte, motifs, facteurs de risque et facteurs déclenchants),
- les conditions de travail du patient et les facteurs de risques professionnels,
- les caractéristiques de la dernière consultation auprès du médecin du travail avant l'acte suicidaire,
- les antécédents connus et l'éventuel suivi avant le geste,
- les modalités de prise en charge immédiate et secondaire (pour les personnes ayant fait une tentative de suicide).

Les **facteurs de risque** ont été classés en utilisant l'axe IV de la classification DSM IV (manuel diagnostique en santé mentale), qui permet de rendre compte des problèmes psychosociaux qui peuvent affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux.

Les différents problèmes ont été regroupés dans les catégories suivantes :

- *Problèmes avec le groupe de support principal – p. ex. décès d'un membre de la famille, problème de santé au sein de la famille, rupture familiale par séparation, divorce ou brouille, déménagement, remariage d'un parent, abus physique ou sexuel, surprotection parentale, négligence envers un enfant...*
- *Problèmes liés à l'environnement social - p. ex. mort ou perte d'un ami, support social inadéquat, fait d'habiter seul, difficulté d'acculturation, discrimination, retraite...*
- *Problèmes d'éducation – p. ex. analphabétisme, problèmes scolaires...*
- *Problèmes professionnels – p. ex. chômage, conditions de travail difficiles...*
- *Problèmes de logement*
- *Problèmes économiques*
- *Problèmes d'accès aux services de santé*
- *Problèmes avec les institutions judiciaires ou pénales*
- *Autres problèmes – p. ex. Conflits avec des soutiens extérieurs à la famille (conseillers, travailleurs sociaux, médecins)...*

Parmi les **contraintes** subies par les personnes dans le cadre de leur **activité professionnelle**, on a distingué des contraintes organisationnelles et relationnelles :

- *Temps de travail (équipes alternantes, nuit, suppléance...)*
- *Rythme de travail (imposé, à la chaîne...)*
- *Divers (rémunération au rendement, travail isolé, contact public, charge mentale...)*
- *Ambiance et contraintes physiques (ex : nuisances sonores, thermiques, radiations ou rayonnements, air contrôlé, contraintes visuelles, manutention manuelle de charges, contraintes posturales, contraintes articulaires, machines-outils vibrantes, conduite...)*
- *Agents biologiques*
- *Agents chimiques*

## C. VOLET MÉDECINE GÉNÉRALE

### Objectifs

L'objectif principal est de connaître les **pratiques et le positionnement des médecins généralistes libéraux** en matière d'orientation, de prise en charge et de suivi des gestes suicidaires, en vue :

- ➡ d'avoir une meilleure connaissance épidémiologique de ce problème de santé publique en médecine ambulatoire en Bourgogne,
- ➡ d'évaluer les besoins des suicidants ainsi que les modalités de prise en charge en médecine générale, pour améliorer la prévention des récurrences de tentatives de suicide.

## Population

La population est constituée de l'ensemble des patients vus pour un suicide ou une tentative de suicide **pendant une année** par les médecins généralistes libéraux volontaires de la région.

- **Critères d'inclusion** : est incluse
  - toute personne décédée par suicide constaté par les médecins qui participent à l'enquête ;
  - toute personne ayant fait une tentative de suicide, vue lors d'une consultation de ces mêmes médecins, dont l'acte suicidaire est le motif, ou au cours de laquelle il a été au moins évoqué (l'acte ayant été effectué au maximum un mois avant la consultation).
  
- **Critères d'exclusion** : sont exclues, les personnes victimes d'accidents.

## Collecte de données

- **Un décompte simple mensuel**

À partir du lancement du recueil, chaque mois, les médecins ayant accepté ont été invités à retourner un « papillon » sur lequel ils ont indiqué le nombre de suicides et de tentatives de suicide dont ils ont eu connaissance dans leur clientèle.

Cette procédure devait permettre à la fois de rappeler l'existence du recueil au cours de l'année et de prendre en compte des éléments d'information complémentaires (nombres de tentatives et suicides pour lesquels l'intervention des médecins généralistes n'a pas été requise).

- **Une collecte d'informations approfondies**

La collecte d'informations approfondies n'a porté que sur les patients pour lesquels l'intervention du médecin généraliste a été requise. Elle a été réalisée à partir de questionnaires standardisés numérotés par l'ORS et adressés d'avance aux praticiens ayant accepté de participer à l'enquête.

Dans le **questionnaire initial** (ou unique pour les suicides) trois types d'informations sont recueillies :

- caractéristiques socio-démographiques du patient (âge, sexe, situation familiale, situation socioprofessionnelle),

- caractéristiques médicales sur le contexte de l'acte (antécédents personnels, mode de passage à l'acte, facteurs de risque, facteurs déclenchants et motif du passage à l'acte, traitement avant le geste suicidaire),
- et pour les personnes ayant fait une tentative de suicide, modalités de prise en charge immédiate, et modalités de prise en charge secondaire.

Deux **questionnaires de suivi** à trois et à six mois après la consultation dans le cas des tentatives de suicide (comportant les mêmes numéros que le questionnaire d'inclusion) permettent de recueillir des éléments complémentaires sur le devenir du patient avec des données sur :

- les éventuels changements dans les conditions de vie,
- l'état psychique,
- le respect des prescriptions,
- la satisfaction du patient.

Un questionnaire à trois mois relatif au **soutien éventuel de l'entourage** des patients a également permis de faire un point sur cet aspect du problème qui constitue un des dix objectifs opérationnels du programme régional de santé.

### Organisation générale

Pour assurer un taux de participation satisfaisant, les médecins généralistes ont reçu tous les deux mois pendant l'année de collecte, une "fiche de liaison" leur rappelant l'enquête en cours, parfois accompagnée de notes bibliographiques ou de résultats intermédiaires sur la participation et le déroulement général de l'enquête.

## CALENDRIER

- ✘ Janvier - mai 1999 : construction du protocole, rédaction et validation des outils d'enquête par le comité de pilotage,

### Volet santé scolaire

- ✘ Septembre 1999 : réunion d'information des assistantes sociales, infirmières, médecins de l'Éducation nationale, pour l'examen des outils d'enquête en vue de l'organisation du recueil dans chaque département,
- ✘ Octobre 1999 - juin 2000 : recueil prospectif durant toute la durée de l'année scolaire,
- ✘ Deuxième semestre 2000 : exploitation des données et rédaction du rapport d'enquête,
- ✘ 1<sup>er</sup> semestre 2001 : valorisation des résultats (rédaction d'une synthèse de l'étude, restitution lors de réunions départementales aux professionnels participants, publication et diffusion élargie).

### Volet médecine du travail

- ✘ Juin-Août 1999 : information des médecins et proposition de participation à l'enquête,
- ✘ Septembre 1999 : rappel des modalités pratiques de l'enquête aux médecins volontaires,
- ✘ Octobre 1999-Septembre 2000 : recueil prospectif,

- ✘ 1er semestre 2001 : valorisation des résultats (rédaction d'une synthèse de l'étude, publications et diffusion élargie).

#### **Volet médecine générale**

- ✘ Juin - septembre 1999 : information aux médecins libéraux et demande d'acceptation de participation à l'enquête,
- ✘ 1<sup>er</sup> octobre 1999 - 30 septembre 2000 : inclusion des gestes suicidaires pendant un an,
- ✘ Octobre - mars 2001 : poursuite de la collecte sur le suivi des patients inclus et sur le soutien éventuel de l'entourage,
- ✘ Été 2001 : relance pour les questionnaires de suivi manquants,
- ✘ 2<sup>ème</sup> semestre 2001 : rédaction du rapport, d'une synthèse et diffusion des résultats.

**SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
ET SERVICE SOCIAL  
EN FAVEUR DES ÉLÈVES**



# I. ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE ET DES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES

## A. MORTALITÉ PAR SUICIDE

Les données sont issues de l'exploitation des certificats de décès par l'INSERM, bureau SC8. Il est admis qu'elles sont sous-estimées d'environ 20%.

### ✓ La deuxième cause de décès chez les jeunes

Sur la période 1995-1997, on a compté 23 décès par suicide en moyenne par an chez les jeunes Bourguignons de 15-24 ans. Par rapport au total des décès observés à cet âge (160 décès), les morts violentes sont responsables de plus de 7 décès sur 10, avec comme première cause les accidents de la circulation (77 décès par an). Les suicides sont la deuxième cause de mortalité et représentent 15% de l'ensemble des décès à cet âge.

#### Nombre de décès annuels moyens pour les causes les plus fréquentes chez les 15-24 ans en Bourgogne, période 1995-1997

Cause de décès	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Accidents de la circulation	77	48	60	50	17	42
Suicides	23	15	19	16	4	11
Autres morts violentes	21	13	16	14	4	11
Tumeurs	12	8	6	5	6	14
Autres maladies	27	17	18	15	9	23
Toutes causes	160	100	119	100	41	100

Source : INSERM SC8

Exploitation ORS

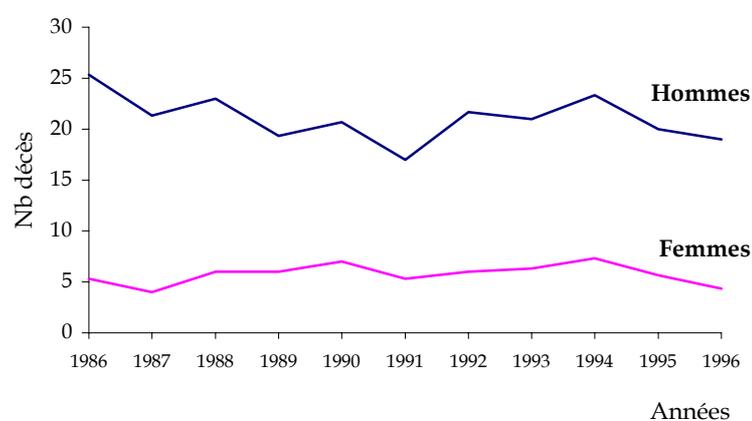
Comme dans l'ensemble des régions, on observe en Bourgogne nettement plus de décès par suicide chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes (19 décès masculins, 4 féminins en moyenne chaque année).

### ✓ Un taux de mortalité qui ne diminue pas

Sur une période de 10 ans (1986-1996), les taux de suicide des adolescents de 15-24 ans sont restés relativement stables, aux environs de 10 pour 100 000.

### Évolution du nombre de décès par suicide en Bourgogne chez les 15-24 ans

Moyennes mobiles<sup>a</sup> sur 3 ans



Source : INSERM SC8

Exploitation ORS

Le risque de décès par suicide est, selon les périodes, 3 à 4 fois plus élevé chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes (17,3 décès pour 100 000 vs 3,8 pour 100 000 en 1995-1997).

### Évolution du taux de mortalité par suicide chez les jeunes de 15-24 ans

en Bourgogne, taux pour 100 000

	1988-1990	1993-1995	1995-1997
Garçons	17,7	21,3	17,3
Filles	5,7	7,0	3,8

Source : INSERM SC8

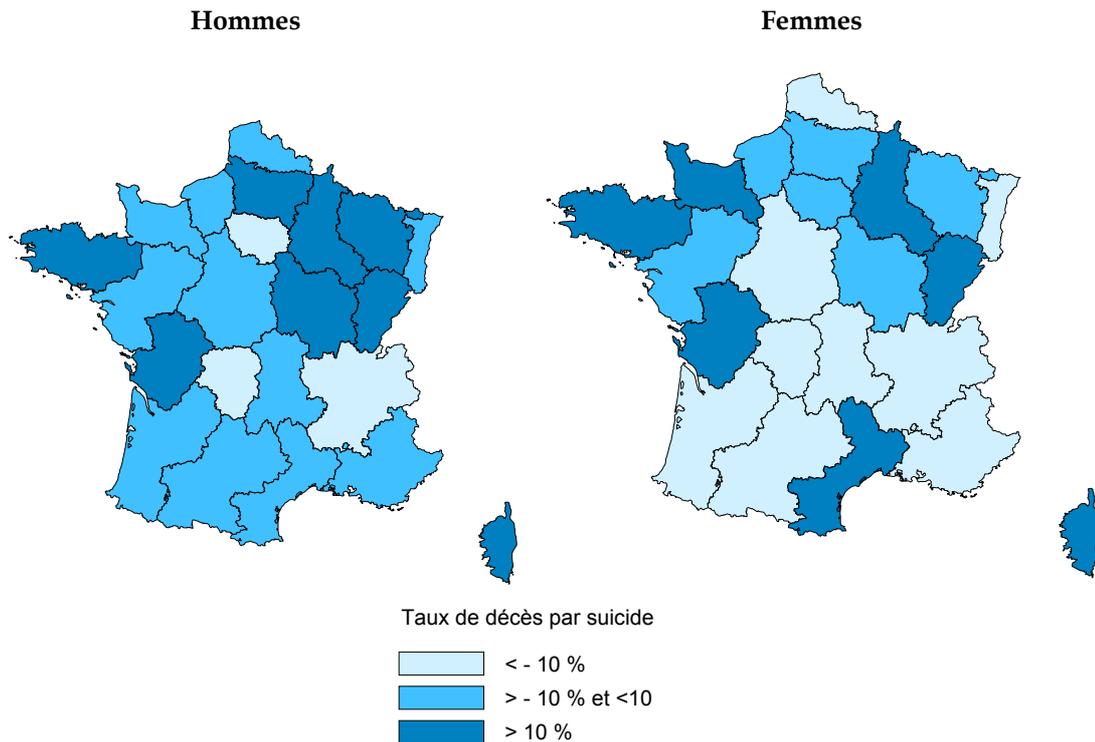
Exploitation ORS

#### ✓ La Bourgogne, une région particulièrement touchée

La situation des jeunes hommes bourguignons est particulièrement défavorable. Ainsi, pour la période 1993-1997, la Bourgogne fait partie des quatre zones géographiques particulièrement touchées avec la Corse, la Bretagne, la région Poitou-Charentes et les autres régions du Nord-Est.

<sup>a</sup> Chaque année représentée est la moyenne calculée avec les deux années qui l'entourent.

### Disparités des taux de décès par suicide des 15-24 ans en France, période 1993-1997<sup>1</sup>



*Variation du taux de décès de la région par rapport au taux de décès moyen français  
données corrigées en fonction des causes inconnues. Source : INSERM SC8*

## B. TENTATIVES DE SUICIDE

### ✓ En France

Si la mortalité par suicide augmente avec l'âge et touche plus les hommes, l'incidence des tentatives de suicide est à l'inverse maximale chez les adolescents et adultes jeunes et concerne plus les filles. Ainsi, le rapport tentative de suicide/suicide se situerait autour de 22 pour les garçons, et de 160 pour les filles<sup>2</sup>. Cependant, il faut noter que la tentative de suicide augmente le risque de décès par suicide ou par toute autre mort violente en particulier durant la 1<sup>ère</sup> année suivant la tentative.

Selon l'enquête Baromètre santé Jeunes réalisée en 1997<sup>b</sup> par le Comité français d'éducation à la santé<sup>3</sup>, au cours de la vie, **3,7% des 15 ans et plus** ont fait une tentative de suicide (2,1% de garçons et 5,4% de filles). Parmi les suicidants, 70,3% ont effectué une seule tentative, 19,7% deux et 10,0% trois ou plus. À la suite de la dernière tentative, **32,8%** ont été **hospitalisés**, 36,5% ont été suivis par un médecin ou un professionnel de l'aide psychologique et 59,1% en ont parlé à une autre personne.

Plusieurs **facteurs de risque** sont associés à la tentative de suicide : les familles recomposées, les familles monoparentales, le chômage de la mère, l'absence de figure maternelle à la maison, le manque de dialogue, le manque d'écoute, le manque de cohérence parentale, une

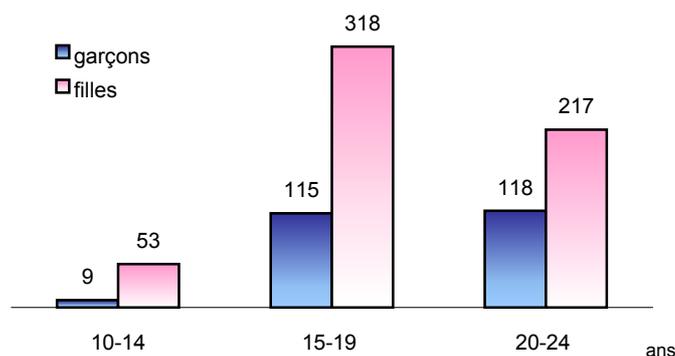
difficulté à communiquer avec ses proches. L'exclusion et la désinsertion scolaire ou professionnelle interviennent également. On retrouve aussi des associations avec la consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis et un taux de violence subie élevé<sup>4</sup>.

### ✓ En Bourgogne

*Les données sont fournies par les départements d'information médicale des hôpitaux publics de la région et par le service de psychiatrie du CHU de Dijon. Elles concernent les personnes hospitalisées pour leur tentative de suicide.*

En 1998, les établissements publics hospitaliers de la région ont relevé **830** hospitalisations pour tentatives de suicide chez des jeunes de 10-24 ans (495 chez les 10-19 ans). Cet effectif représente 23% de l'ensemble des hospitalisations pour cette cause. Contrairement au suicide, la tentative de suicide est majoritairement le fait des filles (7 tentatives de suicide féminines pour 3 masculines chez les 10-24 ans).

#### Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de santé bourguignons en 1998



Sources : DIM de Bourgogne, service de psychiatrie du CHU de Dijon

## C. IDÉES SUICIDAIRES

*Nous ne disposons que de données nationales.*

Selon le Baromètre santé Jeunes (1997), les pensées suicidaires sont fréquentes<sup>3</sup> : **10,5% des 15-19 ans ont pensé au suicide** au cours des douze derniers mois (7,5% de garçons et 13,7% de filles). Dans l'enquête nationale de Choquet et Ledoux réalisée en 1993, parmi les adolescents scolarisés de **11-19 ans**, cette proportion était de 23% chez les garçons et 35% chez les filles<sup>c</sup>.

<sup>b</sup> Sur un échantillon national représentatif de 1 500 jeunes de 12 à 19 ans (pas forcément scolarisés).

<sup>c</sup> Méthodologies d'enquête différentes : enquête par téléphone et réponse oui/non pour le Baromètre santé, auto-questionnaire et réponses nuancées : jamais, rarement, assez souvent, très souvent pour l'enquête chez les adolescents scolarisés.

Il s'agit le plus souvent de jeunes ne vivant pas avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) et ils se considèrent moins que les autres écoutés par ceux-ci. Les jeunes ayant des idées suicidaires ont des comportements de consommation de substances psychoactives plus marqués (tabac, alcool, substances illicites), ont plus souvent été l'objet de violence (y compris sexuelle) et ont pris plus fréquemment « un risque » par plaisir ou par défi dans le dernier mois. L'idéation suicidaire est enfin très corrélée avec les troubles alimentaires. Près de la moitié (45,1%) de ces jeunes ont parlé de leurs difficultés avec quelqu'un. Par ailleurs, 1,3% des 15-19 ans ont fait, au cours de l'année, un projet précis pour se suicider<sup>3</sup>.

## II. RÉSULTATS - SANTÉ SCOLAIRE

Au total, les services de promotion de la santé et les services sociaux en faveur des élèves de la région Bourgogne ont signalé **127 gestes suicidaires** durant l'année scolaire 1999-2000, concernant **122 élèves** (5 sont des récidives du geste dans l'année). Parmi ces 127 gestes, on compte **5 décès** par suicide et **122 tentatives** de suicide.

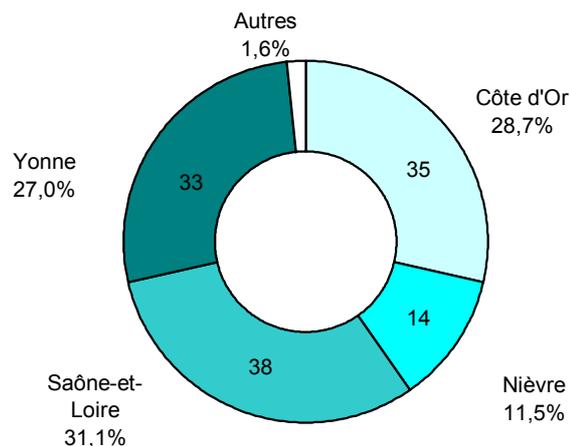
### A. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES ÉLÈVES

#### 1. Caractéristiques socio-démographiques

##### a) Département de domicile

Répartition des élèves par département de domicile

Presque tous les élèves sont domiciliés en Bourgogne.



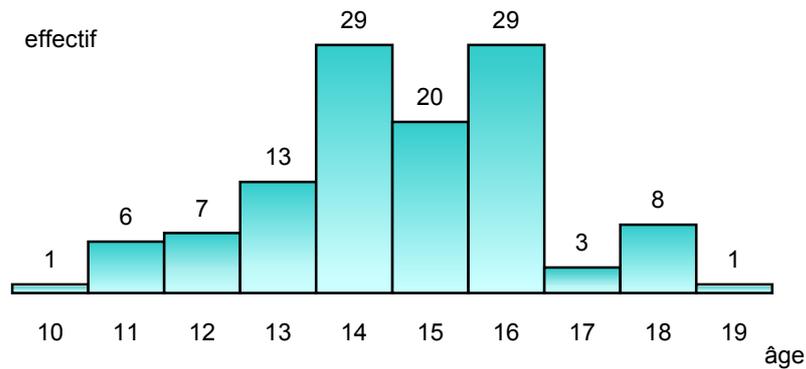
La proportion d'élèves ayant réalisé un ou plusieurs gestes suicidaires connus et signalés par les services varie de 0,08 - 0,09% des élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire dans la Nièvre, la Saône-et-Loire et en Côte d'Or à 1,3% des élèves dans l'Yonne<sup>d</sup>.

##### b) Âge

La moyenne d'âge est de 14,6 ans (écart-type=1,8 ; médiane=15 ans). La plus jeune a 10 ans au moment du geste, et la plus âgée, 19 ans. Trois quarts des élèves signalés ont entre 13 et 16 ans.

<sup>d</sup> Il s'agit d'une approximation car l'enquête étant anonyme, on ne connaît pas les établissements déclarant. Seul le domicile des élèves est renseigné et certains peuvent être scolarisés dans un autre département.

## Répartition des élèves selon l'âge



Information manquante soit sur la date de naissance, soit sur la date du geste suicidaire pour 5 élèves

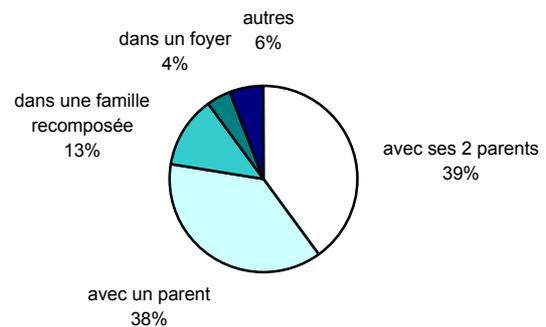
## c) Sexe

On compte 79% de filles (96) pour 21% de garçons (26). Les 5 élèves décédés sont des garçons.

## d) Situation familiale

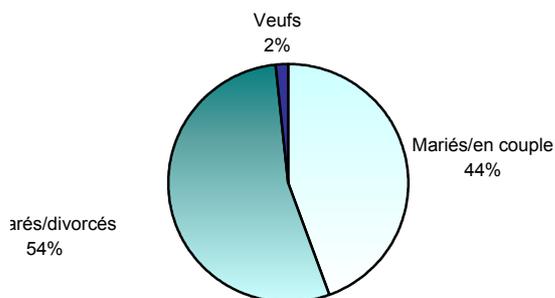
Six jeunes sur dix n'habitent pas avec leurs deux parents : 38% vivent avec un seul de leurs parents, 13% dans une famille recomposée, 6% vivent en foyer ou en famille d'accueil.

## Situation familiale de l'élève



Autres : 4 vivent avec leurs grands-parents, 2 sont en famille d'accueil, et une vit avec son ami.

## Situation familiale des parents



7 situations inconnues

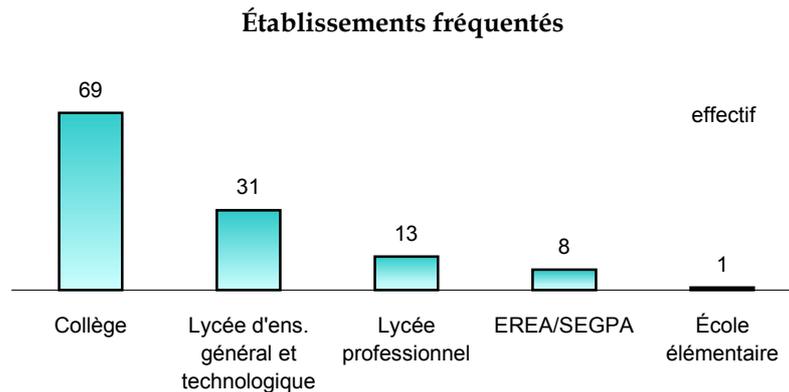
Les parents sont séparés ou divorcés dans 54% des cas.

## 2. Situation par rapport à la scolarité

### a) Type d'établissement

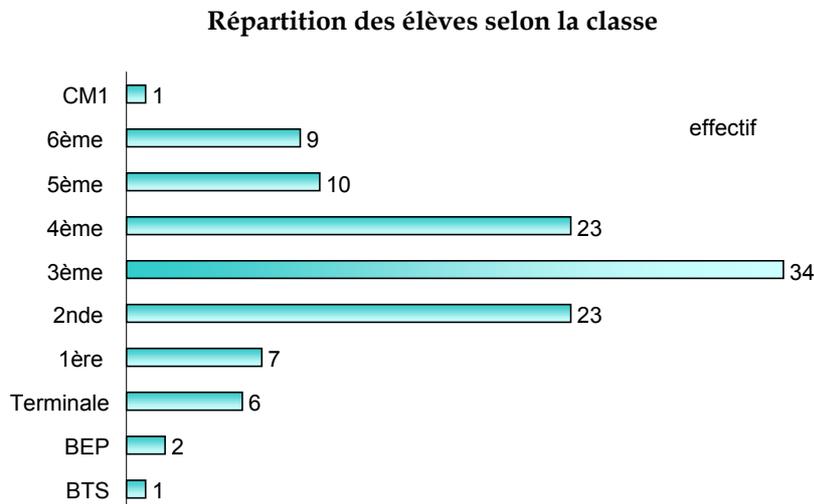
Dans 57% des cas, l'élève fréquente un collège ; dans 36%, un lycée. Il suit une filière de type EREA/SEGPA<sup>e</sup> dans 7% des cas.

Une élève très jeune a été signalée ; elle est en CM1 au moment du geste suicidaire (elle est décrite comme très "mature" par rapport à son âge).



### b) Classe

Sept élèves sur dix sont en classes de 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> ou 2<sup>nde</sup>.



### c) Internat

Parmi ces jeunes signalés, huit sont internes (6,6%).

<sup>e</sup> EREA : établissement régional d'enseignement adapté. SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté.

### d) Absentéisme

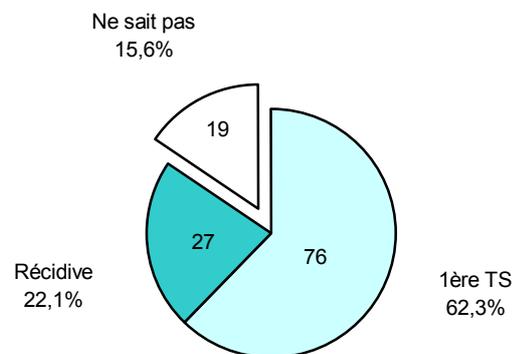
Cette information est renseignée dans 90% des cas. La durée moyenne d'absence par mois avant le geste suicidaire est de 1,7 jours par mois pour l'ensemble des jeunes (écart-type=3,3). Au total, 62,4% ont été absents dans l'année avant leur acte suicidaire, et leur durée moyenne d'absence est de 3 jours par mois (écart-type=3,9 j ; maximum 20 jours)<sup>f</sup>.

## B. CARACTÉRISTIQUES DES ACTES SUICIDAIRES

### 1. Fréquence des gestes suicidaires

Il s'agit d'une récurrence plus d'une fois sur cinq (22%). Et dans 16% des cas, les services ne savent pas s'il y a des antécédents ou non.

Antécédents de tentatives de suicide



#### Si récurrence, nombre de tentatives antérieures :

Parmi les 27 élèves dont ce n'était pas le premier geste, il s'agissait de la deuxième tentative pour 16 d'entre eux.

Une	16
Deux	5
Trois	2
Cinq	1
Six	1
Ne sait pas	2

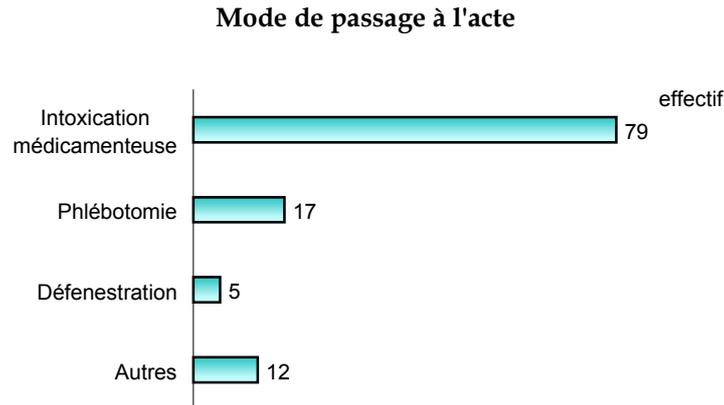
Parmi les 5 **suicidés**, un avait déjà réalisé une tentative de suicide. Pour 3 élèves, il s'agissait du premier geste et pour le dernier, cette information n'est pas connue des services.

<sup>f</sup> Les absences ne sont pas connues pour l'année scolaire entière mais seulement avant le geste suicidaire. Il n'est donc pas possible de calculer des absences moyennes annuelles.

## 2. Modes de passage à l'acte

### a) Pour les tentatives de suicide

Il s'agit dans la majorité des cas d'une intoxication médicamenteuse (près de 70% des cas), une fois associée avec une intoxication alcoolique. Le deuxième mode de passage à l'acte est la phlébotomie (17 jeunes, près de 15% d'entre eux), parfois associée à la prise de médicaments (2 cas).



- 4 modes *inconnus*
- 12 "*autres*" : 2 scarifications, 1 intoxication avec des produits ménagers, 1 pendaison, 1 noyade, 1 plaie par couteau, 1 sitting sur la voie publique, 1 "appel au secours", 1 strangulation, 1 tentative de se jeter sous une voiture, 1 écrasement par un train, 1 "autre, sans précision".

Dans trois cas, la tentative de suicide a eu lieu en milieu scolaire.

### b) Pour les décès par suicide

Parmi les 5 jeunes décédés par suicide, les modes de passage à l'acte sont : deux défenestrations, une pendaison, un usage d'arme, une intoxication par les gaz d'échappement d'une mobylette en milieu clos.

## 3. Motifs de passage à l'acte

### a) Pour les tentatives de suicide

Aucun motif n'est indiqué pour 35 élèves (31% d'entre eux). Pour les autres, le principal motif (près de 4 fois sur 10) est lié à un problème familial : le plus souvent un conflit avec les parents ou beaux-parents.

### Motif de passage à l'acte

Motif	Effectif
Problème familial (conflit, maladie, violence...)	33
Problèmes relationnels à l'école, rejet du groupe	11
Angoisse, mal-être, détresse, solitude	11
Déception sentimentale	10
Problème scolaire (échec, sanction...)	6
Dépression	4
Réaction au suicide d'un camarade	2
Troubles liés à l'identité sexuelle	2
Autres (deuil, secret...)	3
<b>Total</b>	<b>82</b>

#### b) Pour les suicides

Pour un des jeunes, le motif de passage à l'acte est une déception sentimentale. Pour les quatre autres, le motif est inconnu des services.

## 4. Facteurs de risque

#### a) Pour les tentatives de suicides

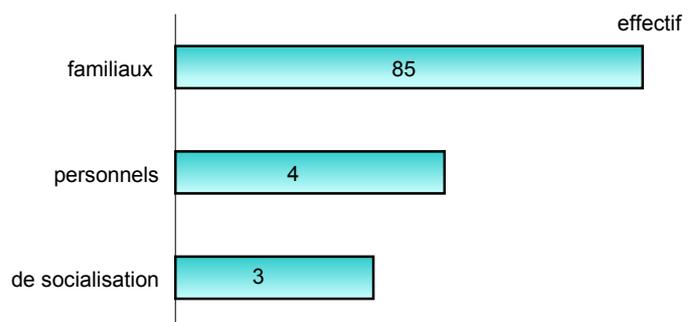
Des facteurs de risque sont connus des services dans 83% des cas (97 suicidants sur 117). Ces facteurs sont très souvent associés. Quand ils sont connus, un ou plusieurs facteurs de risque familiaux sont cités dans 88% des cas (parents divorcés, famille recomposée, maladie dans la famille...). Un facteur personnel

psychologique, psychopathologique ou comportemental est évoqué une fois sur deux : dépressivité<sup>§</sup>, angoisse et troubles de l'humeur principalement.

La liste détaillée des facteurs de risque signalés par les services à l'aide d'une grille réalisée par l'institut de formation en soins infirmiers de Mâcon est reproduite ci-après.

#### Facteurs de risque repérés par les services

(une ou plusieurs réponses)



<sup>§</sup> Repli sur soi, tristesse qui dure, troubles du sommeil, dévalorisation, idées noires.

## FACTEURS DE RISQUE REPÉRÉS PAR LES SERVICES

(Plusieurs facteurs de risque sont souvent associés ; entre parenthèses sont indiqués les effectifs)

FACTEURS PERSONNELS (49)	<b>Présentation (6)</b>	Immigration (0)
		Milieu rural (6)
	<b>Idées suicidaires (6)</b>	Possession arme à feu (0)
		Idée de mort (1)
	<b>Comportement (34)</b>	Idée de suicide (4)
		Automutilations (2)
		Troubles alimentaires (2)
		Troubles de l'humeur (7)
		Fugue (5)
		Dépressivité (14)
		Dévalorisation (7)
		Sentiment de culpabilité (3)
		Négligence physique (différent du look) (2)
		Angoisse (12)
	<b>Signes physiques (16)</b>	Plaintes (0)
		Plaintes somatiques (6)
Malaises (4)		
Maladies réelles (2)		
Changement de rythme de sommeil (4)		
Tentative de suicide (3)		
<b>Conduites addictives (9)</b>	Alcool (1)	
	Drogue (2)	
	Tabac (3)	
	Médicament (2)	
<b>Situation familiale (57)</b>	Conduites à risque (1)	
	Arrêt brutal (0)	
	Sport, activité violent ou dangereux (0)	
	Lecture, musique, film (0)	
	Parents divorcés ou séparés (19)	
	Famille monoparentale (2)	
	Famille recomposée (18)	
	Conflit, violence des parents (8)	
	Décès d'un ou des deux parents (2)	
	Suicide ou tentative de suicide dans la famille (3)	
Départ brutal d'un parent (0)		
<b>Relations parent-enfant (39)</b>	Maladie physique ou psychique dans la famille (12)	
	Changement brutal socio-professionnel (0)	
	Adoption (1)	
	Violence (3)	
	Abus sexuels (4)	
	Inceste (0)	
	Carence affective (5)	
	Surprotection (3)	
	Manque de communication (16)	
	Indifférence-minimisation (5)	
Non-dits-secrets (3)		
<b>École (20)</b>	Manque d'implication des parents dans la vie scolaire (2)	
	Échec scolaire (11)	
	Surinvestissement scolaire (1)	
	Absentéisme général (5)	
	Absentéisme spécifique (0)	
	Changement dans les résultats scolaires (0)	
	Changement fréquent d'établissement (1)	
	Clowneries en classe (0)	
	Internat (1)	
	Manque de perspective (2)	
<b>Socialisation (20)</b>	Isolement-non appartenance au groupe (5)	
	Repli brutal (0)	
	Changement de groupe (1)	
	Agressivité-violence envers les autres (2)	
	Marginalisation (2)	
	Victime de racket (2)	

Réalisation de la grille des facteurs de risque : IFSI de Mâcon

## b) Pour les suicides

Un jeune était impulsif, avait des jeux violents et présentait un retard de croissance staturo-pondéral. Un autre jeune avait des facteurs de risque liés à l'école. Un troisième avait des idées suicidaires, présentait des conduites addictives, il avait également des facteurs de risque familiaux et liés à la socialisation. Pour les deux derniers, les facteurs de risque ne sont pas connus des services.

## 5. Lien avec la scolarité

### a) Pour les tentatives de suicide

Les services pensent qu'il existe un lien entre le geste suicidaire et la scolarité dans 30% des cas. Ils ne savent pas s'il existe un lien pour 23 élèves (20% des cas), même s'ils évoquent des facteurs potentiels pour 4 d'entre eux (stress lié à un examen, mauvaise intégration scolaire, plaintes suite à des agressions, réprimande du "Principal").



Les deux motifs les plus souvent cités sont des difficultés ou un échec scolaire (un tiers des cas), puis les problèmes relationnels avec les autres élèves (une fois sur quatre).

Pour deux élèves, le geste a eu lieu suite à un conseil de classe. Une élève a effectué son geste alors que sa mère assistait au collège à une réunion parents-professeurs qu'elle appréhendait.

### Lien entre la tentative de suicide et la scolarité

Lien avec la scolarité	effectif
Difficultés ou échec scolaire	11
Problèmes relationnels avec les camarades à l'école	9
Problème lié à l'orientation	4
Désinvestissement scolaire	2
Exigence des parents, pression familiale	2
Sanction scolaire	1
Difficultés relationnelles avec un professeur	1
Peur de ne pas y arriver	1
Départ d'un professeur surinvesti	1
Inadaptation (élève "surdouée")	1
Recherche d'attention des adolescents plus âgés ou des surveillants	1
<b>Total</b>	<b>34</b>

2 motifs non renseignés

### b) Pour les suicides

Pour deux jeunes, les services ne pensent pas qu'il existe un lien entre le décès et la scolarité. Un élève ne voulait pas changer de lycée et être interne, et un autre redoublait suite à une orientation professionnelle difficile. Pour le dernier, le lien possible avec la scolarité est inconnu.

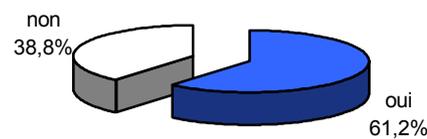
## C. PRISES EN CHARGE

### 1. Connaissance de l'élève avant le geste suicidaire

#### a) Pour les tentatives de suicide

#### Élèves connus des services avant le geste suicidaire ?

En dehors du cadre de visites systématiques, les jeunes sont très souvent **connus des services** (71 jeunes, soit plus de six sur dix).



1 non-réponse

Ils sont le plus souvent connus pour des difficultés psychologiques, avec un sentiment de mal-être (3 élèves sur 10). Ils présentent fréquemment des symptômes physiques à type de malaises, douleurs (abdominales, céphalées), asthénie... Neuf jeunes sont connus pour un problème familial (problème relationnel avec les parents, violence, maladie d'un parent...). Il est à noter que 8 sont connus en raison de leur geste suicidaire antérieur.

#### Motifs pour lesquels les élèves étaient connus des services

Motif	Effectif
Mal-être, dépression, difficultés psychologiques, angoisse	21
Malaises, douleurs diverses, fatigue	14
Problème familial	8
Antécédent de tentative de suicide	8
Troubles du comportement (agitation, violence)	8
Absentéisme	5
Conduites à risque (rapport sexuel non protégé, fugue)	3
Suivi "lourd" (ASE, justice,...)	3
"Prétextes" pour rater les cours	1
<b>Total</b>	<b>71</b>

La majorité des jeunes qui avait fait une tentative de suicide dans le passé était connue des services (21/25) pour différents motifs (pas seulement pour le geste suicidaire passé). Seuls 4 d'entre eux ne l'étaient pas.

L'élève était **venu de lui-même** dans plus de la moitié des cas (54%), il avait été signalé par quelqu'un ou convoqué par le service dans 46% des cas.

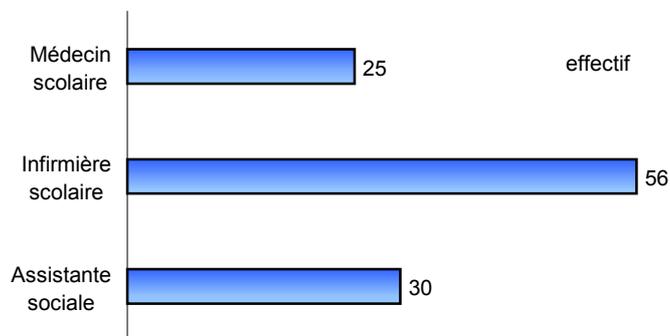
#### Par qui l'élève a-t-il été signalé ?

	Effectif
Un enseignant	6
Un autre membre du personnel	13
Un élève	1
Une autre personne	4
Plusieurs personnes	5
<b>Total</b>	<b>29</b>

Le plus souvent, le jeune avait rencontré, avant son geste suicidaire, une infirmière scolaire durant l'année scolaire (56 parmi les 117 suicidants, soit près d'un jeune sur deux). Un sur quatre avait rencontré une assistante sociale, et un sur cinq, un médecin scolaire.

#### Type de personnel rencontré

(Pour les jeunes qui étaient connus avant leur geste suicidaire, plusieurs réponses possibles)



#### Type de personnel rencontré

(Pour les jeunes qui étaient connus avant leur geste suicidaire)

	Effectif
Assistante sociale (AS) seule	8
Infirmière scolaire seule	25
Médecin scolaire seul	3
AS + infirmière	11
AS + médecin	2
Infirmière + médecin	11
AS + infirmière + médecin	9
<b>Total</b>	<b>69</b>

Deux élèves étaient connus des services mais pas venus avant le geste suicidaire

L'**infirmière** est sollicitée le plus souvent pour des plaintes somatiques diverses (15 jeunes) ou pour des symptômes à type d'angoisse, de mal-être, de dépression (14 jeunes).

L'**assistante sociale** a rencontré les jeunes le plus souvent pour traiter des relations familiales ou du suivi social général (13 jeunes), mais aussi pour mal-être, prise en charge psychologique (6 jeunes), et comportements à risque : fugues, violence, trouble du comportement (5 jeunes).

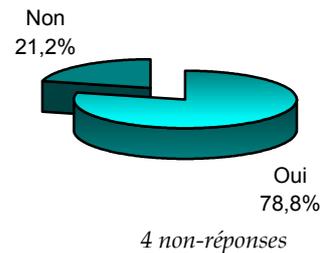
Le **médecin scolaire**, moins fréquemment concerné, a vu les jeunes le plus souvent pour troubles psychologiques, dépression ou suivi suite à une tentative de suicide antérieure (9 élèves).

Dans plus de trois quarts des cas, les jeunes ont rencontré l'assistante sociale et l'infirmière à plusieurs reprises. Pour le médecin scolaire, il s'agit d'une seule rencontre une fois sur deux. Les services de santé scolaire avaient demandé une hospitalisation en milieu psychiatrique avant le geste suicidaire pour trois jeunes.

## 2. Prise en charge initiale

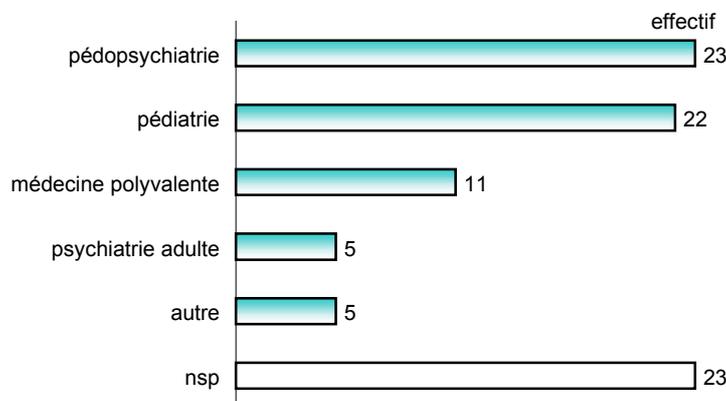
### Hospitalisation suite à la tentative de suicide

Près de 8 fois sur 10, le jeune a été **hospitalisé** suite à son geste suicidaire.



Les jeunes ont été hospitalisés le plus souvent en pédopsychiatrie (35% des réponses). Un tiers d'entre eux ont été hospitalisés en pédiatrie. Plus rarement, un service de médecine polyvalente ou un service de psychiatrie adulte les a pris en charge.

### Répartition selon les types de service hospitalier



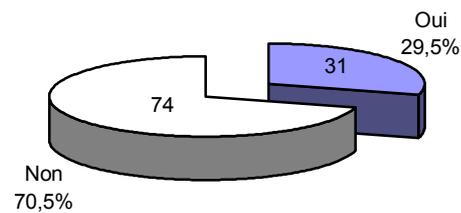
Parmi les 24 jeunes qui n'ont **pas** été **hospitalisés**, 9 ont consulté un médecin libéral. Neuf n'ont bénéficié d'aucune prise en charge (un en a suivi une très tardivement par rapport au geste). Pour les autres (6), les services ne savent pas si une prise en charge a été entreprise ou non.

### 3. Suivi après la prise en charge initiale

#### a) Par les services de promotion de la santé et les services sociaux

##### L'élève est venu de lui-même auprès des services ?

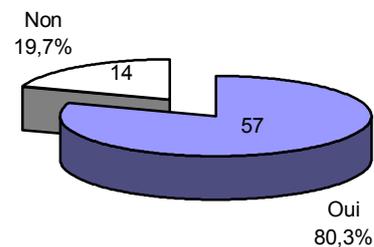
Trois fois sur dix, l'élève s'est rendu de lui-même auprès des services de santé scolaire dans les suites de son geste suicidaire.



À noter : 6 non-réponses, 6 élèves toujours absents de l'établissement ou ayant changé d'établissement

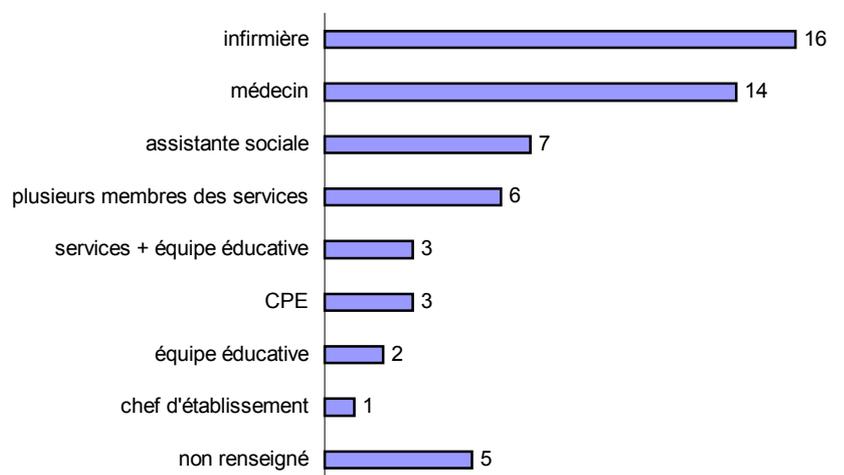
##### L'élève a été convoqué par les services ?

Parmi les élèves qui ne sont pas venus d'eux-mêmes (74), 8 sur 10 ont été convoqués par les services.



3 non renseignés

##### Par qui les élèves ont-ils été convoqués ?

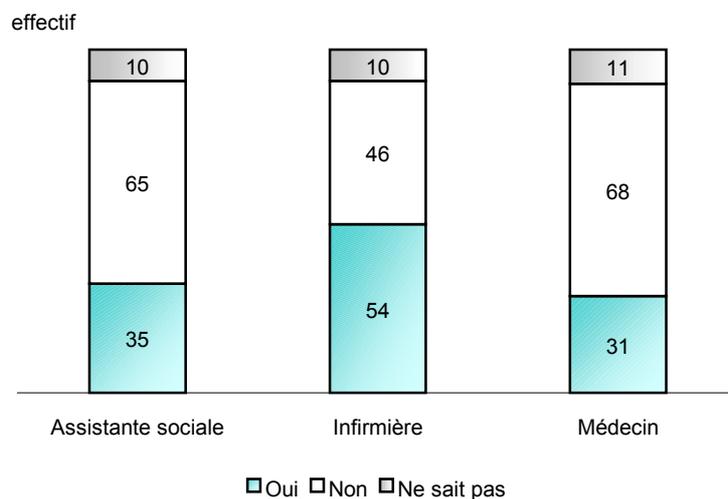


Le plus fréquemment, ils sont convoqués par un seul membre des services : infirmière, médecin, et moins fréquemment, assistante sociale.

Parfois, la convocation est réalisée par des membres de l'équipe éducative et notamment par le conseiller principal d'éducation, parfois en association avec les services de santé scolaire.

Près d'un élève sur deux a consulté l'infirmière depuis son geste suicidaire, près d'un tiers a consulté l'assistante sociale, et un peu plus d'un sur quatre, le médecin scolaire.

### Auprès de qui les élèves se sont-ils rendus après le geste ?



Quatorze élèves n'ont rencontré aucun membre des services depuis leur tentative de suicide. Et au total, parmi les jeunes qui sont revenus dans l'établissement, 77% (85 sur 110) ont consulté au moins un professionnel des services médico-sociaux scolaires.

### Catégorie de personnel rencontré suite à la tentative de suicide

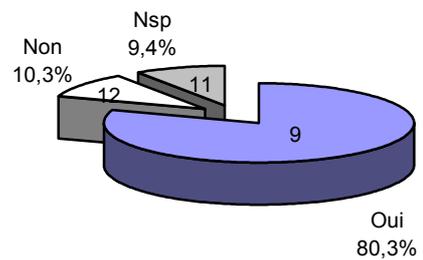
	Effectif
Infirmière scolaire seule	28
Assistante sociale seule	14
Médecin scolaire seul	12
AS + infirmière	12
Infirmière + médecin	10
AS + médecin	5
AS + infirmière + médecin	4
Personne	14
Non renseigné	11
<b>Total</b>	<b>110</b>

*1 jeune s'est rendu à l'infirmierie mais n'a pas parlé de sa tentative de suicide (non inclus), et 6 élèves toujours absents de l'établissement.*

## b) Suivi général du jeune

De façon générale, 80% des jeunes ont fait l'objet d'un suivi après leur geste suicidaire. Pour les autres, 10% n'ont pas eu de suivi et dans 9% des cas, les services ne savent pas si le jeune a été suivi ou non.

Suivi des jeunes après le geste



Parmi les 94 élèves qui bénéficient d'un suivi, un sur deux est ou a été pris en charge par un psychiatre, quatre sur dix sont suivis par l'infirmière scolaire et près de trois sur dix sont suivis par une assistante sociale.

### Personnel assurant le suivi des jeunes après leur geste suicidaire

(plusieurs réponses possibles)

	Effectif	%
Psychiatre	46	49
Infirmière scolaire	38	40
Assistante sociale	26	28
Psychologue	24	26
Médecin scolaire	21	22
Médecin généraliste	13	14
Autres (structure spécialisée pour adolescent, CPE)	6	6

Les jeunes sont suivis par un seul intervenant dans 43% des cas (dont 27% seulement par un psychiatre ou un psychologue et 12% seulement par un membre des services scolaires) et par plusieurs intervenants dans 57% des cas.

Les personnels des services signalent qu'un travail avec la famille a été engagé dans 9 cas. Pour 8 jeunes, une intervention "lourde" a été mise en place suite au geste suicidaire : signalement à la justice, placement en foyer, action éducative en milieu ouvert. Et pour deux jeunes seulement, il est précisé qu'une concertation a eu lieu entre les services spécialisés de psychiatrie et les services scolaires.

## c) Difficultés de fonctionnement des services

Pour 6 jeunes, les services signalent un manque de personnel : congés, absence de permanence dans l'établissement. Ils évoquent alors les problèmes de prise en charge, que ce soit avant les gestes suicidaires ou après.

#### 4. Les récurrences durant l'année scolaire

Quatre élèves ont été signalés pour récurrence durant l'année scolaire. L'histoire de chacun d'entre eux est résumée ci-dessous.

- Une élève de 3<sup>ème</sup> avait un antécédent de tentative de suicide l'année scolaire précédente. Elle souffre d'un manque de communication avec ses parents (qui sont divorcés) et de dépressivité. Elle était connue des services et s'était rendue auprès de l'infirmière scolaire plusieurs fois pour des motifs divers. Elle réalise un nouveau geste en septembre et est hospitalisée en pédopsychiatrie. Un suivi est ensuite engagé avec un psychiatre libéral. De retour dans l'établissement, elle rencontre l'infirmière et le médecin scolaire. Elle récidive 5 jours après au sein de l'établissement.
- Une élève de 4<sup>ème</sup> a déjà dans ses antécédents deux tentatives de suicide. Elle est bien connue des services de santé scolaire pour ce motif. Elle présente un mal-être général. Elle est hospitalisée en pédiatrie pour un nouveau geste en mars. Elle est ensuite suivie par l'assistante sociale et l'infirmière scolaires : *"Pendant l'hospitalisation, la famille entend la nécessité d'un suivi psychologique et éducatif, mais ne concrétise pas les démarches acceptées lors du retour à domicile"*. Elle récidive moins de 3 semaines plus tard et est à nouveau hospitalisée en pédiatrie : *"La famille semble avoir fait toutes les démarches mais la mise en place du suivi adapté n'est pas encore effective"*.
- Une jeune fille de 3<sup>ème</sup> réalise une première tentative de suicide en mars. Elle vit dans une famille recomposée et a une relation conflictuelle avec son beau-père. Elle n'était pas connue des services scolaires avant ce geste. Elle est hospitalisée en pédiatrie et un suivi est engagé auprès d'un psychologue, de l'infirmière, du médecin scolaires et d'une assistante sociale du centre hospitalier. Elle récidive deux mois plus tard. Le facteur déclenchant est une déception sentimentale. Elle est à nouveau hospitalisée en pédiatrie et le suivi est poursuivi par les mêmes professionnels. Elle compte au total plus d'un mois d'absentéisme depuis le début de l'année scolaire.
- La dernière jeune fille a dans ses antécédents une tentative de suicide durant l'été passé. Elle est en seconde. Elle présente une dépressivité et un sentiment de dévalorisation. Elle fait une tentative de suicide fin janvier et n'est alors pas connue des services de santé scolaire. La prise en charge initiale est inconnue. Elle est suivie dans les suites de ce geste par un psychiatre, l'infirmière et le médecin scolaires. Elle récidive en avril et est hospitalisée. Elle est ensuite suivie par les mêmes professionnels. Elle récidive une quatrième fois en mai suite à un conflit avec ses parents. Elle est à nouveau hospitalisée et bénéficie d'un suivi auprès d'un psychiatre et de l'infirmière scolaire.

### III. DISCUSSION - VOLET SANTÉ SCOLAIRE

#### **Préambule méthodologique**

Tout d'abord, ce travail étudie les jeunes ayant effectué un geste suicidaire connu des services de promotion de la santé ou des services sociaux. Il est bien entendu que beaucoup de tentatives de suicide passent inaperçues de ces professionnels. Les gestes qu'ils connaissent sont probablement, dans l'ensemble, mieux pris en charge (fréquence de l'hospitalisation et du suivi).

Nous ne disposons pas d'autres sources d'information pour vérifier que l'enquête est exhaustive, c'est-à-dire que chaque geste a bien fait l'objet d'un recueil d'information. Cependant, les services sont engagés dans le Programme régional de santé sur le suicide et semblent motivés. Une sensibilisation a été réalisée et un rappel régulier de l'enquête a été effectué durant l'année.

#### **Nombre d'élèves concernés**

En Bourgogne, 143 462 jeunes entre 11 et 19 ans fréquentent les établissements scolaires du second degré pour l'année 1999-2000, dont 124 961 dans le secteur public. Au total, les 121 élèves<sup>h</sup> qui ont été signalés par les services représentent donc 0,1% de l'ensemble des jeunes collégiens et lycéens scolarisés dans la région.

Cette proportion peut sembler faible au regard de l'épidémiologie des gestes suicidaires chez l'adolescent. En dehors de la possibilité de non-participation à l'enquête pour certains professionnels, il faut noter que de nombreux gestes suicidaires ne sont certainement pas connus des services. Il faut signaler que certains établissements sont dépourvus de permanence médicale, infirmière et sociale, dans ce contexte, la connaissance des élèves en difficulté est lacunaire. Cette pénurie a été signalée à plusieurs reprises dans les questionnaires, mais elle est aussi reconnue de tous<sup>5,6</sup>. Il semble que les gestes suicidaires des plus jeunes soient les mieux connus (proportionnellement peu de signalements pour les élèves de 1<sup>ère</sup> et terminale).

Pour autant, c'est un sujet qui concerne particulièrement les professionnels exerçant en milieu scolaire. Les idées suicidaires récurrentes sont par exemple probablement bien plus fréquemment rencontrées (nous avons d'ailleurs exclu des questionnaires correspondant à des pensées suicidaires sans passage à l'acte). Les jeunes présentent souvent les mêmes facteurs de risque que ceux qui passent à l'acte. Jadis jugées « banales » à l'adolescence, elles sont actuellement considérées comme un motif suffisant d'intervention et de prévention<sup>2</sup>.

<sup>h</sup> Une élève était scolarisée en école élémentaire.

### 🌀 Des résultats conformes à la littérature...

Les caractéristiques sociodémographiques des jeunes sont concordantes avec les données épidémiologiques habituelles. On retrouve la nette prédominance féminine pour les tentatives de suicide alors que les cinq décès concernent des garçons.

Ces jeunes ne vivent pas avec leurs deux parents de naissance six fois sur dix, mais dans une famille monoparentale ou recomposée, dans un foyer...

Les caractéristiques des actes suicidaires sont également conformes aux données de la littérature. Ainsi le mode de passage à l'acte le plus fréquent pour les tentatives de suicide est l'intoxication médicamenteuse (70% des cas).

Les motifs les plus souvent signalés par les services sont liés à un problème familial, puis à des problèmes relationnels à l'école et à des symptômes de mal-être.

Quand les facteurs de risque sont connus des services, les facteurs familiaux sont les plus souvent cités (près de 90% des cas), relatifs à la situation familiale ou à la relation parents-enfants.

### 🌀 ... D'autres non

**Certains facteurs de risque** et notamment les consommations d'alcool (1 seul jeune) sont proportionnellement peu cités des services. Ces conduites sont peut-être moins souvent connues des services (plus que la régularité, ce sont les modes d'alcoolisation qui sont en cause : l'ivresse "solitaire" ou "pour oublier").

Même s'il ne s'agit pas du premier geste suicidaire dans 22% des cas, le taux de **récidive durant l'année** est faible par rapport aux éléments habituellement connus. Il est seulement de 4% dans l'enquête. Il est possible que les services n'aient pas signalé plusieurs fois un élève. Il est également possible que ces jeunes aient été plutôt bien pris en charge (vu les données de suivi) et qu'ils soient moins à risque de récurrence.

### 🌀 Un lien fréquent avec la scolarité

Les services ont considéré qu'il existait un lien entre le geste suicidaire et la scolarité dans 30% de l'ensemble des cas (20% de situations sont inconnues).

Parmi les jeunes pour lesquels ce lien est suspecté, 12% sont en échec scolaire et près de 10% ont des problèmes relationnels avec leurs camarades. Il est difficile d'analyser les résultats d'absentéisme scolaire car nous ne disposons pas des données sur l'année complète. Cependant les services ont signalé des absences pour plus de 6 élèves sur 10 avant le geste suicidaire.

Selon X Pommereau<sup>7</sup>, tout adolescent scolarisé en situation de mal-être exprime à l'école – directement ou indirectement – ses difficultés : *"Dans bien des cas, les adolescents reproduisent en milieu scolaire des tensions qui se jouent à d'autres niveaux (relations familiales perturbées, carences affectives...). Sans conteste, l'institution scolaire est une chambre d'écho où se révèlent et se cristallisent des difficultés psychologiques et relationnelles nées ailleurs. (...) Les attaques que l'adolescent peut porter contre sa scolarité n'ont pas le caractère dramatique que celles qui visent le corps propre. Pourtant, elles en constituent une déclinaison susceptible de compromettre gravement l'avenir socio-professionnel du sujet. (...) De telles attaques s'associent très souvent aux conduites suicidaires. (...) On en distingue plusieurs formes :*

- Les **comportements de retrait** qui s'accompagnent ou non d'une recherche d'isolement de la part du sujet vis-à-vis de ses camarades et de signes dépressifs. (...) L'absentéisme scolaire régulier représente ainsi une forme d'expression majeure du mal-être, plus souvent retrouvée chez les garçons que chez les filles. Cette conduite peut s'accompagner de comportements d'errance plus ou moins déviante ou confiner à la fugue pure et simple. Le désinvestissement partiel ou total de l'intéressé pour sa scolarité (choix subi de filières ou d'options, passivité sous toutes ses formes) constitue une autre forme de retrait qui se juxtapose très souvent au repli ou à l'évitement relationnel.
- Les **comportements d'autosabotage** qui aboutissent à un effondrement des résultats, de manière parfois spectaculaire, chez un élève jusque-là "sans problème". Le caractère actif de telles conduites prête à diverses interprétations (provocation, fainéantise, mauvaises fréquentations, etc.), qui renforcent le processus lui-même, en lui offrant de nouvelles surfaces d'affrontement. Le sujet paraît dérisoirement maître du jeu, retrouvant alors dans l'échec scolaire (devoirs non rendus, "feuilles blanches" ...) une maîtrise des événements qui l'assaillent."

### Des élèves bien connus avant leur geste

Dans notre enquête, les élèves sont connus des services scolaires avant leur geste dans plus de 60% des cas. Et dans trois quarts des cas, ils ont consulté à plusieurs reprises un professionnel, et surtout l'infirmière scolaire. C'est un fait connu que les jeunes ayant des antécédents de tentatives de suicide fréquentent plus l'infirmerie scolaire<sup>9</sup> et selon une récente enquête menée en Gironde<sup>8</sup>, 13,3% des consultants (19% des filles et 8,7% des garçons) ont tenté de se suicider au cours de leur vie, alors que dans la population scolaire globale des 11-20 ans, la proportion n'est que de 6,5% (8% des collégiennes et des lycéennes).

Ces jeunes viennent le plus souvent pour exprimer un "malaise" : difficultés psychologiques et troubles somatiques non spécifiques.

Ces données confirment la place importante de l'infirmière : de manière générale, l'infirmière scolaire est le deuxième professionnel consulté après le médecin généraliste : *"selon les enquêtes et le sexe, entre 42 et 54% des adolescents ont vu l'infirmière scolaire au cours de l'année qui précède, et près de 10% l'ont vue plus de 4 fois. (Inserm U169)<sup>6</sup>".* Mais on relève aussi la place importante de l'assistante sociale, consultée une fois sur quatre, qui représente parfois un médiateur essentiel, et celle du médecin, vu une fois sur cinq dans notre étude.

Les personnels connaissent bien les élèves qu'ils ont signalés dans le cadre de ce travail. La qualité de remplissage des questionnaires et leur connaissance des facteurs de risque (83% des cas) en témoignent.

### **Plutôt bien pris en charge et suivis**

Les élèves ayant fait une tentative de suicide ont été hospitalisés dans plus de 8 cas sur 10, ce qui est très élevé par rapport aux données habituelles. Ainsi lors de l'enquête nationale réalisée en 1994, moins d'un adolescent (11-19 ans) sur quatre était hospitalisé suite à sa tentative de suicide<sup>9</sup>. D'après l'enquête Baromètre santé de 1997, 36% des jeunes étaient hospitalisés suite à leur geste.

De la même façon, ils bénéficient presque tous d'un suivi après le geste suicidaire (8 fois sur 10). Cependant, pour les quelques jeunes (9) qui n'ont aucune prise en charge, ni hospitalière, ni libérale, les services scolaires sont des recours particulièrement importants.

Pour les jeunes bénéficiant d'un suivi, on ne sait pas si la prise en charge est coordonnée et surtout avec les partenaires externes à l'établissement (psychiatre, généraliste, service hospitalier...) et s'il existe par exemple un référent, ces questions n'ayant pas été suffisamment formalisées dans les questionnaires.

### **Souvent convoqués après leur geste**

Si les élèves ne se présentent pas d'eux-mêmes suite à leur acte, ils sont le plus souvent convoqués, en général à la demande d'un des professionnels de santé scolaire ou du service social, bien plus rarement à la demande de l'équipe éducative.

Seuls 13% ne seront pas vus par les services suite à ce geste.

## IV. CONCLUSION - VOLET SANTÉ SCOLAIRE

### DES PERSPECTIVES...

Il faut rappeler tout d'abord que **la plupart des adolescents se porte plutôt bien**. Selon Philippe Jeammet<sup>10</sup> : *"si la tentative de suicide et le suicide attestent des difficultés vécues par les jeunes, il ne faut pas oublier que la majorité se porte plutôt bien. [...] il semble très important que les adultes ne renvoient pas aux jeunes une image négative de l'adolescence. Une partie de la dépressivité des adultes est souvent déniée et se reporte sur les jeunes, objet d'un souci légitime, mais parfois ambigu."*

D'après la littérature, plus de la moitié des tentatives de suicide passent inaperçues chez l'adolescent<sup>i</sup>, et nous avons noté le faible nombre de signalements de gestes suicidaires par les services scolaires. Il paraît nécessaire d'**améliorer le dépistage**, le repérage des situations à risque. Cette démarche a d'ailleurs déjà été engagée par certaines Inspections académiques de la région, parfois avant même le démarrage du programme régional de santé.

Dans l'enquête conduite récemment en Gironde, on note que si les adolescents parlent volontiers de leurs troubles somatiques, les thèmes de la vie quotidienne comme les questions scolaires, relationnelles, familiales ou sociales, ne sont abordés que rarement. Il semble que cette réticence vis-à-vis de sujets sensibles provoque une certaine gêne chez les infirmières. Or il apparaît que le fait de parler du suicide améliore considérablement chez le soignant la perception du risque (antécédents de fugue ou d'autres conduites de rupture, troubles alimentaires, violences subies, absentéisme, repli sur soi, consommation de psychotropes). Les trois quarts des suicidants sont alors repérés contre 5% quand le thème suicidaire n'est pas évoqué. Le Dr X. Pommereau relève, en dehors du manque d'effectifs, qu'il convient de mieux former les infirmières en poste à la psychopathologie des jeunes, à la reconnaissance des indicateurs majeurs de risque suicidaire que sont la fugue et la violence sexuelle subie.

Dans un ouvrage intitulé "Souffrances et violences à l'adolescence. Qu'en penser ? Que faire ?"<sup>11</sup>, les auteurs font "*cent propositions pour une prévention globale*" passant par la famille, l'école, les partenariats inter-institutionnels, les partenariats spécifiques pour les adolescents en difficulté et la formation. Il s'agit notamment de s'appuyer sur les initiatives et les partenariats déjà en place : CLS (contrats locaux de sécurité), comités d'environnement social des établissements scolaires, CEL (contrats éducatifs locaux), conseils communaux de prévention, comités d'éducation à la santé, missions locales, etc.

<sup>i</sup> Une enquête en population générale (Baromètre santé 97/98)<sup>3</sup> montrait que 59% des jeunes ayant fait une tentative de suicide n'en avaient parlé à personne.

Les chercheurs mettent surtout en évidence la nécessité d'un changement de mentalité articulé autour de trois points principaux :

- une **organisation collective de l'éducation** : famille, école et société rassemblées (par exemple dans le cadre des CEL) ;
- la mise en place, pour les enfants comme pour les adultes, des conditions d'une "**culture de respect mutuel, de l'écoute et du dialogue**", dans laquelle les CVL (conseils de la vie lycéenne) peuvent jouer un rôle ;
- la **valorisation de l'acte éducatif et des compétences des enfants**.

C'est dans ce cadre que pourraient être repensés les problèmes que des jeunes peuvent rencontrer tant dans leurs relations familiales que dans leurs relations au sein du système scolaire.

# **MÉDECINE DU TRAVAIL**



# I. RÉSULTATS - MÉDECINE DU TRAVAIL

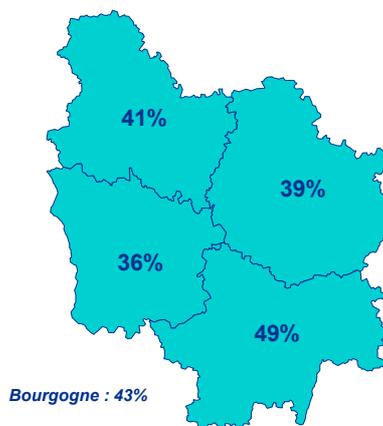
## A. PARTICIPATION

Au total, 104 médecins du travail ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de participation de 43%.

Répartition des médecins du travail volontaires par département

	Nombre de médecins dans le département	Nombre de médecins participants
Côte d'or	90	35
Nièvre	25	9
Saône et Loire	87	43
Yonne	41	17
<b>Bourgogne</b>	<b>243</b>	<b>104</b>

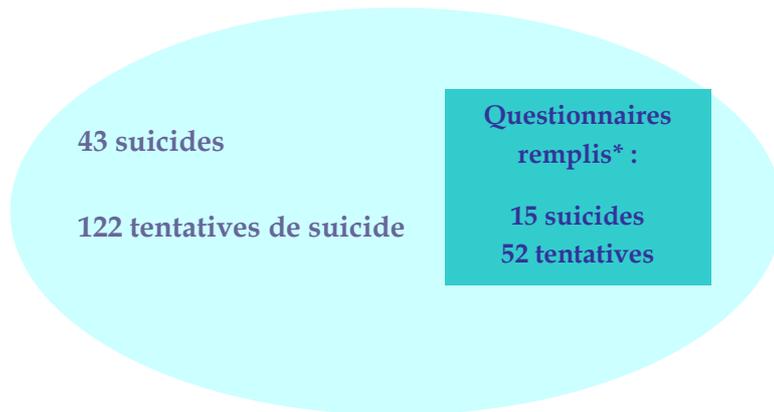
Taux de participation des médecins du travail par département



## B. NOMBRE DE GESTES SUICIDAIRES

Les 104 médecins du travail participants ont eu connaissance de 43 suicides et 122 tentatives de suicide pendant l'année d'inclusion, soit 1,6 geste suicidaire par médecin. Ils ont rempli un **questionnaire d'inclusion** pour **67 personnes** : ils ont vu en consultation **52 suicidants** (dont l'acte remontait au maximum à un an et dont le contenu de la consultation a au moins évoqué l'acte suicidaire), ils ont par ailleurs rempli **15 questionnaires** pour des **personnes décédées par suicide**.

## Gestes suicidaires connus des 104 médecins du travail pendant un an



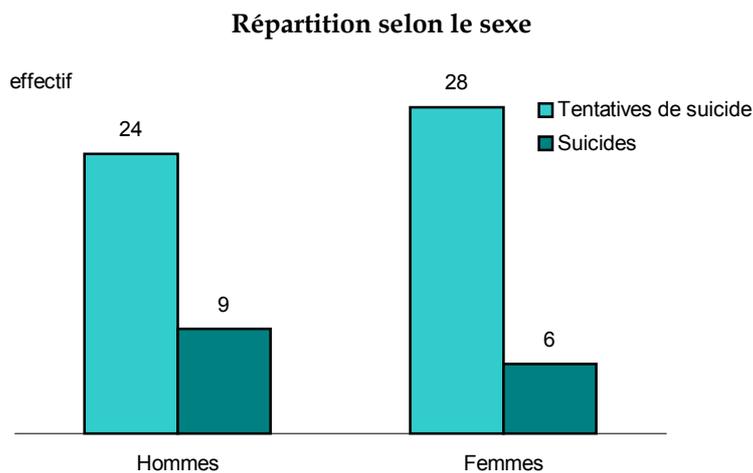
\* : la personne a évoqué le geste suicidaire lors d'une consultation avec le médecin du travail.

L'exploitation statistique ci-dessous concerne les 67 gestes suicidaires pour lesquels le médecin du travail a rempli un questionnaire.

### C. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

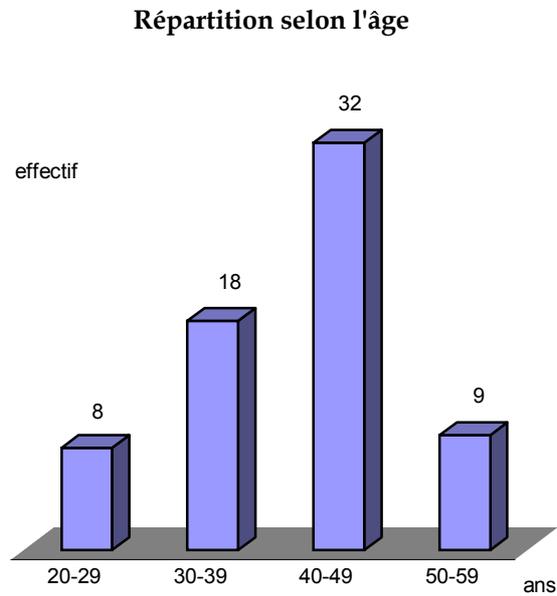
#### 1. Sexe

On compte 49% d'hommes et 51% de femmes.



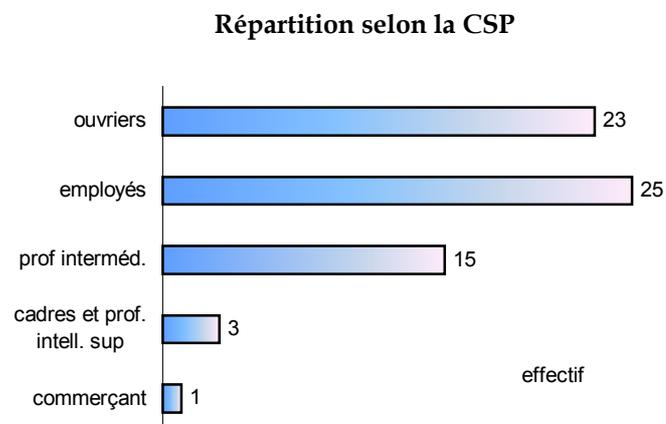
## 2. Âge

La moyenne d'âge est de 40,5 ans (écart type = 8,5 ; médiane = 42 ans). Près de la moitié de l'échantillon a entre 40 et 49 ans.



## 3. Catégorie socioprofessionnelle

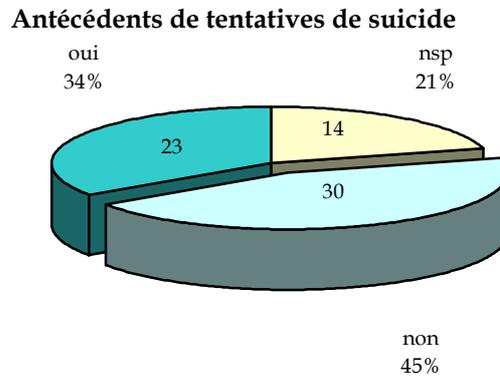
Sur l'ensemble de l'échantillon, 37% des personnes sont des employés, 30% des ouvriers.



## D. CARACTÉRISTIQUES DU GESTE SUICIDAIRE

### 1. Nombre de gestes suicidaires

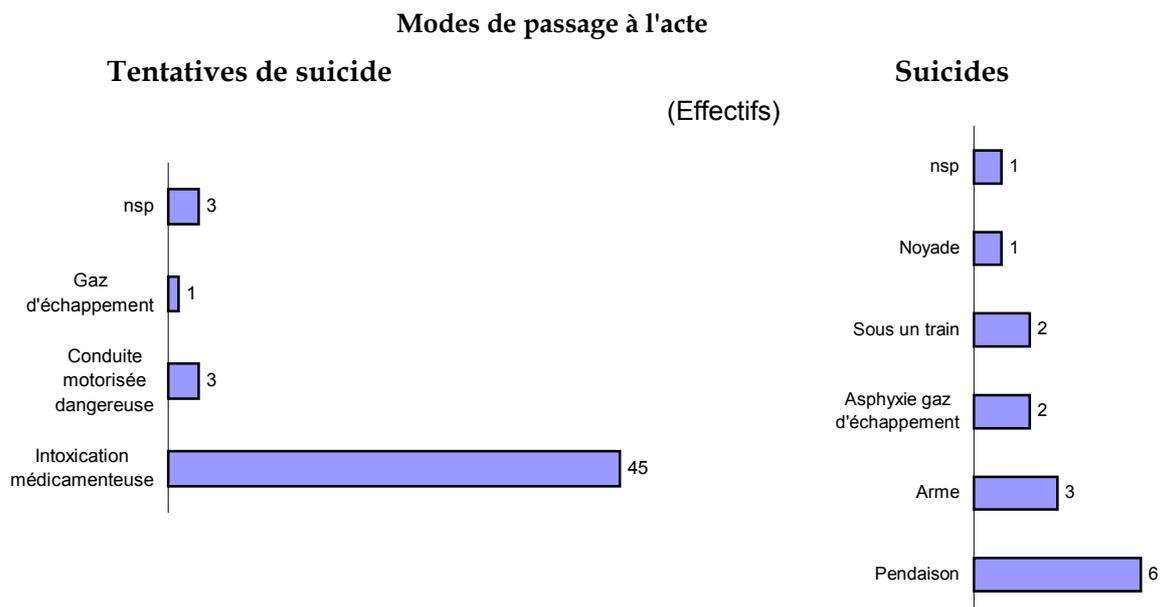
Il ne s'agit pas du premier geste suicidaire dans 34% des cas et les médecins du travail ne connaissent pas les antécédents dans 21%.



Parmi les 23 patients dont ce n'était pas le premier geste, il s'agissait de la deuxième tentative pour 11 d'entre eux. Parmi les 16 suicidés, il s'agissait du premier geste suicidaire pour 13. Pour 3 autres, il s'agissait de la 2<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, et 7<sup>ème</sup> tentative.

### 2. Modes de passage à l'acte

Le mode de passage à l'acte le plus fréquent en cas de tentative de suicide est l'intoxication médicamenteuse (86% des cas), parfois associée à une prise d'alcool et une fois associée à une phlébotomie. Pour les suicides, ce sont d'abord la pendaison (6 personnes) et l'usage d'arme à feu (3 personnes).



### 3. Motifs de passage à l'acte

#### a) Pour les tentatives de suicide

Les problèmes familiaux sont les motifs de passage à l'acte les plus fréquents (17 cas sur 51 soit 33%). Des problèmes professionnels sont signalés dans 20% des cas. Aucun motif n'est connu pour 14% des personnes.

#### Motifs de passage à l'acte

(plusieurs réponses possibles)

Motif	%
Problème familial	33
Problème sentimental	23
Problème professionnel	20
Dépression, trouble psychiatrique	10
Problème d'argent	6
Deuil	4
Déménagement	2
Autre	6
Nsp	14

#### b) Pour les suicides

Le motif est inconnu du médecin du travail dans la moitié des cas (8 sur 15). Pour une personne, le médecin a estimé que le motif du passage à l'acte est un problème professionnel.

#### Motifs de passage à l'acte

(Plusieurs réponses possibles)

	Effectif
Inconnu	8
Problème familial	2
Deuil	2
Problème sentimental	2
Problème professionnel	1
Dépression	1
Problème financier	1

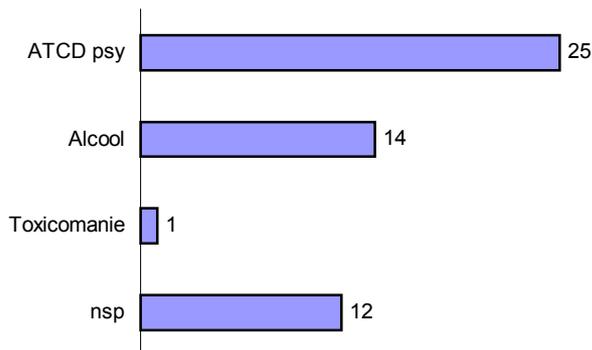
Au total, parmi l'ensemble des personnes de l'échantillon, le facteur professionnel est l'unique motif de passage à l'acte pour 6 personnes de l'échantillon (9% des cas).

#### 4. Antécédents médicaux

Les antécédents connus médecins du travail et les plus souvent cités sont les antécédents psychiatriques pour près d'une personne sur deux (47%) et l'alcoolisme dans un quart des cas. Ces facteurs sont moins bien connus pour les personnes décédées par suicide.

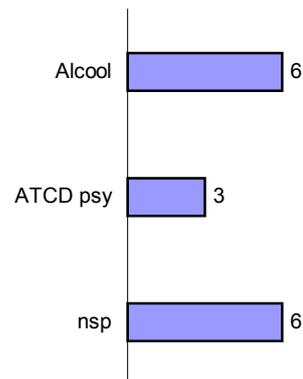
##### Antécédents médicaux

...des personnes ayant effectué une tentative de suicide



...des personnes décédées par suicide

(effectifs)



#### 5. Facteurs déclenchants

##### a) Pour les tentatives de suicide

Les problèmes familiaux et professionnels apparaissent comme les deux premiers facteurs déclenchants de l'acte suicidaire pour les tentatives de suicide.

##### Facteurs déclenchants de l'acte suicidaire

(Plusieurs réponses possibles)

	%
Problème familial	27
Problème professionnel	25
Problème sentimental	18
Solitude	10
Maladie	6
Fatigue	6
Alcool	4
Post-partum	4
Dépression	2
Autres	8
Inconnu	23

## b) Pour les suicides

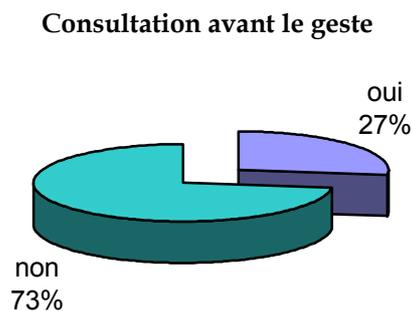
Dans la grande majorité des cas (69%), pour les suicides, le(s) facteur(s) déclenchant(s) est inconnu. Les médecins du travail ont signalé un contexte particulier pour 5 des 16 suicidés :

- éloignement de sa région natale suite à un déménagement de son usine 10 ans auparavant, sans intégration sociale ensuite, divorce, solitude, alcoolisme et dépression,
- solitude et alcoolisme,
- antécédents familiaux lourds,
- éloignement familial et problème de poste de travail,
- suicide du père 5 ans plus tôt.

## E. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVANT LE GESTE

### 1. Consultation avant l'acte auprès du médecin du travail

Dans près de 3 cas sur 10, le médecin du travail avait été rencontré en dehors du cadre des visites systématiques par la personne, avant le geste suicidaire (18 personnes).



Les motifs de consultation non systématique sont variés. Dans 7 cas, c'est à la **demande du médecin du travail** pour des problèmes liés à l'alcool (2 cas), un suivi de problèmes relationnels, un suivi de troubles musculo-squelettiques, un suivi de mi-temps thérapeutique, un conseil pour la prise en charge d'un stress professionnel et une visite après une période d'essai.

Dans 5 cas, il s'agissait d'une **visite de reprise** après un arrêt de travail suite à une maladie, dans deux cas, d'une **visite d'embauche**.

La visite a été **spontanée**, à la demande de l'intéressé dans deux cas, l'un pour angoisse, l'autre pour asthénie.

Enfin, dans 2 cas, cette consultation a été demandée par **l'employeur** pour un problème d'alcoolisme et pour un changement de poste dans le cadre de la restructuration d'un service.

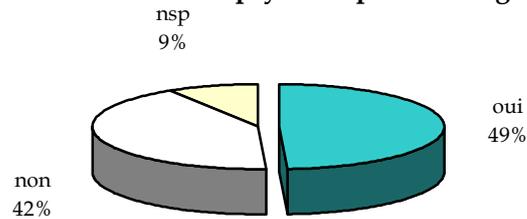
Suite à la consultation, 9 personnes ont été considérées comme aptes au travail sans réserve, 6 aptes avec réserve. Le médecin du travail a recommandé de consulter un autre

professionnel pour 3 personnes : deux personnes ont été orientées vers leur médecin traitant, la troisième vers un psychothérapeute.

## 2. Prise en charge spécialisée avant le geste suicidaire

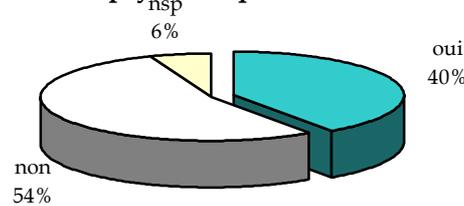
Une fois sur deux, les personnes suivaient un **traitement psychotrope** avant l'acte suicidaire. Parmi les traitements les plus utilisés on retrouve les anxiolytiques, les barbituriques et les somnifères.

Suivi d'un traitement psychotrope avant le geste



Quatre personnes sur dix étaient **suivies par un psychiatre** avant le geste suicidaire.

Suivi psychiatrique

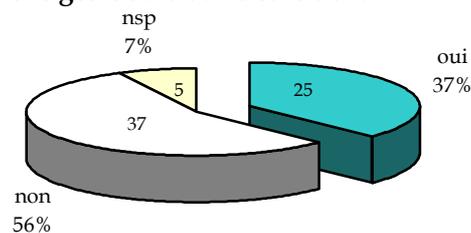


## F. LIEN AVEC LE TRAVAIL

### 1. Proportions de gestes en lien avec le travail

De l'avis du médecin du travail, le geste suicidaire est en lien avec le travail pour près de 4 personnes sur 10 (37%). Cette proportion est proche pour les tentatives de suicide et pour les décès par suicide.

Lien entre le geste suicidaire et le travail



## 2. Contraintes subies au travail

Parmi les 67 personnes incluses dans l'enquête, 52 subissaient des contraintes particulières sur leur lieu de travail (78%). Les contraintes les plus fréquemment représentées sont la charge mentale et les nuisances sonores, subies par 28% des personnes.

### Types de contraintes au travail

*(plusieurs réponses possibles)*

	Effectif	%
Nuisances sonores	19	28
Charge mentale	19	28
Manutention	14	21
Exposition aux agents chimiques	11	16
Charge de travail soutenue	10	15
Contraintes articulaires	5	7
Exposition aux vibrations	4	6

Cependant, souvent le geste n'est pas directement en rapport avec le type de contraintes subies signalées par le médecin du travail.

## 3. Quel lien avec le travail ?

Les motifs liés au travail les plus fréquemment signalés par les médecins du travail sont des problèmes relationnels avec les collègues ou la hiérarchie, le harcèlement ou des pressions de l'encadrement. Dans la grande majorité des cas, il s'agit donc de mésentente sur le lieu de travail.

### Motif de lien entre geste suicidaire et travail (n=25)

*(plusieurs réponses possibles)*

	Effectif
Problème relationnel	9
Harcèlement, pression de l'encadrement	9
Conditions de travail mal vécues	7
Épuisement somato-psychique	6
Changement de poste ou de process	5
Peur de mal faire	3
Horaires difficiles	2
Éloignement familial	1
Suppression de responsabilités	1

Une fois sur deux, le motif du geste suicidaire est en relation avec un trouble psychiatrique, un problème personnel ou familial auquel les contraintes de travail se surajoutent.

#### 4. Différentes formes de souffrance au travail

Pour illustrer les éléments chiffrés précédents, voici quelques résumés d'histoires de personnes signalées par les médecins du travail, dont le geste a été jugé en lien avec le travail.

■ M. B. est un homme de 26 ans pour lequel il s'agit de la deuxième tentative de suicide. Il présente des antécédents de toxicomanie et d'alcoolisme. Il a eu des problèmes de logement et des problèmes économiques dans le courant de l'année. Suivi par un psychiatre, il ne prend aucun traitement psychotrope. Il est ouvrier de fabrication dans une industrie de béton, et subit diverses contraintes au travail : rythme soutenu, exposition au bruit et aux vibrations. De plus, le travail en extérieur lui est pénible. D'après le médecin du travail, le motif du passage à l'acte est un **épuisement psychique** doublé d'un **isolement professionnel et familial**.

■ M. Y. est âgé de 44 ans. C'est sa deuxième tentative de suicide. Ce patient est suivi par un psychiatre et est sous traitement psychotrope. Il présente des problèmes familiaux : son épouse lui a fait part de son intention de divorcer. Il est chargé de clientèle dans une agence bancaire. Il effectue de nombreux déplacements dans le cadre de son travail. D'après le médecin du travail, ce patient a : "une personnalité fragile, suivi par un psychiatre en permanence depuis 5 ans pour plusieurs décompensations de type dépressif, en prise avec des **problèmes au travail et dans le couple**...".

■ M. Z. est âgé de 48 ans. Il n'a pas d'antécédent particulier. Il est un ancien pupille de l'État. Il est peintre en bâtiment. Il est exposé à des machines vibrantes, au bruit, à des solvants chimiques, à des peintures et à la poussière. Il est anxieux et impulsif. Le facteur déclenchant est la solitude. D'après le médecin du travail, les **situations personnelle et professionnelle** sont **intriquées**, cette personne soupçonnant un de ses collègues de vouloir séduire sa femme.

■ Mme X. est âgée de 33 ans. Il s'agit ici de son dixième geste suicidaire. Elle suivait un traitement psychotrope associant antidépresseur et tranquillisant. Elle consulte également un magnétiseur. Cette fois, son geste a été particulièrement brutal puisque après une crise de violence avec ses enfants, elle a jeté sa voiture contre un mur à 3 reprises. Elle travaille comme télé-assistante. Elle souffre de contraintes importantes au travail : surcharge mentale, nuisances sonores et visuelles. Selon le médecin du travail, la cause du geste suicidaire est liée à des **problèmes familiaux** (divorce), **d'éducation et professionnels intriqués**. Elle présente un "dégoût de la vie".

■ M. H. a 42 ans. Il s'agit de sa 3<sup>ème</sup> tentative de suicide. Il est agent des services hospitaliers, en contrat à durée déterminée. Le motif du passage à l'acte est professionnel. Il a été convoqué par sa hiérarchie pour explication sur sa conduite. Il **harcèle ses collègues** : émet des tracts, téléphone la nuit... Il s'agit d'une personne au **passé psychiatrique important** que le médecin du travail dit n'avoir pas détecté à l'embauche. De fréquents accidents du travail d'importance variée (chute dans les escaliers, choc sans trace d'hématome, malaises...) ont attiré son attention. Il est parvenu à lui faire évoquer son "problème psychiatrique", dont il n'avait pas parlé lors de la visite d'embauche.

■ Mme C. est âgée de 39 ans. Elle est traitée pour dépression par lithium et benzodiazépines, et suivie par un psychologue. Elle est animatrice et directrice d'une association. Au travail, elle présente une surcharge mentale et un **hyperinvestissement**. Le facteur déclenchant de sa tentative de suicide est une impossibilité de faire face à ses objectifs. D'après le médecin du travail, il s'agit d'un **épuisement somato-psychique** avec peur de faire mal; avec fonctionnement relationnel sur l'affectif, la structure jouant inconsciemment sur ce désir de faire mieux.

■ Mme D. est âgée de 28 ans. Il s'agit de sa 7<sup>ème</sup> tentative de suicide. Elle a des **antécédents psychiatriques lourds** de type "psychose et névrose". Elle est d'ailleurs suivie par un psychiatre et prenait des barbituriques, des somnifères et des anxiolytiques. Cette fois, le mode de passage à l'acte est une prise médicamenteuse accompagnée de phlébotomie probable. Elle avait vu plusieurs médecins différents en peu de temps afin d'avoir des ordonnances de barbituriques, et semblait avoir préparé son passage à l'acte depuis plusieurs semaines. Chargée de distribuer du matériel d'un service à l'autre sur son lieu de travail en contrat emploi solidarité, elle avait bénéficié d'une visite d'embauche 3 mois avant le geste suicidaire. La conclusion du médecin du travail avait alors été la suivante : *"devant cette jeune fille présentant des traces de tentative d'autolyse (cicatrices anciennes et multiples des 2 poignets), de bon niveau intellectuel, il était difficile de refuser son embauche. La préconisation était un poste de travail avec encadrement"*. Le médecin du travail mentionne des difficultés à vivre les contraintes et surtout le respect d'horaires précis, le contact avec d'autres personnes et le rythme rapide de ce travail. Elle était très fatiguée et ne mémorisait pas les consignes correctement. C'est d'après lui la **prise de conscience de ces difficultés au travail** qui expliquerait le geste suicidaire.

■ M. A. était âgé de 49 ans au moment de son suicide. Il n'avait pas d'antécédent médical particulier. Il était manoeuvre dans une scierie. Il subissait le rythme imposé par les machines. Il souffrait également de nuisances sonores et articulaires (manutention répétitive). Ce patient avait démissionné à deux reprises durant cette année, la deuxième fois, parce qu'*"il ne tolérait pas que son patron soit une femme"*. D'après le médecin du travail, le suicide est lié à des problèmes psychosociaux et environnementaux du fait d'une **rupture familiale et de problèmes professionnels**.

■ Mme Y., 48 ans, avait pour antécédent un alcoolisme chronique et des antécédents dépressifs. Elle suivait un traitement anxiolytique mais n'était pas suivie par un psychiatre. Elle était opératrice dans l'industrie textile. Elle réalisait des gestes répétitifs et avait une obligation de rendement. Selon le médecin du travail, son suicide est probablement lié aux **difficultés à assurer la production**.

■ M. N. était âgé de 42 ans au moment de son décès. Il avait été signalé une première fois en novembre pour 3<sup>ème</sup> tentative de suicide, dont le facteur déclenchant était une maladie cardiaque. Il était alors chef d'équipe dans une usine de mécanique. Après la reprise du travail, il reprend un poste d'ouvrier d'usinage. Cette reprise a certainement été vécue comme un **déclassement** et il s'est suicidé cinq jours après cette reprise.

## II. DISCUSSION - MÉDECINE DU TRAVAIL

### CONTEXTE

En milieu professionnel, en dehors du problème humain, les troubles mentaux représentent un problème important en raison des conséquences qu'ils engendrent pour l'entreprise et pour la collectivité.

Depuis quelques décennies, le travail a changé. La charge de travail est davantage devenue une charge psychique. Parallèlement, on a constaté une précarisation du travail sous différentes formes (statut contractuel de l'emploi, contraintes de l'organisation du travail...), avec des conséquences pour la santé<sup>12</sup>.

Les premiers travaux de recherche sur les conséquences du travail sur la santé mentale ont été consacrés à la fatigue, au stress et à certaines affections psychosomatiques (comme l'infarctus du myocarde pour les cadres surmenés) et des recherches sur les malades mentaux : réadaptation sociale par le travail, réinsertion professionnelle, inaptitude à certains postes. La psychopathologie du travail, formalisée par Christophe Dejours, est une discipline très jeune. Elle étudie le rapport psychique de l'homme au travail<sup>13,14</sup>.

Les études menées depuis les années 50 ont contribué à démontrer le rôle pathogène possible du travail, indépendamment de la structure de personnalité des travailleurs. Par contre, il n'existe pas de maladie mentale professionnelle au sens où tel travail engendrerait telle forme de maladie mentale. La forme de décompensation psychiatrique ou psychosomatique dépend de la personnalité de l'individu<sup>15</sup>.

### PRÉAMBULE MÉTHODOLOGIQUE

Ce travail étudie les personnes ayant effectué un geste suicidaire connu des médecins du travail. Il est évident qu'un grand nombre de ces gestes passe inaperçu de ces professionnels, cependant, l'objectif recherché était bien la connaissance que les médecins ont de ce problème.

Aucune source d'information ne permet de connaître l'exhaustivité du recueil mais ayant reçu régulièrement les bulletins de participation et de recensement mensuel, nous avons pu constater que le taux de participation des médecins du travail n'a pas baissé durant l'année.

Dans notre travail comme dans toute enquête en médecine du travail, certaines catégories socio-professionnelles ne sont pas représentées, comme les agriculteurs, les artisans-commerçants, les travailleurs indépendants et libéraux du fait de l'absence de service structuré de médecine du travail<sup>16</sup>.

#### 📍 FORTE PARTICIPATION DES MÉDECINS QUI ONT CONNAISSANCE D'1,6 GESTE EN MOYENNE PAR AN

Le taux de participation très important (43%) pour une enquête fondée sur le volontariat, témoigne d'un intérêt certain des médecins du travail pour le sujet.

Les 104 médecins du travail ont eu connaissance de 165 gestes durant l'année d'étude. Parmi ces gestes, 52 patients ont évoqué eux-mêmes leur tentative de suicide lors d'une consultation avec le médecin du travail (sur 122) ; et 15 questionnaires ont été remplis pour des décès par suicide (sur 43). Les salariés semblent donc se confier volontiers à leur médecin du travail, infirmant une opinion contraire souvent avancée.

Par ailleurs, pour la majorité des cas signalés, les médecins du travail ont une bonne connaissance des travailleurs et du contexte socio-professionnel. La qualité des réponses fournies aux questions ouvertes témoigne aussi de leur intérêt par rapport aux problèmes concernant la santé mentale.

#### 📍 37% DES GESTES SUICIDAIRES LIÉS AU TRAVAIL

Les gestes suicidaires sont en **lien avec le travail** dans au moins **37% des cas**<sup>i</sup>. Il est difficile d'interpréter cette relation épidémiologique<sup>16</sup> et de distinguer l'imputabilité directe ou indirecte du travail, du rôle de la structure psychique et de la vulnérabilité préexistante de l'individu. Comment cerner le rôle propre des facteurs professionnels parmi d'autres facteurs ?

- Il peut s'agir de personnes présentant des **troubles mentaux classiques** névrotiques ou psychotiques. La relation avec le travail est peu mise en cause sinon comme facteur favorisant ou circonstance : c'est le cas de la jeune fille aux multiples antécédents de tentatives de suicide, qui éprouve des difficultés à effectuer correctement ses tâches dans l'emploi proposé. C'est également le cas d'un homme qui a un passé psychiatrique lourd, qui harcèle ses collègues et dont le passage à l'acte fait suite à une convocation de sa hiérarchie. Au total, dans l'enquête, près d'une personne sur deux a des antécédents psychiatriques.

<sup>i</sup> Les médecins du travail ne se prononcent pas dans 7% des cas.

- La **responsabilité du travail** peut être mise en cause directement pour une partie de l'échantillon. Le facteur personnel (fragilité du travailleur) intervient mais est secondaire ou accessoire. C'est le cas par exemple des personnes signalées pour harcèlement moral avec excès de travail, reproches, épuisement psychique.
- Il existe de nombreuses **situations intermédiaires**. Exemple : Une femme présente un syndrome dépressif ancien dans ses antécédents. Le motif du passage à l'acte est une démotivation par rapport au travail, une sensation de mise à l'écart. Du fait de difficultés de contact avec la clientèle, cette personne a été affectée à un poste de travail peu valorisant. Mais le médecin du travail signale également que d'autres facteurs sont probablement intervenus dont la personne ne souhaite pas parler. On peut souligner également parmi ces situations intermédiaires, les problèmes d'alcoolisme qui concernent un quart de l'échantillon.

### 🕒 UNE INTRICATION DES FACTEURS DE RISQUE

Problèmes familiaux, sentimentaux ou professionnels sont souvent associés. Il existe une **intrication de la vie privée et de la vie professionnelle**. Il est difficile de séparer le problème mental de la collectivité, des autres individus, du contexte, et des interactions... Selon C. Dejours : *"il existe une solidarité psychique fondamentale entre vie et travail et vie hors travail, ou une unité économique entre les deux modalités existentielles."*

### 🕒 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES ET ACTE SUICIDAIRE

#### ✓ *Des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) à risque ?*

La faiblesse relative de notre échantillon ne permet pas une analyse des catégories socioprofessionnelles, d'autant que la représentativité de l'enquête vis à vis de la population active n'est pas assurée (cf préambule méthodologique). Nous rapportons cependant quelques éléments bibliographiques.

Le suicide est plus fréquent chez les sujets ayant un niveau socio-professionnel bas. Toutefois, certains auteurs considèrent que le suicide en Europe concerne plutôt les individus des deux extrêmes de l'échelle sociale. En France, les taux les plus élevés se retrouvent dans les catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées (salariés agricoles, ouvriers, personnels de service...). Indépendamment des différences interclasses sociales, existent aussi des variations intraclasses<sup>17</sup>. Parmi les niveaux socio-professionnels élevés, les

médecins sont particulièrement exposés au suicide, ainsi que les vétérinaires, les pharmaciens, les dentistes. Il n'existe pas d'explication précise à cette constatation. Les causes invoquées sont l'accès aux moyens létaux, la pression professionnelle, l'isolement social, les difficultés financières<sup>18</sup>.

✓ *Niveau d'études et tentatives de suicide*<sup>19</sup>

Les taux de tentatives de suicide sont à tous âges maximum pour les personnes ayant les niveaux d'études les plus bas, celles ayant les niveaux les plus élevés ne sont pas les plus épargnées.

 **SANTÉ MENTALE, TRAVAIL ET ACTE SUICIDAIRE**

✓ *Anxiété, dépression et PCS*

Certaines professions sont particulièrement exposées. Il existe des catégories socio-professionnelles qui ont des prévalences de dépression différentes, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'effet des années d'études et du fait en soi d'avoir un emploi<sup>20</sup>. Ainsi, les avocats ont le risque de dépression le plus élevé (risque X 3,5), puis les vendeurs, les enseignants et conseillers dans l'éducation spécialisée (risque X 3) puis des secrétaires (risque X 2)... V. Kovess distingue des sources de stress inhérentes au contenu de la tâche (toxiques, risques vitaux) et des sources de stress liées au contexte, à l'organisation du travail (manque de communication, ambiguïté, conflit de rôle). Les facteurs protecteurs sont l'autonomie décisionnelle et le soutien social (aide et reconnaissance de la part des supérieurs et des collègues de travail).

Les professionnels de santé sont particulièrement touchés par les troubles psychiques, surtout dépressifs, les suicides. Selon diverses études menées en France, en Allemagne, au Québec, et rapportées par M. Estry-Béhar<sup>21</sup>, 25% des soignants seraient très fragilisés. Un syndrome d'usure – le sentiment de Burn-out<sup>k</sup> – est notamment décrit dans les professions sociales (hôpitaux, services sociaux et de l'emploi, éducation, formation...). C. Maslach (1976, 1982) le définit comme "un syndrome tridimensionnel caractérisé par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel."

Parmi les facteurs déclenchants ou précipitants des états anxieux ou dépressifs, une enquête menée à EDF-GDF<sup>22</sup> retrouvait les emplois sédentaires, les modifications du travail

<sup>k</sup> Burn-out : épuisement physique et émotionnel impliquant le développement d'images négatives de soi-même, des attitudes défavorables envers le travail et une perte d'intérêt à l'égard des clients.

(restructurations), le vécu du travail, la reconnaissance du rôle du sujet. Les modifications du travail interviendraient au même titre que les autres événements de vie. Les auteurs ne retrouvaient pas de profil professionnel des sujets déprimés et/ou anxieux.

#### ✓ *Consommation de psychotropes et travail*

D'après des résultats d'enquête rapportées par M. Amphoux<sup>23</sup>, dans la plupart des professions, plus de 10% des gens au travail consomment régulièrement quelque psychotrope. Dans l'enquête bourguignonne, une fois sur deux, les personnes suivaient un traitement psychotrope avant le geste suicidaire.

### CONJONCTURE ET ACTE SUICIDAIRE

#### ✓ *Suicide et chômage*

Une forte relation existe entre chômage et suicide. Celle-ci est néanmoins complexe. Les conséquences du chômage sont entretenues probablement par différents facteurs qui sont la précarité sociale, le paupérisme, les difficultés domestiques et le désespoir. D'un autre côté, les patients atteints de troubles mentaux sont plus enclins à la perte d'emploi que les personnes en bonne santé mentale.

De toute façon, on doit considérer que le risque de suicide est plus fréquent dans le cas de la perte récente d'un emploi que lors d'une période prolongée de chômage<sup>18</sup>.

#### ✓ *Précarisation du travail*

L'impact de la précarisation du travail a été retrouvé dans plusieurs cas cliniques. Selon D. Huez<sup>12</sup>, médecin du travail, cette précarisation, comme le surinvestissement qui est demandé parfois peut être source au début d'une dynamique de plaisir puis souvent devenir une atteinte à la santé psychique. De nombreuses personnes peuvent basculer dans la dépression. *"Les conséquences ultérieures de la fatigue accumulée, de la moindre performance, du vieillissement, des transformations brutales de l'organisation du travail peuvent entraîner pour ceux qui ne résistent pas de nombreuses formes de mise au placard et de marginalisation/exclusion, responsables de décompensations psychiques brutales, de tentatives de suicide, de troubles psychosomatiques importants, de consommations de substances à visée psychotrope."*

Selon lui, les sujets sont de plus en plus isolés et peuvent être amenés à avoir le *sentiment de jouer leur vie* face à des modifications de l'organisation du travail, incompréhensibles et dénégatrices de leur contribution autrefois régulées par le collectif. Ils sont beaucoup plus

vulnérables au risque de décompensation psychiatrique. L'augmentation sensible du point de vue des médecins du travail, des suicides, mériterait donc d'être explorée en priorité en testant l'hypothèse de leur rapport avec des contraintes organisationnelles fortes, ou avec le rejet brutal du sujet par une organisation du travail pour lequel le salarié concerné considèrerait pourtant qu'il avait tout donné.

### RELATIONS ENTRE VIE AU TRAVAIL ET ACTE SUICIDAIRE : DES PROBLÈMES DE RAPPORTS À AUTRUI PLUS QUE DES CONTRAINTES PHYSIQUES

D'après l'enquête, dans la très grande majorité des cas, parmi les facteurs professionnels, ce sont plus des problèmes de rapport à autrui que des conditions de travail à proprement parler qui sont en cause : problèmes relationnels et harcèlement moral représentant 18 causes sur 25.

Le mobbing<sup>1</sup> et le harcèlement moral sont l'objet d'un intérêt récent de la part de l'opinion publique. Les travaux fondateurs sont de Heinz Leymann et de Marie-France Hirigoyen. Une définition en est donnée par le Conseil économique et social : "*Constituent un harcèlement moral au travail, tous agissements répétés visant à dégrader les conditions humaines, relationnelles, matérielles de travail d'une ou de plusieurs victimes, de nature à porter atteinte à leurs droits et leur dignité, pouvant altérer gravement leur état de santé et pouvant compromettre leur avenir professionnel.*"<sup>28</sup>

Heinz Leymann a évalué au début de la décennie 1990 à 3,5% de la population active employée les victimes de harcèlement et à 10 à 15% la part des suicides provoqués par cette forme de persécution<sup>28</sup>.

Selon une étude effectuée par EUROGIP, maillon européen de l'institution de prévention des risques professionnels de la Sécurité sociale, 10% des actifs se disent l'objet de violence, de harcèlement moral ou sexuel, là où ils exercent leur activité professionnelle<sup>24</sup>.

### LA PLACE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail dispose d'un tiers de son temps de travail pour des activités non cliniques : interventions en milieu de travail, pour connaître les entreprises, leur cadre, leur production, leurs risques, leur ambiance, leur direction.

L'examen est l'occasion de découvrir les causes de mal-être qui ne relèvent pas directement de maladie et ont un rapport étroit avec la santé. Parmi eux, les facteurs professionnels ont

<sup>1</sup> Traduction : persécution collective

une large place. Le médecin du travail occupe donc une place privilégiée à la fois par sa connaissance du salarié et par la connaissance du cadre de l'entreprise dans laquelle il travaille. Il est dans une position où il peut percevoir les situations stressantes, les causes déclenchantes (avant même parfois les intéressés), et parfois les prévenir<sup>23</sup>. À ce sujet, la perception par le médecin du risque suicidaire avant le geste n'était pas abordée directement par le questionnaire (L'avait-il pressenti ?), mais par le biais de l'existence et du motif d'une consultation avant l'acte suicidaire.

Selon le Conseil économique et social<sup>25</sup>, il peut aussi porter un regard suffisamment distancié pour lui permettre le cas échéant de rompre le silence tacite du collectif de travail sur les événements difficiles à assumer tels que les agressions ou les suicides ou de susciter la remise en cause d'attitudes et de comportements qui ont pour objet la négation pure et simple de ces risques.

La collaboration entre les médecins du travail et les psychiatres est nécessaire. Le médecin du travail devrait donc être traité en correspondant par le thérapeute (psychiatre, médecin généraliste) qui peut décider de la remise au travail mais pas juger de l'aptitude à reprendre le poste de travail dans son contexte antérieur. Il aurait été intéressant d'aborder ce sujet dans le questionnaire pour savoir si des partenariats entre professionnels sont parfois mis en place dans ce cadre.

### III. CONCLUSION - VOLET MÉDECINE DU TRAVAIL

Le travail est une source potentielle de souffrance plus que de plaisir<sup>23</sup>. On peut bien sûr également évoquer la souffrance liée au non-travail, au chômage et à la précarité. Les tentatives de suicide et les suicides ne représentent qu'une partie émergente du problème de la souffrance au travail. On peut aussi parler plus largement des débordements que la souffrance subie au travail peut provoquer dans la famille (alcoolisme, violence, délinquance)<sup>26</sup>.

L'association internationale de prévention du suicide a décidé de constituer un groupe de travail sur le thème suicide et travail, animé par le Pr Michel Debout : *"Le possible lien entre la souffrance psychique, trouvant son origine dans l'exercice professionnel (le harcèlement moral, mais aussi certaines formes de stress et de violence) et l'acte suicidaire a été trop souvent sous-estimé et délaissé"*.<sup>27</sup>

Le médecin du travail joue un grand rôle dans la prévention du risque suicidaire. En effet, il est un observateur privilégié des rapports complexes entre chaque travailleur, son travail et son environnement professionnel. Selon le Conseil économique et social<sup>28</sup>, le médecin du travail est dans une situation difficile (...), mais *"c'est d'une plus étroite collaboration entre les médecins du travail, les employeurs et les institutions représentatives du personnel que peuvent se développer une meilleure prise en compte de la santé mentale des travailleurs et une action plus efficace contre le harcèlement moral."* Il rappelle également la pénurie de médecins du travail.

Le cadre fourni par le programme régional de santé est propice à la sensibilisation des professionnels aux problèmes de santé mentale au travail et à l'amélioration de la communication réciproque entre le milieu de soins extraprofessionnel et la médecine du travail.



# **MÉDECINE GÉNÉRALE**



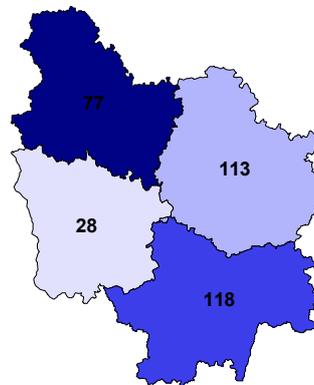
# I. RÉSULTATS - MÉDECINE GÉNÉRALE

## A. PARTICIPATION ET NOMBRE DE GESTES SUICIDAIRES NOTIFIÉS

### Participation

Après invitation, 336 médecins ont accepté de participer à l'enquête, soit plus de 20% de l'ensemble des médecins généralistes libéraux bourguignons<sup>m</sup> : de 14,3% des médecins généralistes nivernais à 22,7% des icaunais.

### Répartition des médecins généralistes participants par département



La participation des médecins n'a pas faibli pendant toute la durée de l'enquête puisque le taux de retour des bulletins mensuels de participation a fluctué autour de 85 à 90% toute l'année.

### Nombre de gestes suicidaires notifiés

Les 336 médecins participants **ont eu connaissance** de 141 suicides et 719 tentatives de suicide parmi leurs patients durant l'année (2,6 gestes en moyenne par médecin).

Ils **ont pris en charge**, au moins en partie, **149 gestes suicidaires : 120 tentatives de suicide et 29 décès par suicide** (0,4 geste par médecin).

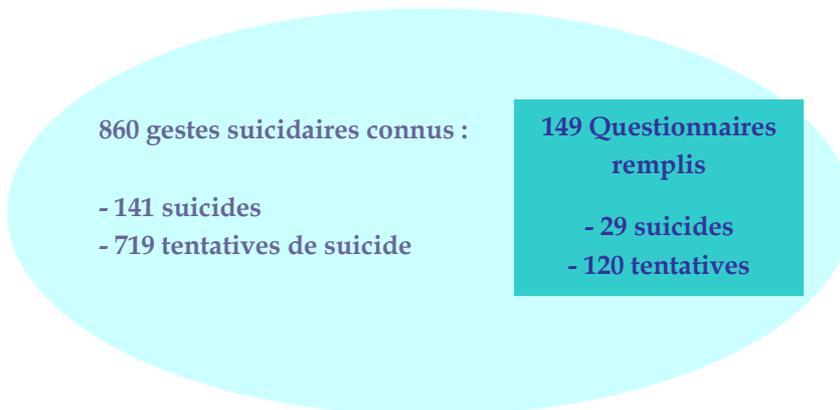
Parmi l'ensemble des médecins ayant participé, 73,8% n'ont pas été directement concernés par une prise en charge de geste suicidaire dans l'année ; 26,2% ont pris en charge une ou plusieurs personnes.

<sup>m</sup> 1 647 médecins généralistes libéraux sollicités en Bourgogne : 572 en Côte d'Or, 196 dans la Nièvre, 540 en Saône-et-Loire, 339 dans l'Yonne au 1.01.1999 (Source : DRASS - ADELI).

**Nombre de gestes suicidaires pour lesquels l'intervention du médecin généraliste a été requise  
(questionnaires remplis)**

Questionnaires inclus par médecin	Nombre de médecins	%
0	248	73,8
1	50	14,9
2	23	6,8
3 ou plus	15	4,5
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100</b>

**Gestes suicidaires connus des 336 médecins généralistes pendant un an**

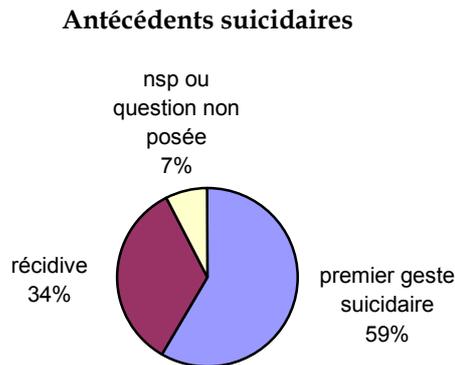


➡ L'exploitation statistique qui est présentée par la suite concerne les 149 gestes suicidaires pour lesquels les médecins généralistes ont été impliqués dans la prise en charge et ont rempli un questionnaire.

## B. CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

### 1. Caractéristiques de l'acte

Il s'agit d'un premier geste suicidaire pour 87 personnes sur les 149 (59%) et d'une récurrence dans 34% des cas.



Plus de 8 fois sur 10, le mode de passage à l'acte est une intoxication médicamenteuse pour les tentatives de suicide. Pour les suicides, il s'agit principalement d'usages d'arme à feu, puis de pendaisons.

### Modes de passage à l'acte

Mode	Tentatives de suicide	Suicides
Intoxication médicamenteuse	99 (82%)*	1 (3%)
Phlébotomie	6 (5%)	1 (3%)
Pendaison	4 (3%)	8 (28%)
Défenestration	3 (3%)	1 (3%)
Intoxication produits ménagers ou industriels	2 (2%)	0 (-)
Arme	2 (2%)	13 (45%)
Noyade	1 (1%)	4 (14%)
Autres**	3 (3%)	1 (3%)
<b>Total</b>	<b>120 (100%)</b>	<b>29 (100%)</b>

\* souvent associée à une prise d'alcool et une fois associée à une intoxication par gaz d'échappement

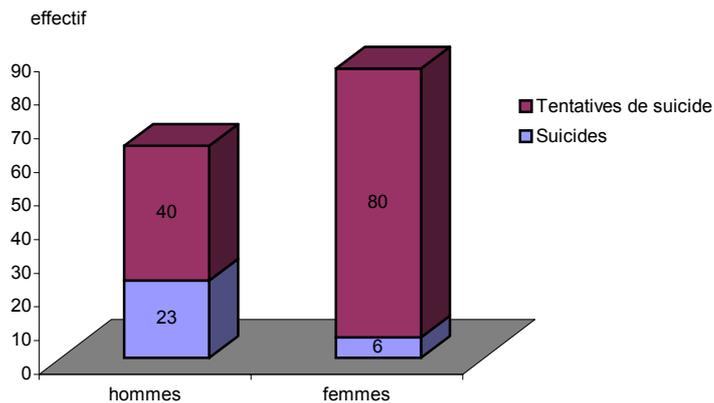
\*\* pour les décès : écrasement sous un train ; pour les tentatives de suicide : accident de la voie publique, alcoolisation massive, prise de risque sur une voie ferrée.

## 2. Caractéristiques socio-démographiques

### Âge, sexe

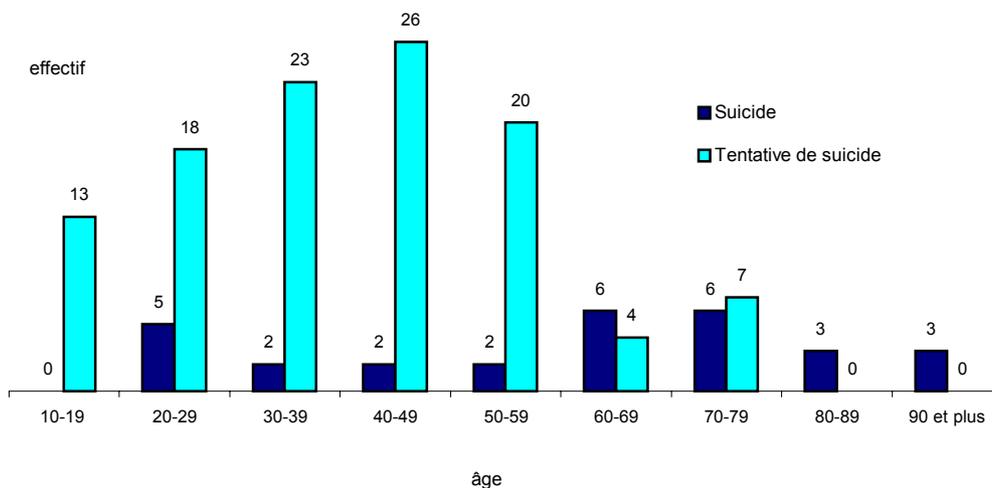
L'échantillon est constitué de 58% de femmes et de 42% d'hommes. Les décès par suicide sont plus le fait des hommes (8 fois sur 10), et les tentatives de suicide plus celui des femmes (les deux tiers des cas).

Actes suicidaires selon le sexe



La moyenne d'âge est de 59,8 ans pour les personnes décédées par suicide (écart-type = 22,4) et de 39,5 ans pour les personnes ayant réalisé une tentative de suicide (ET = 15,8).

Répartition des gestes suicidaires selon l'âge



### Mode de cohabitation

La personne concernée vit en famille huit fois sur dix. Elle vit seule dans 16% des cas et en collectivité pour 3%.

### Activité et situations précaires

La personne est active dans 53,7% des cas, inactive pour 46,3% (scolaire, étudiant, au foyer, retraité). Parmi les personnes actives, 8% n'ont pas d'emploi et 10% ont un emploi temporaire (stage, CES...).

Dix personnes (7% de l'échantillon) ne sont pas assurés sociaux ni ayant-droit, dont 9 bénéficient d'une aide médicale spécifique.

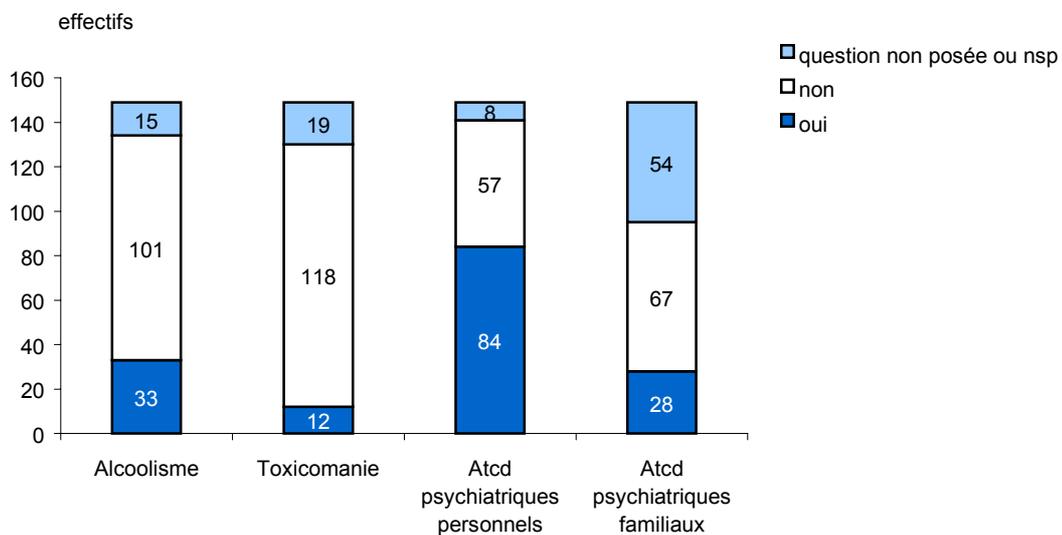
### 3. Caractéristiques médicales

Le médecin généraliste relève un antécédent d'alcoolisme dans 22% des cas, de toxicomanie dans 8%.

Parmi l'ensemble des patients, 56% ont un antécédent psychiatrique personnel ayant fait l'objet d'un diagnostic et/ou d'un traitement antérieur. Il s'agit le plus fréquemment de dépression (69% des cas).

Les antécédents familiaux sont souvent inconnus (36% des cas). Ils sont rapportés pour 19% seulement de l'ensemble des personnes de l'échantillon.

#### Caractéristiques médicales des personnes suicidées ou suicidantes



### 4. Contexte du geste

Dans plus de 80% des cas, le médecin a noté des problèmes psychosociaux et environnementaux survenus dans l'année pour les personnes suicidantes ou suicidées. Les médecins connaissent bien le contexte du geste pour la plupart des personnes car dans 5 cas seulement ils ne répondent pas à cette question (3% de l'ensemble de l'échantillon).

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés au cours de l'année (73,5%) concernent le groupe de support familial<sup>n</sup>.

**Nature des problèmes psychosociaux et environnementaux  
survenus dans l'année précédant le geste (plusieurs réponses possibles, n=117)**

Type de problème	Effectif	%
Avec le groupe de support familial	86	73,5
Professionnels	37	31,6
Économiques	28	23,9
Liés à l'environnement social	25	21,4
De logement	12	10,3
D'éducation	10	8,5
D'accès aux services de santé	1	0,8
Problèmes judiciaires	1	0,8

Les **motifs de passage à l'acte** les plus fréquemment rencontrés sont liés à la situation familiale (divorce, conflit...). Aucun motif n'est signalé pour 20 personnes seulement (13% de l'échantillon).

**Motifs de passage à l'acte (plusieurs réponses possibles, n=129)**

Motif	Effectif	%
Problème de situation familiale, conflit avec entourage	48	37,2
Problème sentimental	26	20,2
Maladie psychiatrique (Dépression, autre maladie, changement de psychotropes)	22	17,1
Maladie	12	9,3
Problème professionnel	11	8,5
Problème financier	7	5,4
Deuil	5	3,9
Alcool	5	3,9
Solitude	4	3,1
Acte impulsif	3	2,3
Autres*	11	10,0

\* adaptation à la retraite, homicide, honte de soi, misère sociale, inceste dans l'enfance, difficultés judiciaires...

Les **facteurs déclenchants** les plus souvent cités concernent aussi les problèmes dans la situation familiale et sentimentale, loin devant les maladies, les difficultés professionnelles ou la dépression.

<sup>n</sup> Par exemple : décès d'un membre de la famille, problème de santé au sein de la famille, rupture familiale par séparation, divorce ou brouille, déménagement, remariage d'un parent, désaccord dans la fratrie...

### Facteurs déclenchants (plusieurs réponses possibles, n = 115)

Motif	Effectif	%
Problème de situation familiale	51	44,3
Problème sentimental	28	24,3
Maladie	15	13,0
Problème professionnel	13	11,3
Dépression	9	7,8
Problème financier	8	7,0
Deuil	3	2,6
Difficultés sociales	3	2,6
Autres*	15	13,0

\* alcool, solitude, conflits, déménagement, peur d'intervention chirurgicale, changement de traitement, approche de fin d'année...

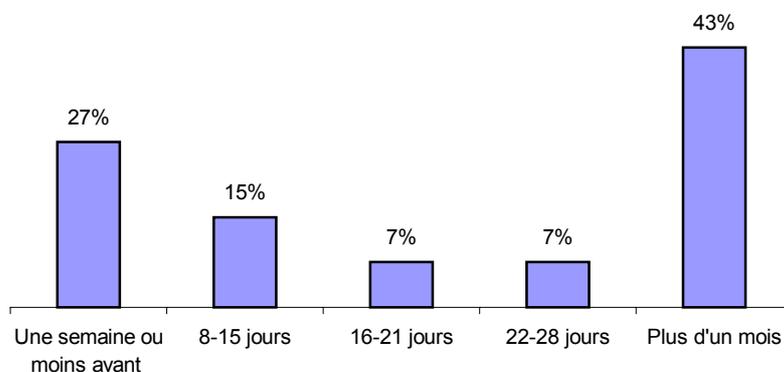
## 5. Traitements psychotropes avant le geste

Parmi les personnes de l'échantillon, 63% recevaient un traitement psychotrope avant le geste suicidaire. Celui-ci avait été prescrit par un psychiatre dans 3 cas sur 10 et par un médecin non psychiatre 7 fois sur 10.

## 6. Dernière consultation avant l'acte suicidaire

Quand le médecin connaissait le patient, dans près de la moitié des cas, la dernière consultation avant l'acte suicidaire a eu lieu moins de 3 semaines avant l'acte, une fois sur quatre dans la semaine précédant l'acte.

### Dernière consultation avant le geste suicidaire



Parmi les 51 personnes ayant consulté **moins de 15 jours avant le geste suicidaire**, dans un peu plus de la moitié des cas, le motif de la consultation était un problème somatique. Pour les autres, il s'agissait une fois sur deux de symptômes évocateurs de dépression ou bien d'un suivi de pathologie mentale avec un renouvellement d'ordonnance d'antidépresseurs, ou d'un problème somatique associé à des symptômes de mauvaise santé mentale (angoisse, anxiété...).

#### Motifs de la dernière consultation quand elle a eu lieu moins de 15 jours avant le geste suicidaire

Motif	Effectif	%
Problème somatique	27	53
Suivi de pathologie psy, dépression	13	25
Au moins un symptôme de santé mentale	11	22
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

À l'issue de cette consultation, le médecin généraliste a prescrit des médicaments à visée psychotrope pour 24 personnes sur les 51 (près d'une fois sur deux).

Et une personne sur cinq a été orientée suite à cette consultation vers une prise en charge psychiatrique, ambulatoire ou hospitalière.

## C. PRISE EN CHARGE INITIALE

*L'exploitation statistique ci-dessous ne concerne bien sûr que les 120 tentatives de suicide pour lesquels le médecin généraliste a rempli un questionnaire.*

### 1. Consultation initiale

La consultation initiale correspond à la **première consultation** avec le suicidant **après le geste**. Dans 70% des cas, le médecin généraliste intervient le jour même ou le lendemain de l'acte, et c'est lui qui initie la prise en charge. Dans les autres cas, cette première consultation peut intervenir jusqu'à un mois après le geste.

Le **motif** de cette consultation est la tentative de suicide elle-même dans 85% des cas (prise en charge initiale), des symptômes concernant la santé mentale dans 11% des cas (dépression, asthénie, insomnie...). Dans 3% des cas seulement, la consultation n'a aucun rapport avec la tentative de suicide.

Lorsque le motif concerne la prise en charge initiale de la tentative de suicide, dans 63% des cas, c'est la famille qui a appelé le médecin, dans 14% il s'agit du patient lui-même, et dans 23% des cas, c'est une autre personne (centre 15, voisins...).

## 2. Modalités de prise en charge

Le geste a été jugé grave sur le plan médical dans 42% des cas.

On constate un décalage entre les prises en charge souhaitées (prise en charge "dans l'idéal") par les médecins généralistes, celles qu'ils proposent à leurs patients et ce qui est effectivement réalisé.

### Modalités de prise en charge des tentatives de suicide : souhaitées, proposées et réalisées

	Prise en charge idéale souhaitée par le médecin	Prise en charge effectivement proposée	Prise en charge effectivement réalisée
Service d'urgences		72% (84)	62% (72)
Hospitalisation	79% (93)	70% (82)	61% (71)
<i>dont hospitalisation psychiatrique</i>	30% (35)	21% (25)	17% (20)
Consultation auprès d'un médecin	73% (85)	66% (77)	63% (74)
Consultation auprès d'un psychiatre	60% (70)	53% (62)	44% (51)
Consultation auprès du médecin généraliste lui-même	37% (43)	26% (31)	35% (41)
Traitement chimiothérapique	45% (53)	44% (52)	38% (45)
Autre prise en charge	31% (36)	11% (13)	9% (11)

Dénominateur : 117 TS, 3 dossiers non exploitables

## 3. Prise en charge souhaitée

L'**hospitalisation** est fréquemment souhaitée (79% des cas). Le lieu d'hospitalisation jugé idéal est un service psychiatrique seulement dans 3 cas sur 10.

Parfois, l'hospitalisation n'est pas souhaitée par le médecin (21% des cas, 24 personnes).

Les motifs ne sont pas toujours précisés (précisés seulement dans 16 cas). Le médecin a signalé pourquoi l'hospitalisation de façon générale ou en psychiatrie en particulier n'était pas souhaitée :

- Deux personnes avaient dans leurs antécédents une prise en charge psychiatrique mal vécue,
  - Pour un adolescent, le médecin pensait que la prise en charge hospitalière n'était pas bien adaptée,
  - Le geste suicidaire remontait à trop loin pour une prise en charge hospitalière dans trois cas,
  - Les symptômes dépressifs étaient jugés modérés,
  - Une personne avait pris des médicaments sur un parking après refus d'un service d'accueil des urgences de l'hospitaliser,
  - Une personne bénéficiait d'un entourage familial attentif,
  - La personne bénéficiait d'un "*bon soutien familial, a verbalisé rapidement ce qui s'était passé, a été accessible rapidement à d'autres propositions de réaction*",
  - L'hospitalisation aurait été imposée si le patient avait refusé d'être chez ses parents,
  - Rien n'a été proposé car il s'agissait d'un problème financier plus que médical. La personne s'est "ressaisie",
  - Il n'y avait pas de critère de gravité repéré lors de la consultation et la famille était présente,
- Dans deux cas, l'hospitalisation n'était pas souhaitée mais elle a été proposée tout de même pour bénéficier d'une prise en charge rapide.

D'**autres modalités** de prises en charge sont souhaitées relativement fréquemment pour les personnes (31% des cas).

#### Autres prises en charge souhaitées et proposées aux patients

	Souhaitée	Proposée
Psychologue	15	5
Assistante sociale	6	1
Psychothérapeute	3	2
Prise en charge des problèmes d'alcool ou de toxicomanie	3	2
Éducateur	2	0
Avocat	1	0
Psychiatre pour le conjoint	1	0
Association d'écoute	1	0
Consultation de médecine générale pour le conjoint	0	1
Infirmière psychiatrique	0	1

Un **traitement chimiothérapeutique** est souhaité pour 45% des patients. Dans la majorité des cas, il s'agit d'antidépresseurs, associés ou non à des anxiolytiques.

#### 4. Prise en charge proposée

La prise en charge proposée diffère souvent de celle souhaitée ("dans l'idéal") : près de 20% d'écart environ pour le choix de l'hospitalisation, 15% pour les consultations spécialisées et plus de 20% pour les autres types de prise en charge. Les motifs d'écart n'ont cependant pas tous été explicités par les médecins généralistes. Parmi les réponses, on retrouve les différences de perception professionnelle entre médecins généralistes et psychiatres, les problèmes d'accessibilité aux soins (financière, géographique).

##### Motifs évoqués quand le choix a été différent de l'option souhaitable

- *Les psychiatres consultés à l'hôpital dans le cadre d'une TS n'ont ni le temps d'apprécier la situation au mieux, ni la disponibilité pour recevoir les patients après la sortie de façon systématique.*
- *La personne n'a pas de travail, dépend financièrement de son ami avec lequel elle ne s'entend pas (raison du geste). Elle aurait besoin d'une psychothérapie mais cette prise en charge est trop coûteuse pour elle.*
- *Une hospitalisation en service spécialisé de psychiatrie était souhaitable mais n'a pas été proposée ; seule une hospitalisation en service non psychiatrique a été proposée pour des raisons de proximité.*
- *La personne aurait dû recevoir un traitement antidépresseur et anxiolytique mais le psychiatre des urgences, estimant que le geste ne présentait pas de critères de gravité, a laissé sortir celle-ci avec son traitement habituel.*
- *Une hospitalisation aurait été nécessaire pour une personne mais n'a pas été proposée pour un problème de garde d'enfants.*

#### 5. Prise en charge effectuée

Les motifs ne sont pas toujours précisés quand la personne n'a pas suivi la prise en charge conseillée. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une attitude de refus de prise en charge de la part de la personne.

##### Motifs évoqués quand le choix a été différent de l'option proposée

- *Un suivi psychiatrique a été refusé par la patiente à la sortie de l'hospitalisation non spécialisée. Le médecin de famille regrette que l'on n'ait pas incité la patiente à le consulter. Il ne sait pas si cela n'a pas été fait ou si c'est un refus de la patiente.*

- **Refus familial** - il s'agit d'un accident de mobylette qui a été révélé comme une tentative de suicide 2 mois plus tard. Le médecin généraliste pense qu'une prise en charge psychiatrique est souhaitable mais la famille refuse.
- **Refus de prise en charge** - Le médecin souhaitait que cette patiente (très jeune) ait un suivi (auprès de lui-même, d'un psychiatre, d'un psychologue et d'une assistante sociale) mais elle a refusé et cessé tout traitement car elle se sentait mieux.

## 6. Sources d'information du médecin généraliste sur la prise en charge

Au total, le service d'hospitalisation informe le médecin de la prise en charge dans 65% des cas (46 sur 71). Quand le patient a été hospitalisé dans un service de psychiatrie, le médecin généraliste est informé de la prise en charge par ce service d'hospitalisation 3 fois sur 10. Quand le patient accepte une prise en charge par un médecin psychiatre, le médecin généraliste est informé de la prise en charge dans 16% des cas (8 fois sur 51).

Sources d'information du médecin généraliste  
(plusieurs réponses possibles)

Source d'information	Effectif
Le service d'hospitalisation	46
Le patient	36
Le médecin	11
La famille	3
S'est informé lui-même	3
Une autre personne (professeur principal)	1

## D. SUIVI DES PATIENTS À 3 ET 6 MOIS

Parmi les 120 personnes ayant effectué une tentative de suicide, les médecins généralistes ont adressé les questionnaires de suivi à 3 mois pour 109 des 120 personnes ayant effectué une tentative de suicide et pour 98 d'entre eux à 6 mois (taux de réponse pour les questionnaires de suivi à 3 mois : 91% et 82% à 6 mois). Les réponses sont presque exhaustives car les médecins généralistes urgentistes participants n'ont pas renvoyé de questionnaire de suivi du fait de leur pratique particulière. Quand le médecin généraliste n'a pas adressé de questionnaire de suivi, nous avons considéré qu'il n'avait pas revu le patient.

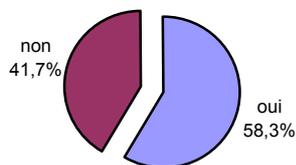
## 1. Caractéristiques du parcours et de la prise en charge secondaire

Le patient a consulté le médecin généraliste dans 58% des cas dans les 3 mois suivant la consultation initiale. Et quand il consulte, c'est à plusieurs reprises 9 fois sur 10 (plusieurs fois par mois dans un tiers des cas).

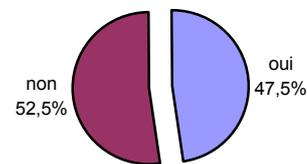
Ils sont encore près d'une personne sur deux parmi l'ensemble de l'échantillon à avoir consulté entre 3 et 6 mois après le geste suicidaire.

### Le patient est-il revenu en consultation au cours des 6 derniers mois après le geste suicidaire ?

**Au cours des 3 derniers mois**



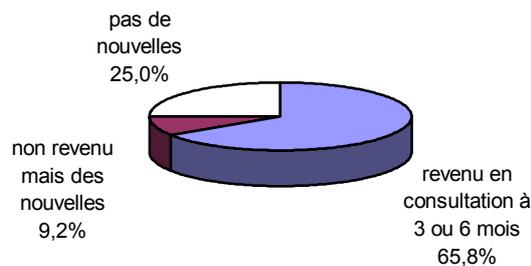
**Entre 3 et 6 mois**



Au total, deux tiers de l'ensemble des personnes ayant effectué un geste suicidaire ont revu leur médecin généraliste au moins une fois dans les 6 mois suivant le geste. Pour 9% d'entre eux, le médecin a obtenu des nouvelles par la famille, les confrères ou d'autres sources.

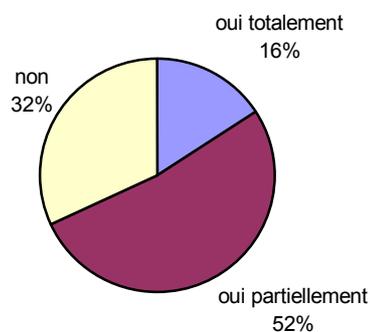
Aucune information sur le devenir des personnes n'est connue pour un quart de l'échantillon.

### Suivi du patient par le médecin généraliste



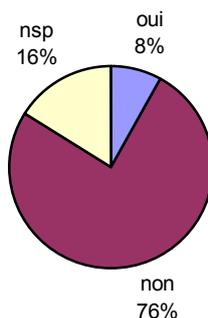
Quand le patient a consulté dans les 3 mois suivant le geste suicidaire, le motif des consultations est en lien avec la tentative de suicide dans près de 70 % des cas. Parmi les personnes ayant consulté dans les 3 mois, la majorité poursuit des consultations régulières.

#### Le motif des consultations a-t-il un lien avec la tentative de suicide ?



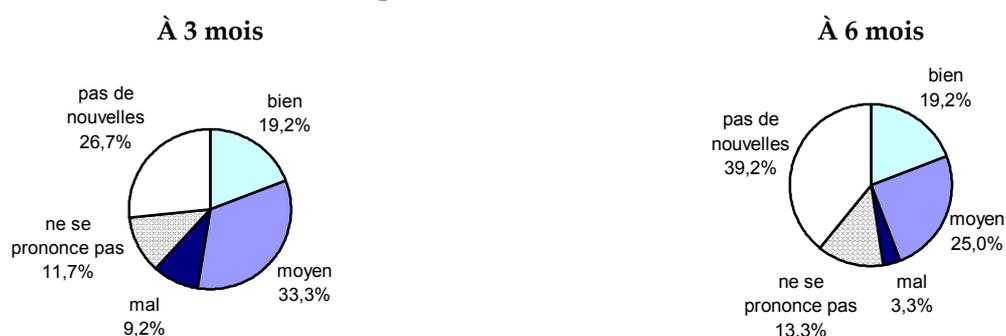
On compte 8 récurrences de tentatives de suicide dans les 3 mois parmi les personnes pour lesquelles le médecin a des nouvelles. Entre 3 et 6 mois, on compte 5 récurrences de tentatives.

#### Récidive de tentative de suicide dans les 3 mois



Trois mois après le geste, parmi les personnes pour lesquelles le médecin généraliste a des nouvelles, 26% se sentent bien, 45% d'entre elles se sentent "moyen" et 12% se sentent mal (respectivement 31%, 41%, et 5,5% à 6 mois). Le médecin ne se prononce pas dans 16% des cas à trois mois et dans 22% à 6 mois.

#### Comment le patient se sent-il actuellement ?

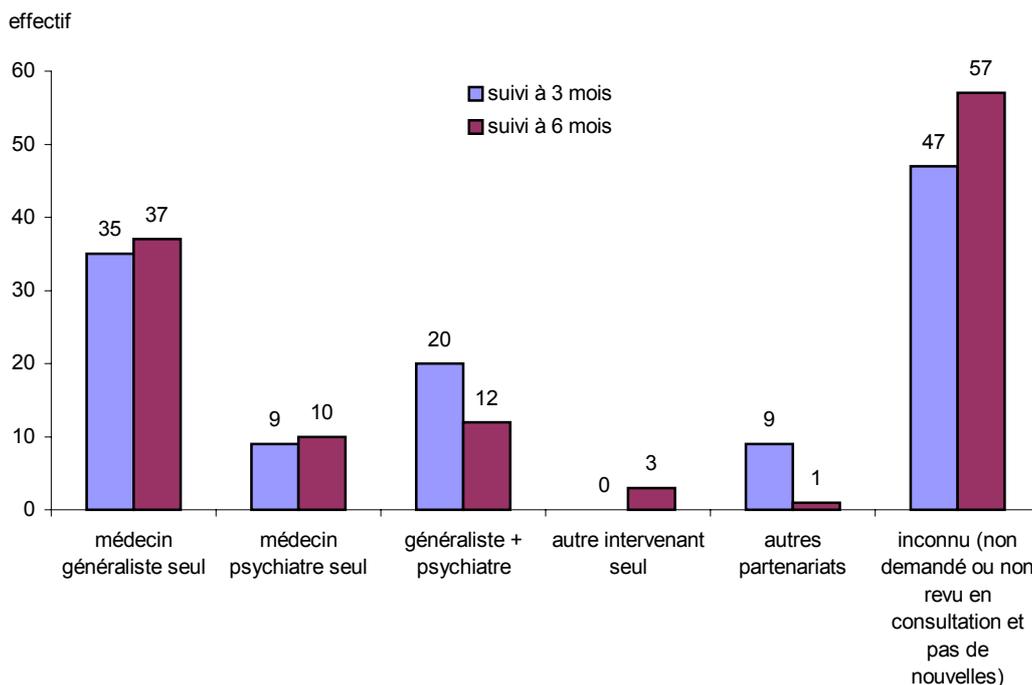


Parmi les personnes pour lesquelles le médecin a renvoyé le questionnaire de suivi, **quatre fois sur 10**, le suivi du patient est assuré par le **médecin généraliste seul**, dans 12% par un médecin psychiatre seul, et dans 27% par les deux.

Au total, sur l'ensemble de l'échantillon, on ne connaît pas le suivi à 3 mois dans 39% des cas : soit il n'y a aucun suivi, soit celui-ci n'est pas connu du médecin.

### Professionnels assurant le suivi à trois et six mois ?

(ensemble des tentatives de suicide de l'échantillon)



#### Concernant les 9 Autres partenariats à 3 mois :

5 cas : médecin généraliste + psychiatre + autre intervenant

(alcoologue, CMP, hôpital de jour, infirmière psy à domicile, psychologue) ;

2 cas : médecin généraliste plus structure de psychiatrie, médecin généraliste + famille de milieu médical ;

2 cas : psychiatre + service pédopsychiatrie, psychiatre + homéopathe

Quand le suivi est assuré par le médecin généraliste et par le médecin psychiatre, libéral ou hospitalier, le travail se fait en partenariat une fois sur deux.

## 2. Point de vue du patient sur la prise en charge

Quand le médecin a l'information, il sait que les orientations ont été suivies dans 74% des cas. Dans la majorité des cas, lorsque les patients n'ont pas suivi les orientations proposées, il s'agit d'un refus de prise en charge psychiatrique (7 personnes).

Pour les patients qui n'ont pas suivi les orientations proposées, les motifs invoqués sont :

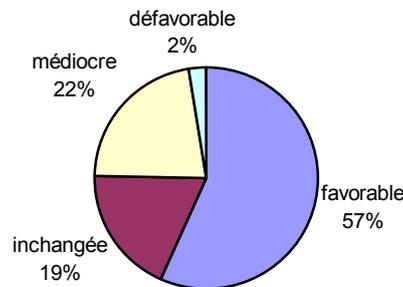
- Déçu de la 1<sup>ère</sup> consultation psychiatrique
- Prise en charge jugée inutile par le patient
- Problèmes "pratiques", n'a pas donné suite aux adresses données à la suite du séjour hospitalier

Quand le patient a suivi les orientations de prise en charge, il est satisfait dans 88% des cas.

### 3. Point de vue du médecin sur la prise en charge

Trois mois après la consultation initiale, l'état psychique des personnes est jugé favorable pour 57% d'entre elles, inchangé dans 19%, médiocre dans 22% et défavorable dans 2%.

État psychique du patient selon le médecin à 3 mois



Les points positifs dans l'évolution à 3 mois les plus fréquemment cités sont l'absence de récurrence, le suivi médical régulier et adapté à chaque personne, l'adhésion au traitement.

#### Points positifs selon le médecin

	Effectif
Absence de récurrence, suivi médical régulier et adapté	20
Compliance thérapeutique, adhésion au traitement spécialisé ou non	10
Amélioration de la situation sociale : situation professionnelle, conditions de vie...	6
Travail des professionnels en partenariat	5
Soutien familial	4
Amélioration de l'état clinique psychique	4
Effet bénéfique de l'hospitalisation	3
Prise de conscience	3

Parmi les points négatifs les plus fréquents, on relève les difficultés de communication avec certains patients, des maladies anxio-dépressives durables, le refus de prise en charge spécialisée.

### Points négatifs selon le médecin

	Effectif
Dialogue difficile, enkystement dans la maladie, absence d'amélioration clinique	11
Absence de suivi spécialisé, refus de prise en charge spécialisée	10
Prise en charge de mauvaise qualité*	7
Absence d'amélioration de la situation sociofamiliale ou financière	6
Suivi épisodique, insuffisant ou irrégulier	6
Absence de suivi en général	5
Absence de coordination entre professionnels	4
Difficultés d'accès aux consultations spécialisées**	3
Non compliance par rapport au traitement médicamenteux	3
Changement de référent psychiatre dans l'institution	1

\* Distance, disponibilité réduite du psychiatre, délai de rendez-vous

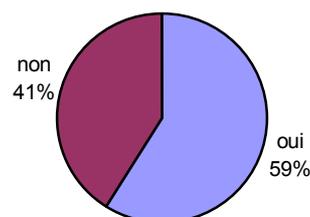
\*\* Pas de changement thérapeutique malgré un échec, pas de prise en charge familiale, silence du thérapeute, suivi mal adapté

### Réorientation

Le médecin généraliste a réorienté dans 11% des cas vers une autre prise en charge. Il l'a fait dans deux cas pour nouvelle tentative de suicide, parfois devant une absence de résultats. Cette réorientation n'a été acceptée qu'une fois sur deux.

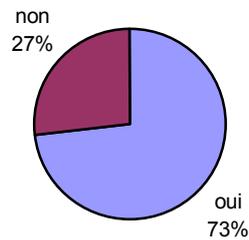
Parmi les personnes revenues en consultation dans les trois mois, le médecin juge qu'une **prise en charge psychiatrique** est nécessaire dans **6 cas sur 10**.

### Ce patient relève t-il d'une prise en charge psychiatrique ?



Les patients sont jugés à risque de récurrence suicidaire dans plus de 7 cas sur 10.

### Ce patient est-il à risque de récurrence ?



Les médecins ont émis des propositions pour 40 des 57 personnes jugées à risque de récurrence. Les plus fréquentes sont le soutien psychologique ou psychiatrique ou l'augmentation de la fréquence des consultations. Ils rappellent fréquemment leur nécessaire disponibilité au service de ces patients qui doivent pouvoir consulter dès qu'ils en ressentent le besoin.

### Propositions des médecins généralistes pour les personnes à risque de récurrence :

- Soutien psychologique ou psychiatrique	12
- Consultation si besoin, fréquence de consultation accrue	7
- Parler...	5
- Poursuite de la prise en charge psychiatrique spécialisée	4
- Hospitalisation spécialisée	3
- Ne rien faire	2
- Changement de psychiatre	1
- Changement du contexte socioprofessionnel	1
- Prise en charge du conjoint	1
- Coordination des professionnels	1
- Traitement médicamenteux	1
- Implication du conjoint	1
- Trouver de nouveaux centres d'intérêt	1

Dans l'idéal, il faudrait pouvoir proposer autre chose d'après le médecin pour 19 des personnes à risque. Il s'agit le plus souvent d'un suivi psychiatrique ou psychologique non souhaité par le patient. Parfois, la prise en charge du couple serait nécessaire, ou des changements dans la situation sociale ou familiale.

### Ce qu'il faudrait pouvoir proposer pour ces personnes à risque de récurrence :

- Suivi psychiatrique (5)
- Suivi psychologique (2)
- Suivi en Centre hospitalier spécialisé
- Suivi psychiatrique à domicile
- Entretien psychologique et social
- Accès plus facile vers un psychiatre
- Maintien d'une psychothérapie

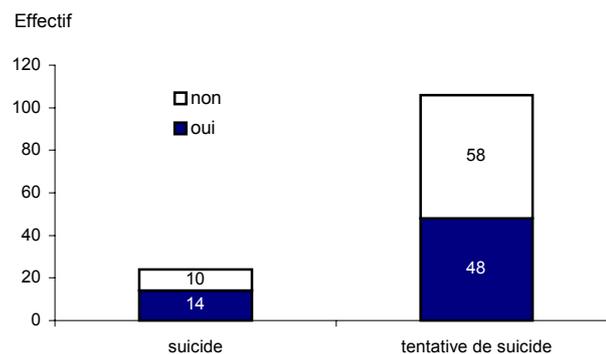
- Psychothérapie et réinsertion
  - Changement social et familial
  - "Devenir adulte"
  - Prise en charge du conjoint
  - Résoudre problème de travail et de couple
  - "Une relation amoureuse"
  - Suivre le couple

## E. SOUTIEN DE L'ENTOURAGE

Dans **près de la moitié des cas** (62 sur 130 réponses), le médecin généraliste a été **contacté par l'entourage** du patient dans les suites du geste suicidaire du patient : 48 fois suite à une tentative de suicide, 14 fois suite à un décès par suicide.

Si la personne vit en couple, il est le plus souvent contacté par le conjoint. Les autres demandes viennent de membres de la famille (parents, enfants, fratrie), plus ponctuellement d'un éducateur, d'un service social ou d'une infirmerie scolaire.

### Le médecin généraliste a été contacté par l'entourage dans les suites du geste suicidaire



Dans la majorité des cas, ce contact est en rapport avec le geste suicidaire, soit totalement, soit partiellement.

### Le contact avec l'entourage dans les suites a-t-il un lien avec le geste suicidaire ?



Le principal motif de consultation de l'entourage auprès du médecin généraliste concerne des demandes d'information par rapport au suicide ou à la tentative de suicide, des conseils sur la conduite à tenir. Il s'agit pour 6 personnes d'un besoin de soutien psychologique ou de prise en charge psychiatrique.

#### Motif de la consultation avec l'entourage quand elle est totalement liée au geste suicidaire

Motif	Effectif
Information et conseil	10
Prise en charge, soutien psychologique	6
Incompréhension du geste, évocation du passé	5
Sollicitation pour revoir le patient, ou améliorer sa prise en charge*	4
Nouvelle tentative de suicide	1
Remerciements	2
<i>Non précisé</i>	3
<b>Total</b>	<b>31</b>

Le médecin signale dans 21 cas que la consultation a un lien partiel avec la tentative de suicide. Le plus souvent, le consultant présente un problème somatique ou consulte pour un renouvellement d'ordonnance et la rencontre est l'occasion d'aborder la question du geste suicidaire, et de demander des informations ou des conseils.

#### Motif de la consultation avec l'entourage quand elle est partiellement liée au geste suicidaire

Motif	Effectif
Information et conseil	6
Renouvellement d'ordonnance	6
Dépression	2
Problèmes somatiques et demande d'info.	2
Tentative de suicide de l'entourage lui-même	1
<i>Non précisé</i>	4
<b>Total</b>	<b>21</b>

Au total, quand la consultation avait un lien avec le geste suicidaire, le médecin généraliste a réorienté dans 17% des cas l'entourage (9 personnes) vers un autre professionnel, le plus souvent vers une prise en charge spécialisée psychiatrique. Pour 10 personnes, il a prescrit des psychotropes (19% des cas).

Dans 23% des cas (12 personnes), le médecin pense qu'une autre aide est nécessaire. Dans 16% des cas, il estime qu'une prise en charge en milieu spécialisé, une psychothérapie ou un soutien familial sont nécessaires. Pour les autres, il évoque une écoute par une association, un lieu de paroles avec d'autres familles concernées (lieu qui n'existe pas), un lieu d'écoute et

de déculpabilisation. Dans une situation particulière, il évoque la nécessité d'une information des enfants sur la maladie de leur mère (psychose dysthymique sévère).

#### Quelques repères chiffrés

- 72% des personnes ayant effectué une tentative de suicide ont consulté au moins une fois le médecin généraliste déclarant dans les 6 mois après le geste suicidaire (en excluant les cas signalés par les médecins urgentistes) ;
- 28% ne sont pas revus dans les six mois suite au geste ;
- Connaissance de 12 personnes ayant récidivé le geste suicidaire dans les 6 mois, soit 14% des personnes ayant consulté dans les suites (onze personnes ont récidivé une fois, et une, deux fois) ;
- Au total, des nouvelles pour 77% de l'ensemble de l'échantillon à 3 ou 6 mois (93 personnes sur 120) ;
- Contacté par l'entourage dans les suites du geste suicidaire dans 48% des cas.

## II. DISCUSSION - VOLET MÉDECINE GÉNÉRALE

### ✘ Éléments méthodologiques

Les outils de recueil d'information élaborés à l'aide du comité de pilotage étaient très complets, avec de nombreuses questions ouvertes. Les médecins généralistes ont parfois eu du mal à se repérer pour le remplissage nous interrogeant parfois sur la signification de certains termes (et notamment la "consultation initiale"). Ces questionnaires nécessitaient un effort de compréhension important de la part des médecins même s'ils ont eu peu de cas à renseigner.

L'échantillon de médecins participants ne reflète probablement pas parfaitement la pratique l'ensemble des médecins généralistes bourguignons. En effet, la participation reposant sur le volontariat, les médecins ayant répondu se sentent probablement plus concernés par la prise en charge de la santé mentale en général, et du suicide en particulier.

### ✘ Participation

Au total, plus d'un médecin généraliste bourguignon sur cinq a renvoyé le coupon de participation à l'étude ce qui est un taux de réponse important pour une démarche volontaire et par rapport au taux de participation habituel des professionnels libéraux. Il faut cependant signaler que les médecins référents ont été spécifiquement sollicités et que leur engagement dans des travaux épidémiologiques fait partie de leurs missions.

Le taux de participation des médecins a été effectif sur toute la durée de l'inclusion et du suivi des patients, comme en témoigne le retour des bulletins mensuels de participation (aux alentours de 85-90% tous les mois).

### ✘ Nombre de gestes signalés

On constate un faible taux d'implication dans la prise en charge de gestes suicidaires dans le courant de l'année pour les médecins généralistes participants (0,4 geste par médecin en moyenne), alors qu'ils ont eu connaissance de nombreux gestes (2,6 par médecin).

Lors d'une enquête téléphonique réalisée avant le lancement du PRS, les médecins généralistes déclaraient avoir été "en contact" avec en moyenne deux personnes suicidées ou ayant tenté de le faire (au cours de l'année 1996)<sup>29</sup>. Il est vrai que pour la présente étude, les

critères d'inclusion étaient plus restrictifs<sup>o</sup>. Au total, leur intervention n'a pas été requise dans 82% des cas des gestes suicidaires dont ils ont eu connaissance dans l'année.

### ✘ **Caractéristiques des gestes suicidaires**

L'exploitation des données retrouve les caractéristiques épidémiologiques habituelles :

- les tentatives de suicide étant plutôt le fait de femmes jeunes, le mode de passage à l'acte le plus fréquent étant les intoxications médicamenteuses ;
- le suicide concernant en majorité des hommes d'âge plus élevé, utilisant des modes de passage à l'acte violents (arme à feu, pendaison).

Concernant les facteurs de risque et les motifs de passage à l'acte, les médecins généralistes connaissent bien les situations signalées et on relève la fréquence élevée des problèmes psychosociaux et environnementaux.

On constate aussi la part importante des antécédents psychiatriques personnels ainsi que des traitements psychotropes avant le passage à l'acte. Les médecins généralistes n'hésitent pas à en prescrire, et le plus souvent ce sont eux qui en sont les initiateurs.

On retrouve également la forte proportion de personnes faisant partie de la clientèle habituelle et vues avant le geste suicidaire (27% ont consulté dans la semaine précédant l'acte suicidaire).

### ✘ **Prise en charge initiale**

Le médecin généraliste est le **premier intervenant** dans 70% des cas signalés.

On constate un décalage entre les prises en charge souhaitées (dans l'idéal), celles qui sont proposées, et celles qui sont effectivement réalisées.

Dans la grande majorité des cas et conformément aux recommandations, l'hospitalisation est souhaitée dans les suites du geste suicidaire. Elle n'est souhaitée en milieu psychiatrique que dans 3 cas sur 10.

Dans les rares cas où l'hospitalisation n'est pas souhaitée, c'est parce que l'entourage est jugé attentif, ou bien que les personnes ont dans leurs antécédents une hospitalisation en milieu psychiatrique mal vécue.

<sup>o</sup> Un questionnaire devait être rempli pour les personnes décédées par suicide constaté par le médecin lui-même et pour toute personne ayant fait une tentative de suicide, vue lors d'une consultation et dont le geste suicidaire était le motif, ou au cours de laquelle il avait été au moins évoqué (l'acte ayant été effectué au maximum un mois avant la consultation).

## ✘ Suivi des personnes

### ▶ *Des difficultés*

Les données recueillies sur le suivi illustrent les difficultés d'assurer dans le temps une prise en charge médicale et/ou psychiatrique des suicidants, comme le notent de nombreuses études<sup>30,31,32</sup>. La principale difficulté provient de refus de prise en charge et notamment de prise en charge spécialisée. Soit le suivi n'a pas été amorcé (cas le plus fréquent en cas de refus), soit le patient a été déçu par rapport aux résultats obtenus à court terme.

Parmi les personnes qui reviennent en consultation, 4 fois sur 10, le médecin généraliste se retrouve seul acteur du suivi, situation qui ne le satisfait pas le plus souvent. La prise en charge est alors souvent jugée décevante pour le médecin généraliste avec un sentiment d'impuissance quand la situation ne s'améliore pas. Il est également souvent démuni quand des difficultés socioprofessionnelles ou la situation sociofamiliale sont jugées être à l'origine de la souffrance des personnes.

Comme dans l'enquête conduite en 1996<sup>29</sup>, on retrouve des difficultés de compréhension et de communication entre médecins généralistes et spécialistes en psychiatrie.

Peu de suivis sont réalisés en partenariat (une fois sur deux) quand la prise en charge est assurée à la fois par le généraliste et le psychiatre. Ce partenariat est cependant fortement souhaité par la conférence de consensus d'octobre 2000 "*reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire*"<sup>33</sup>.

Dans la même perspective, on constate le peu de travail en réseau avec les partenaires associatifs. Il est possible qu'ils ne soient pas présents dans certaines zones géographiques, ou bien que le médecin ne les considère pas comme un possible recours (méconnaissance du dispositif de soutien). Même interrogés sur les prises en charge "dans l'idéal", ceux-ci sont très peu cités (par exemple : association d'écoute citée une seule fois).

Au total, les médecins ont souvent signalé des situations cliniques très complexes, mêlant des difficultés sociales, psychologiques... et nécessitant beaucoup d'engagement de leur part. La situation pourrait être améliorée par l'insertion dans un réseau médico-social.

### ▶ *Une fréquente sollicitation de l'entourage*

La famille et l'entourage sont importants notamment pour le soutien psychologique de la personne suicidante durant cette période difficile.

Ce sont souvent eux qui font appel au médecin généraliste pour la prise en charge initiale. Ils consultent également fréquemment dans les suites du geste afin d'obtenir des informations, des conseils sur la conduite à tenir... Suite à un décès, ils recherchent des éléments de

compréhension et portent beaucoup de culpabilité. Fréquemment, c'est à l'occasion d'une consultation pour un autre motif que l'entourage aborde le sujet.

Le médecin généraliste a donc un rôle majeur dans l'accompagnement des proches.

► *Des lacunes dans la transmission de l'information*

On a pu constater les lacunes dans le circuit de l'information concernant le devenir et le suivi de la personne après hospitalisation et encore plus en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé ou de consultation psychiatrique libérale. Un effort conséquent est nécessaire pour améliorer la communication entre professionnels.

Plus de 4 personnes sur 10 ne reviennent pas en consultation auprès de leur médecin généraliste dans les 3 mois suivant le geste suicidaire. Si le médecin n'a pas de retour d'information et ne revoit pas le patient, il lui est difficile de juger de la bonne prise en charge, ce d'autant plus que le geste suicidaire est un événement rare dans sa pratique.

► *Des risques de récurrence*

Parmi les gestes suicidaires inclus dans l'enquête, il s'agit d'une récurrence dans 34% des cas.

Et parmi les personnes qui reviennent en consultation dans les 6 mois, 7 sur 10 sont jugées à risque de récurrence.

Les médecins généralistes ont eu connaissance de 14% de récurrences de tentatives de suicide parmi les personnes incluses dans l'enquête et qu'ils ont revues dans les 6 mois. Cette proportion semble faible au vu des données de la littérature. Cependant l'information n'est bien sûr pas exhaustive. Il est également possible que les personnes qui reviennent en consultation auprès de leur médecin généraliste bénéficient en moyenne d'une meilleure prise en charge que celles qui ne consultent pas.

### III. CONCLUSION - VOLET MÉDECINE GÉNÉRALE

Ce travail vient renforcer certains constats de l'enquête conduite en 1996 avant le lancement du PRS tout en soulignant la complexité de prise en charge des personnes suicidantes.

Les médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail sont soucieux de la prise en charge des problèmes de santé mentale de leurs patients. Ils ont décrit des cas cliniques complexes, pour lesquels ils se sont souvent très impliqués dans la prise en charge et dans le suivi.

Sollicités par les patients mais aussi par la famille et l'entourage proche au décours du geste et après celui-ci, ils constituent un acteur majeur dans le repérage, l'intervention initiale, l'orientation et le suivi des suicidants.

L'analyse de leurs pratiques fournit des pistes pour la prévention du risque suicidaire et l'amélioration des prises en charge. Parmi celles-ci, on peut citer tout particulièrement :

- La poursuite des actions de formation
- La diffusion de l'information (sur les ressources existantes notamment)
- Le développement de relations avec les autres intervenants du champ sanitaire et social et de la coordination dans le cadre des réseaux locaux

... autant d'éléments retrouvés parmi les objectifs du programme régional de santé, et dont il est nécessaire de poursuivre la mise en œuvre.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### VOLET SANTÉ SCOLAIRE

1. Péquignot F, Jougla E, Le Toullec A, Bovet M.  
Mortalité par suicide chez les jeunes en France en 1997 et évolution depuis 1980.  
B.E.H. 2000 ; 9 : 37-8.
2. Choquet M.  
Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques.  
MT Pédiatrie 1998 ; 1(4).
3. Janvrin MP, Arènes J, Guilbert P.  
Violence, suicide et conduites d'essai.  
In : Baromètre santé jeunes 97/98. Paris : CFES, 1998 : 219-222.
4. Kovess V.  
L'hospitalisation des jeunes suicidants. Pratiques et enjeux.  
Actes des rencontres de la Fondation de France. Paris, 1999 : 12-14.
5. Debout M.  
Le suicide.  
Conseil Économique et Social. JO : CES 92000 117 v du 30/7/93.
6. Haut Comité de la santé publique.  
La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.  
Paris : La documentation Française, 2000 : 59-64.
7. Pommereau X.  
L'adolescent suicidaire.  
Enfances clinique. Paris : Dunod, 1997. 239 pp.
8. Pommereau X. Choquet M.  
Enquête auprès de 1 000 adolescents de 21 établissements d'enseignement secondaire de la Gironde durant l'année scolaire 1999-2000.  
Publications à paraître.
9. Choquet M, Ledoux S.  
Adolescents - enquête nationale.  
Paris : INSERM, 1994.
10. Fondation de France.  
L'hospitalisation des jeunes suicidants. Pratiques et enjeux.  
Actes des rencontres de la Fondation de France. Paris, 1999 : 7.
11. Baudry P, Blaya C, Choquet M, Débarbieux E, Pommereau X.  
Souffrances et violences à l'adolescence. Qu'en penser ? Que faire ?  
Collection "Actions sociales/confrontations", ESF éditeur, 2000.

**Pour en savoir plus :**

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.  
*Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.*  
Recommandations pour la pratique clinique. 1998.
- Alléon AM, Morvan O, Facy F.  
*Tentative de suicide à l'adolescence : Clinique de la tentative de suicide. Approche épidémiologique de la tentative de suicide.*  
Éditions techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Psychiatrie, 37216 H<sup>10</sup>, 1991, 7p.
- Choquet M, Grandboulan V, Lagadic C, Dugré-le-Bigre C.  
*Enquête jeunes suicidants à l'hôpital (12-24 ans).*  
L'hospitalisation des jeunes suicidants. Pratiques et enjeux.  
Actes des rencontres de la Fondation de France. Paris, 1999.
- Fortin J.  
*L'élève et la mort.*  
Expériences et interrogations méthodologiques. La santé de l'homme 1999 ; 342 : 26-7.
- Jeammet P.  
*Conduites suicidaires à l'adolescence monographie.*  
Rev Prat 1998 ; 13(48).
- ORS Bourgogne.  
*Les jeunes et le risque : être entendus pour mieux se voir. Enquête en Côte d'Or.*  
1997.
- Pommereau X.  
*Les tentatives de suicide*  
In : Choquet M, Dressen C. "Adolescence plurielle". Guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé. Paris : CFES, 1993 : 104-108.

## VOLET MÉDECINE DU TRAVAIL

- [12] Huez D. Précarité. In : Santé mentale. Paris : Acte presse, 1997 : 20-22.
- [13] Dejours C. Psychopathologie et rapports sociaux au travail. Rev Méd Psychosom 1989 ; 20 : 21-30.
- [14] Dejours C. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris, Le Seuil 1998.
- [15] Guiho-Bailly MP. La psychodynamique du travail. In : Santé mentale. Paris : Acte presse, 1997 : 17-19.
- [16] Vignat JP. Epidémiologie psychiatrique et travail. In : Brenot JL., Bydolwski M., Diebold G. (eds). Psychiatrie Française. Psychiatrie et milieu du travail. Paris 1996 : 43-47.
- [17] Lejoyeux M., Léon E., Rouillon F. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. L'encéphale 1994 ; 20 : 495-503.
- [18] OMS. La prévention du suicide. Indications pour les médecins généralistes. 2001.
- [19] Davidson F., Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique. Collection Grandes enquêtes. INSERM/Doin, 1986.
- [20] Kovess V. Place de l'épidémiologie dans la psychiatrie en milieu du travail. In : Brenot JL., Bydolwski M., Diebold G. (eds). Psychiatrie Française. Psychiatrie et milieu du travail. Paris 1996 : 60-66.
- [21] Estryn-Béhar M. L'ergonomie pour changer. Santé mentale 1997 ; 16 : 24-25.
- [22] Chevalier A. Facteurs professionnels des états anxieux et dépressifs chez les salariés d'E.D.F.-G.D.F. In : Brenot JL., Bydolwski M., Diebold G. (eds). Psychiatrie Française. Psychiatrie et milieu du travail. Paris 1996 : 48-59.
- [23] Amphoux M, Bonnin C. Le médecin du travail, psychiatre malgré lui. In : Brenot JL., Bydolwski M., Diebold G. (eds) Psychiatrie Française. Psychiatrie et milieu du travail. Paris 1996 : 67-72.
- [24] Roy P. Violences au travail : sur 15 millions de victimes en Europe, de nombreux soignants. Le Quotidien du médecin, 17/01/2001.
- [25] Debout M. Travail, violences et environnement. Avis adopté par le Conseil économique et social le 24/11/1999.
- [26] Chanlat JF. Psychopathologie du travail et management. In Prévenir 1990 ; 20 : 89-94.
- [27] Union nationale pour la prévention du suicide. Politiques locales, politique globale. Journée nationale pour la prévention du suicide. 5 février 2001 : 13.
- [28] Debout M. Harcèlement moral au travail. Avis adopté par le Conseil économique et social le 11/04/2001.

## VOLET MÉDECINE GÉNÉRALE

- <sup>29</sup> Dauge A., Millot I. Suicides et tentatives de suicides en Bourgogne. ORS Bourgogne 1997.
- <sup>30</sup> PREMUTAM, Fédération Nationale des Observatoires régionaux de la santé. Bilans régionaux – prévention des suicides et tentatives de suicide – état des lieux 1995-1997. 1998.
- <sup>31</sup> Philippe A. Les tentatives de suicide en médecine générale. Enquête PRISME (prise en charge d'un suicidant en médecine générale). Non publié.
- <sup>32</sup> Batt A, Bohec C, Frattini M.O. Les tentatives de suicide dans la clientèle des médecins généralistes : enquête dans des cantons du nord de l'Ille-et-Vilaine. Observatoire régional de la santé de Bretagne. 1997.
- <sup>33</sup> Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19-20 oct 2000. ANAES. Fédération française de psychiatrie. Textes court et long.

### Pour en savoir plus :

- <http://www.infosuicide.org>
- WHO. La prévention du suicide, indications pour les médecins généralistes. Genève : OMS éditeur, 2001.
- Davidson F, Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique. Collection Grandes enquêtes. INSERM/Doin, 1986.
- Debout M. Le suicide. Conseil Économique et Social. JO : CES 92000 117 v du 30/7/93.
- Debout M, Pandraud H. La place du suicide dans la pratique médicale. Journal de Médecine Légale - Droit Médical 1997; 40(7-8) : 585.
- Hirschorn M, Daoud V. Évaluation des stratégies de prise en charge des suicidants. Rev prat 2001 ; 533 (15) : 715.
- Soubrier J.P. Évaluation du risque suicidaire. Impact médecin hebdo 1999 ; 448.
- Duméry S. Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Impact médecin 2000 ; 512.
- Rey C, Grandazzi MH, Alvin P. Tentative de suicide de l'adolescent : le rôle du médecin traitant est incontournable Rev Prat 1998 ; 12(412) : 9-11.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Les chiffres de l'Académie de Dijon (année 1999/2000)

#### Nombre d'établissements

- 190 collèges
- 93 lycées généraux et professionnels
- 3 établissements régionaux d'enseignement adapté LEA-EREA

#### Nombre d'élèves

Second degré : 143 462 élèves dont 124 961 dans l'enseignement public

Enseignement	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Ensemble
1 <sup>er</sup> cycle	25 865	10 885	27 792	17 969	82 511
2 <sup>nd</sup> cycle professionnel	5 928	3 165	6 548	3 463	19 104
2 <sup>nd</sup> cycle général et technologique	12 942	4 846	13 230	6 722	37 740
SEGPA/EREA	1 371	489	1 228	809	3 897
Formations complémentaires	39	47	79	45	210
Ensemble	46 145	19 432	48 877	29 008	143 462

## **Annexe 2 : Le suicide<sup>5</sup>**

### **Rapport du Conseil économique et social 1993**

- Extrait -

#### **Donner à l'école les moyens d'assurer son rôle d'éducation et de prévention**

Un précédent rapport du Conseil économique et social a déjà largement insisté sur la grande misère de la médecine scolaire et universitaire en France. Si une réforme de ce service a été entreprise depuis, elle reste à bien des égards lacunaire et malheureusement peu capable d'assurer son rôle d'éducation pour la santé sans parler de l'approche ou du suivi psychologique de la population scolaire.

La médecine scolaire et universitaire a pourtant un rôle primordial à jouer en matière d'éducation pour la santé, la prévention du risque suicidaire devrait donc y être évoquée. Mais, elle a aussi un rôle essentiel en matière de repérage des jeunes à risque et de suivi ou d'orientation de ceux qui ont déjà tenté de se suicider pour peu qu'elle dispose des moyens et des compétences indispensables.

**Nous recommandons donc que soient clarifiées les missions de la médecine scolaire et universitaire (en particulier en matière d'aide psychologique) et que lui soient donnés des moyens à hauteur de ces missions.**

Mais, au-delà et en complément de la médecine scolaire et universitaire, ce sont tous les acteurs de l'école qui sont concernés et qui ont leur rôle à jouer tant dans la sensibilisation au phénomène du suicide que dans le repérage des jeunes à risque que ce dernier s'exprime à travers une tentative de suicide ou tout autre conduite dangereuse.

Enseignants, conseillers d'éducation, infirmières et assistantes sociales des établissements (lorsqu'elles existent) et plus généralement l'ensemble des adultes qui gravitent dans ce milieu, devraient être formés aux difficultés de l'adolescence et au repérage des signaux d'appel. Ce n'est jamais là que l'une des traductions de la notion d'« équipe éducative » qui œuvre, en relais, en réseau, aux côtés des parents comme des structures de prise en charge extérieures.

Enfin, parce que là encore rien n'est pire que le silence, tout événement marquant l'établissement - suicide ou tentative d'un élève - devrait être l'occasion d'une discussion, d'une prise de parole, d'une sensibilisation, d'une information. Certains établissements l'ont fait, leur expérience pourrait être utilement diffusée.

### **Annexe 3 : La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes<sup>6</sup>**

- Extrait -

#### **L'institution scolaire. Bilan en CM2. Les enseignants, l'infirmière, le médecin, l'assistante sociale et le psychologue**

96 % des 13-19 ans aiment aller à l'école, mais en cas de difficulté, peu y trouvent un soutien. L'école ne peut donc plus rester un simple lieu de distribution de connaissances, il devient nécessaire d'y trouver du temps, des occasions, et d'y organiser une formation.

Il est souhaitable de former les professionnels à la détection des signes de souffrance des jeunes. Dans le même temps, il est indispensable d'aider et de soutenir les enseignants confrontés dans leurs pratiques à des situations de violence issues de problèmes familiaux et d'un délitement du corps social. L'école ne peut pas régler tous les maux de la société.

Il est souhaitable de proposer des lieux de parole pour les adolescents dans les établissements scolaires pour parler des problèmes graves survenus. L'information et la promotion de la santé sont très cloisonnées. Il doit être possible de réunifier les équipes d'intervenants.

Les mesures de prévention doivent porter autant sur l'individu que sur son environnement et sur la période de crise autant que sur son passé et son suivi dans le temps.

**La santé psychique d'un citoyen se construit dans la continuité de sa vie, elle se comprend à partir d'une origine et en fonction d'un avenir, aussi l'adolescent en difficulté doit-il être considéré avec ses connexions : famille, amis, école, lieu de vie, quartier et société.**

#### **Bilan de santé en CM2**

**Un bilan en CM2 (10-11 ans) avec questionnaire sur le lieu de vie, le mode de vie, permettrait de repérer les adolescents à risque auxquels on pourrait proposer des entretiens pour soutien ultérieur.**

Ce repérage des situations à risque pourrait être le rôle du médecin scolaire. Il fait partie de l'institution et il est le mieux à même de relier la situation d'un enfant en difficulté avec le cursus normal de l'école.

Pour aborder la souffrance psychique des adolescents, il est très important de pouvoir intervenir dès la petite enfance. Les facteurs de risque sont déjà en place à la naissance et dans les premiers temps de la vie.

Dans le domaine de l'éducation nationale, plusieurs travaux ont montré que l'école devait associer les fonctions d'instruction et d'éducation. Des textes administratifs ont tenté de définir cette éducation à la vie ou cette préparation à la citoyenneté.

## Éducation pour la santé à l'école

L'éducation pour la santé dispensée tout au long de la scolarité peut jouer un rôle majeur car elle s'adresse à tous les enfants, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle des parents. Elle peut donc être un facteur de réduction des inégalités sociales et familiales.

Comme le précise très bien la circulaire de l'Éducation nationale n°98-237 de novembre 1998 sur les orientations de l'éducation à la santé à l'école et au collège « *l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences reposant à la fois sur :*

- *l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir,*
- *la maîtrise de méthodes de pensées et d'action,*
- *le développement d'attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité.»*

Pour que cette éducation pour la santé soit réellement pertinente et efficace, il est nécessaire qu'elle s'insère de manière cohérente dans les politiques nationale et régionales de santé.

Le Comité régional des politiques de santé (décret du 29 décembre 1998), au sein duquel siège de droit le Recteur d'Académie, doit être le lieu de mise en cohérence de cette politique d'éducation pour la santé. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions doivent s'appuyer sur un partenariat indispensable rassemblant les compétences aussi bien internes qu'externes à l'éducation nationale.

### D'autres moyens d'information à inventer

En dehors du temps scolaire, les adolescents bénéficient d'environ 160 jours de congé scolaire par an, ainsi que des plages horaires, journalières, hors école, relativement importantes. L'utilisation de ce temps libre doit faire l'objet d'une réflexion approfondie pour proposer aux jeunes des occupations, des lieux de regroupement et de rencontre adaptés à leurs besoins et attentes, et dans lesquels ils sont susceptibles de bénéficier d'écoute et de conseils.

### L'aide des collectivités locales et des associations est importante pour la promotion de ces espaces-temps.

Le Haut Comité de la santé publique, dans son rapport sur la santé des enfants et des jeunes, rappelle à ce propos la place importante acquise par les « éducateurs de rue » dans le soutien, dans leur milieu de vie, des jeunes éprouvant des difficultés ou des troubles psychologiques. Dans le même esprit, il faut faciliter l'accès de ces jeunes auprès de conseillers médicaux, sociaux ou psychologiques.

Les difficultés scolaires, marquées par l'absentéisme et le redoublement, sont étroitement reliées à la plupart des conduites d'essai. A l'opposé, le sentiment d'être partie prenante de son lieu scolaire et d'y être bien accueilli sont des facteurs importants de protection contre les facteurs de risque. L'échec scolaire chronique est un vecteur de risque très important. Son constat doit être pris en compte en priorité par les structures et les personnels scolaires.

### **Le rôle parfois difficile des enseignants**

L'école représente plus qu'on ne le croit, pour l'adolescent, non seulement une préparation à la vie professionnelle, mais une possibilité de développement pour l'ensemble de sa vie et de sa personnalité. Le temps et l'espace qui se situent entre la maison et l'école sont remplis d'activités, de rencontres et d'échanges. Ceux-ci constituent une sorte d'aire de transition indispensable entre le mode de vie du groupe scolaire et celui du groupe familial. La participation que l'adolescent attend de l'école questionne l'enseignant confronté à un individu en plein développement et parfois en crise.

L'enseignant peut parfois prendre des fonctions autres que sa seule fonction d'enseignant : fonctions d'éducateur, de conseiller et même de confident, fonctions vis-à-vis desquelles il aura parfois des difficultés à se situer et pour lesquelles il ne trouvera pas toujours le temps nécessaire.

Pendant la scolarité, l'enseignant est au premier rang pour voir apparaître des difficultés spécifiques à l'adolescence, sous forme de désinvestissement pouvant aller jusqu'à la rupture.

Une fois de plus, comme beaucoup de problèmes de l'adolescence, la durée de la difficulté est une notion importante : quelques jours, quelques semaines de fléchissement, ne doivent pas constituer pour l'adolescent et pour son entourage une inquiétude excessive. En revanche lorsque ce fléchissement dépasse trois mois, il faut s'interroger sur ses origines.

Cette rupture peut débiter sous forme d'absentéisme, de fugue ou de troubles du comportement à l'école qui rendent la situation de moins en moins tolérable. Il est nécessaire dans ces cas d'avoir l'avis d'un spécialiste qui pourra apprécier les différents facteurs entrant en jeu dans cette rupture.

Cela ne veut pas dire que toute rupture scolaire soit pathologique, mais quelle est sous-tendue par un trouble psychologique qui doit être pris en compte, et si nécessaire traité. Il est, en effet, toujours dommage de voir un adolescent interrompre sa scolarité pour un état dépressif, interruption qu'il regrettera ensuite, d'autant plus que cet état dépressif aurait pu faire l'objet d'un traitement approprié.

L'enseignant, déjà débordé par les tâches d'enseignement et la discipline à faire respecter dans des classes parfois trop nombreuses, ne peut pas toujours repérer à temps ces petits signes de souffrance chez un élève. Son recours le plus fréquent est de faire intervenir le proviseur en cas d'indiscipline, avec le risque de renvoi de l'établissement si la conduite a été jugée trop perturbante. Vécue comme un échec par l'adolescent, cette exclusion sans proposition de suite est aussi un échec pour l'établissement.

### **L'infirmière scolaire**

L'infirmière scolaire est le deuxième praticien consulté après le médecin généraliste : selon les enquêtes et le sexe, entre 42 et 54 % des adolescents ont vu l'infirmière scolaire au cours de l'année qui précède, et près de 10 % l'ont vue plus de 4 fois (Inserm U 169).

Selon les établissements et selon la personnalité de l'infirmière, les adolescents et même parfois leurs parents peuvent tirer un grand bénéfice de sa présence, de son écoute et parfois

de ses interventions. Pour beaucoup d'adolescents, l'infirmier est ce lieu complice où l'on peut se réfugier sous prétexte d'un mal de dent ou de ventre pour échapper à une interrogation écrite ou à un travail non fait. Avec de petits moyens, ils repartent guéris, contents d'avoir volé à l'école ces moments de plaisir, comme à la maison.

C'est ainsi que l'infirmière joue souvent ce rôle maternel qui lui permet d'établir un dialogue fructueux avec des adolescents en difficulté. On peut aborder avec elle n'importe quels problèmes, y compris les plus quotidiens, qu'un nombre croissant de parents n'ont plus le temps d'aborder. De nombreuses filles, surtout, viennent se plaindre d'étourdissements, de fatigue, de « spasmophilie », derrière lesquels se cachent des troubles du sommeil ou une alimentation irrégulière pouvant devenir plus préoccupants.

L'infirmière des adolescents est ainsi un référent à part entière. Informée d'une dégradation des relations familiales, il est fréquent qu'elle prenne contact avec les parents. Dans des états d'anxiété à répétition manifestés par certains adolescents, elle peut gérer la crise et encourager ensuite de prendre contact avec le médecin scolaire ou un psychologue. Les infirmières ont observé que les trois-quarts des crises de tétanie sont liés aux problèmes d'orientation qui ont lieu durant le premier trimestre. Ces malaises peuvent disparaître avec un simple geste affectueux.

L'infirmière est aussi au premier rang pour donner un avis sur des médicaments psychotropes utilisés par certains à l'insu de leurs parents et le plus souvent sans contrôle médical. Devant des troubles de type anorexique, par exemple, elle peut contacter le médecin scolaire et indiquer des consultations hospitalières sérieuses.

L'infirmière participe également, avec le médecin scolaire, à des réunions d'information sur la contraception, la prévention des MST. Elle peut aussi intervenir au conseil de classe lorsque des problèmes de santé familiaux méritent d'être exposés.

### **Le médecin scolaire**

Il y a environ 1 500 médecins scolaires dont les fonctions sont en pleine évolution. Ils sont conscients d'être à un poste d'observation remarquable de la santé. Ils ont à la fois un travail individuel, mais aussi collectif et sont en étroite relation avec l'assistante sociale, l'infirmière et le corps enseignant.

Lors du bilan de santé, le médecin scolaire peut avoir une fonction très importante d'orientation et de contact avec les familles s'il a repéré des signes de souffrance de l'adolescent. Il participe de plus en plus à des réunions d'information et de prévention, au cours desquelles les adolescents sont renseignés sur les structures relais qui peuvent leur être utiles. Il est le mieux placé pour toucher les jeunes qui ne vont pas chez leur médecin généraliste, notamment dans les couches les plus défavorisées de la population. Il peut en outre signaler les mauvais traitements à la justice lorsqu'il les identifie, ou favoriser l'intégration de jeunes handicapés en milieu scolaire normal.

### **L'assistante sociale scolaire**

En 1995, les assistantes sociales scolaires ont reçu 1 700 000 visites : 17% pour des difficultés scolaires, 8% pour de l'absentéisme, 26% pour des difficultés matérielles, 23% pour des

difficultés personnelles, 23% pour des difficultés familiales et 3% pour des problèmes de violence.

35% des élèves ont sollicité directement l'assistante sociale, 52% des situations de maltraitance portées à leur connaissance ont fait l'objet de signalement administratif.

L'augmentation des sollicitations est considérable : en 1995, 81 000 lycéens majeurs ont fait appel au service social, soit 150% de plus qu'en 1993.

Ces chiffres montrent à eux seuls l'importance du rôle de ces professionnels dans la détection et le signalement des facteurs de risque survenant à l'adolescence.

L'assistante sociale est parfois directement contactée par les familles, mais aussi de plus en plus souvent directement par les adolescents. Ils expriment parfois des problèmes personnels, mais le plus souvent des difficultés de contact avec certains enseignants ou des difficultés économiques de leur famille.

Elle peut ainsi être informée de problèmes graves, tels que toxicomanie débutante ou installée, mauvais traitements, alcoolisme d'un parent ou parent trop isolé ou en détresse, qui met l'adolescent en grande difficulté.

On voit ainsi l'importance du rôle de médiateur que peut jouer l'assistante sociale si elle travaille avec un réseau d'autres intervenants.

### **Le psychologue**

Le recours à un psychologue dans le milieu scolaire est pratiquement limité aux tests d'orientation. L'absence de psychologue dans le secondaire semble faire partie de cette mauvaise image de la psychiatrie qui persiste dans le grand public.

Le professeur P. Jeammet a dit : « Voir le psychiatre, ce n'est pas être fou, c'est utiliser un médiateur pour gérer la frontière entre un trouble et une maladie. »

Ce problème de frontière entre une souffrance psychique et ce qui peut devenir un trouble constitué, plus long à soigner, se présente très souvent pendant la période scolaire. Il est souvent difficile à repérer assez tôt par l'infirmière scolaire ou l'assistante sociale. Le regard d'un psychologue extérieur à l'établissement, dans des réunions régulières de synthèse et de concertation, peut être précieux. Ces contacts auraient de plus l'avantage de relier les prises en charge de situations difficiles entre l'extérieur et l'intérieur des établissements, et de faire connaître les professionnels des différentes structures.

Comme nous l'avons vu pour le médecin généraliste, pour améliorer sa compétence dans le repérage d'une trajectoire pathologique, le professionnel de santé a besoin de « se pencher au dehors » (selon le mot de Francis Oppenheim). L'expérience de ceux qui travaillent au plus bas de cette trajectoire pathologique apporte de précieuses informations à ceux qui travaillent en amont. En l'occurrence, pour bien repérer les premiers signes d'un trouble psychologique de l'adolescence, ce que nous en apprennent les psychiatres ou les fonctionnaires de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) est précieux pour tous les autres professionnels.

## Annexe 4 : Enquête nationale M. Choquet, S. Ledoux – 1994<sup>9</sup>

### - Quelques résultats -

Une enquête nationale conduite en 1993 auprès d'un échantillon de plus de 12 000 jeunes représentatif des jeunes scolarisés dans le cycle secondaire montrait :

- **absentéisme** (sécher les cours, arriver en retard, être absent une journée ou plus au cours des 12 derniers mois)

Il signe un malaise plus global.

41,7% n'ont jamais ou exceptionnellement été en retard ou absents

45,9% présentent de temps en temps une de ces conduites

9,7% souvent une de ces conduites

2,7% souvent plusieurs de ces conduites

- **dépressivité**

39,8% ont un score nul ou faible sur l'échelle de dépressivité

31,6% totalisent un score de 1 à 5,

21,3% présentent des signes dépressifs (score de 8 à 10),

7,3% ont une symptomatologie dépressive (score de 11-12).

les scores sont différents pour garçons et filles et se modifient au cours de l'adolescence.

*L'échelle de Kandel sur les affects anxio-dépressifs a été retenue. Le score est calculé en sommant les points (0-2) pour chacun des items : troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes), inquiet, nerveux, manque d'énergie, se sent déprimé, est désespéré en pensant à l'avenir. Plus les signes dépressifs sont nombreux et fréquents, plus le score est élevé. On a constitué 4 groupes à partir de la note obtenue :*

*Pas ou peu de signes dépressifs mineurs : score de 0 à 4 et de 5 à 7,*

*Signes dépressifs : score de 8 à 10,*

*Symptomatologie dépressive : score 11-12.*

- **Idées suicidaires et tentatives de suicide**

Parmi les 11-19 ans, 76,6% ne pensent jamais au suicide,

23,4% ont des idées suicidaires,

9,0% y pensent fréquemment,

6,5% ont déjà fait une tentative de suicide dont un sur quatre plusieurs,

1,3% ont été hospitalisés pour une tentative de suicide.

Idées et gestes suicidaires sont plutôt féminins.

Les jeunes des villes ou des banlieues ne sont pas plus concernés par les idées ou les passages à l'acte suicidaires que les jeunes ruraux.

19% des garçons et 27% des filles ont déjà pensé au suicide durant les 12 derniers mois et respectivement, 7% et 11% y pensent fréquemment.

Si le geste suicidaire est plus important parmi les filles (8%) que parmi les garçons (5%), le taux d'hospitalisation parmi les suicidants est légèrement supérieur pour les garçons (24%) que pour les filles (18%).

1,8% des jeunes ont déjà fait plusieurs tentatives de suicide durant leur vie.

L'écart observé entre les sexes s'installe à l'adolescence. À 11-13 ans, garçons et filles ont également des idées suicidaires et des passages à l'acte. Après cet âge, la différence entre les sexes s'accroît à cause de l'augmentation nette des idées et des passages à l'acte suicidaires des filles (entre 11-13 ans et 18 ans et plus, les idées fréquentes passent de 6% à 13% et les tentatives de suicide de 4% à 12%), alors que ces phénomènes restent plutôt stables pour les garçons.

Les jeunes qui ont fait une tentative de suicide à un moment de leur vie se caractérisent actuellement encore par des difficultés multiples. Ainsi :

ils relatent plus de plaintes somatiques que les autres : 42% des suicidants primaires et 46% des récidivistes cumulent au moins trois plaintes contre 18% parmi les non suicidants,

Ils sont plus dépressifs que les autres : 23% des suicidants primaires et 38% des récidivistes ont la note la plus élevée (11-12) sur l'échelle de dépressivité contre 6% parmi les autres

Ils consomment plus d'alcool (22% des primaires, 35% des récidivistes contre 11% des non suicidants ont une consommation régulière d'alcool), de tabac (34% des suicidants primaires, 45% des récidivistes contre 13% des non suicidants fument quotidiennement) ou de drogues illicites (15% des suicidants primaires, 32% des récidivistes contre 4% des non suicidants ont pris au moins dix fois une drogue illicite),

Ils ont plus de conduites violentes que les autres : 41% des suicidants primaires et 60% des récidivistes manifestent souvent des comportements violents contre 19% des non suicidants.

## **Contexte social, relationnel et psychologique**

### **Les facteurs de risque**

Parmi les caractéristiques socio-démographiques et scolaires des suicidants, on retrouve celles qui, habituellement, opposent les jeunes qui ont fait une tentative de suicide et les autres : le sexe (les filles sont plus concernées), l'origine ethnique (Français d'origine étrangère plus concernés), la situation matrimoniale (les jeunes issus d'une famille dissociée par divorce, séparation ou décès), l'échec scolaire (les redoublants multiples sont plus concernés).

Les facteurs relationnels ont un poids spécifique plus important : la perception négative de la famille (OR=4,1) et le sentiment de solitude (OR=3,6), le mode de vie ("les sorties", OR : 2,0) et l'insatisfaction scolaire (OR=1,5).

La prise en compte simultanée des variables socio-démographiques, scolaires et relationnelles confirme le poids prépondérant des variables "subjectives" (vécu de la vie, avec entourage proche, famille et pairs) par rapport aux variables plus "objectives" (situation scolaire et familiale).

Deux groupes extrêmes s'opposent :

- les jeunes à haut risque : ceux qui ont une perception négative de la famille et se sentent souvent seuls, parmi eux, 38% ont fait une tentative de suicide.
- les jeunes à faible risque : ceux qui ont une perception positive de la famille et ne se sentent jamais seuls, parmi eux, 2% ont fait une tentative de suicide.

### **Les indicateurs de risque**

L'acte suicidaire, violence sur soi, va de pair avec d'autres actes violents, en particulier les conduites violentes (OR=4,4), mais aussi, avec la consommation de drogue (OR= 3,3), de tabac (OR=1,9) ou d'alcool (OR=1,4) et l'absentéisme scolaire (OR=1,7).

Dépression (OR= 5,7) et prise de médicaments, surtout sans prescription (OR=2,6), s'avèrent importants.

**La prise en compte simultanée des indicateurs de conduite et de malaise** confirme le poids prépondérant de la violence (subie ou agie) et de la dépression.

Deux groupes extrêmes s'opposent :

- les jeunes violents ayant subi des violences sexuelles et/ou étant dépressifs, parmi eux, 38% ont fait une tentative de suicide.
- les jeunes qui n'ont pas de conduites violentes, n'ont pas subi de violences sexuelles et qui ne se disent pas dépressifs, parmi eux, 1% a fait une tentative de suicide.

Les jeunes suicidants se caractérisent par leur vie familiale, scolaire et personnelle et par une grande violence (violence subie, violence agie sur soi et sur les autres), associée à une dépréciation familiale, scolaire et personnelle.

Ces facteurs personnels sont très prépondérants, alors que les variables sociales n'apparaissent qu'au second plan. Toutefois, la tentative de suicide est plus fréquente parmi les filles.

### **La demande d'aide des jeunes en difficulté**

Les consultations en pratique libérale

Le nombre moyen de consultations auprès de médicaux et paramédicaux est élevé. La moyenne des consultations est de 5,9 pour ceux qui n'ont pas fait de tentative de suicide, de 8,1 pour ceux qui ont fait une tentative de suicide et de 10,1 quand le geste suicidaire a entraîné une hospitalisation.

79% des adolescents qui ont fait une tentative de suicide ont consulté un médecin généraliste (contre 75% en moyenne).

La consultation psychologique ou psychiatrique est plus fréquente pour les adolescents en difficulté. Les jeunes qui ont fait une tentative de suicide ont un taux de consultation "psy" nettement augmenté (15% si la tentative n'a pas fait l'objet d'une hospitalisation et 36%, si l'adolescent a été hospitalisé pour ce geste suicidaire).

En d'autres termes, la consultation psychologique et/ou psychiatrique apparaît particulièrement importante pour les jeunes qui ont fait une tentative de suicide surtout si le geste suicidaire a entraîné une hospitalisation (ce qui peut être considéré comme un indicateur de la gravité du passage à l'acte).

Le recours aux soins dans le cadre scolaire

La consultation dans le cadre scolaire (médecin, infirmière, assistante sociale) est, elle-aussi, affectée par les difficultés rencontrées par les adolescents.

La moyenne est de 1,3 consultations pour ceux qui n'ont pas fait de tentative de suicide, de 2,7 pour ceux qui ont fait une tentative de suicide et de 3,1 quand le geste suicidaire a entraîné une hospitalisation.

26% des jeunes qui ont été hospitalisés pour tentative de suicide ont consulté le médecin scolaire et renouvelé cette consultation plusieurs fois. 25% des jeunes qui ont fait une tentative de suicide avec hospitalisation ont eu recours à une assistante sociale, ce qui laisse penser qu'à côté d'une prise en charge médicale (psychologique ou psychiatrique en particulier) l'action sociale ne doit pas être négligée.

Si on constate qu'une très large majorité des jeunes en difficulté ont eu recours aux soins à un moment ou à un autre au cours de l'année, il demeure que 11% des suicidants n'ont consulté personne.

### **Les interlocuteurs des adolescents**

C'est surtout pour les suicidants que le dialogue avec les parents apparaît réduit voire rompu (45% parlent avec leurs parents d'un problème contre 66% parmi les non-suicidants). De plus la communication avec la famille semble encore plus détériorée pour les récidivistes (37% parlent avec leurs parents de leurs problèmes de santé). Parallèlement à cette mise à distance de la famille, ce sont les pairs qui le plus souvent deviennent des interlocuteurs des jeunes, et dans une moindre mesure, certains adultes professionnels (médecin, infirmière scolaire, enseignants...).

Enfin, si environ 10% des adolescents ne parlent pas de leurs problèmes de santé, ce pourcentage est plus important pour les jeunes qui ont fait une tentative de suicide, 17% ne se confiant à personne.