

ÉTUDE

LES TENTATIVES DE SUICIDE EXAMINÉES DANS LES SERVICES D'URGENCES EN FRANCE

Résultats d'une étude multicentrique

F. Staikowsky, N. Describes et le Groupe d'Etude sur les Tentatives de Suicide dans les Services d'Urgences (GETSSU)

La prévention du suicide est une des dix priorités de santé publique du pays. En France, l'incidence des décès par suicide est de 23,9 pour 100 000 habitants [1]. Le suicide est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans et la deuxième chez les 15-24 ans mais ce taux de décès évolue de manière inquiétante chez les 35-44 ans [2]. Quant aux tentatives de suicide, elles s'élèvent à 150 000 environ par an mais ces chiffres sont probablement sous-estimés ; on considère qu'environ 30 % des rescapés sont maintenus au domicile. Chaque médecin généraliste est confronté en moyenne à 2,6 tentatives de suicide par an dans sa clientèle et le psychiatre à 4,2 [3]. Le but de ce travail est de connaître l'incidence et le profil des tentatives de suicide examinées dans les services d'urgences.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période d'une semaine dans des services d'urgences générales de centres hospitaliers de taille variable, situés sur tout le territoire français. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire rempli au lit du patient ; les données concernaient le patient, la chronologie et les modalités du geste suicidaire, enfin le devenir du patient.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, 640 tentatives de suicide ont été colligées dans 57 services d'urgences dont 21 en CHU, situés dans 43 départements français différents, soit un taux moyen par centre de $11,2 \pm 9$ patients (extrêmes 0-51). Pour 75,4 % des centres, le nombre de patient était égal ou supérieur à 7.

Sauf pour les moins de 15 ans, la prédominance féminine était nette avec 64,5 % de femmes. L'âge moyen était de $34,8 \pm 13,6$ ans ($34,6 \pm 14$ ans pour les femmes et $35,3 \pm 13$ ans pour les hommes ; extrêmes 12-95 ans). Seuls 21 patients étaient âgés de 65 ans ou plus, la grande majorité des suicidants (77 %) ayant entre 15-44 ans (15-24 ans : 23,3 % ; 25-34 ans : 27,5 % ; 35-44 ans : 26,2 %). La situation familiale précisait que 35,5 % des patients étaient célibataires, 36,7 % mariés dont près d'un quart séparés du conjoint, 8,3 % divorcés, 3,1 % veufs et 13,6 % en concubinage. Vingt-deux patients étaient sans domicile fixe. Une activité professionnelle était rapportée pour 51,5 % des patients. Près de 45,3 % des femmes étaient inactives contre 41,4 % des hommes ; en dehors des plus de 64 ans, les tranches d'âge les plus concernées par l'inactivité étaient les 35-44 ans pour les femmes, les 25-34 ans pour les hommes, et les 55-64 ans dans les 2 sexes (Fig. 1) ; les retraités regroupaient 4,8 % des patients. Les employés, les étudiants, collégiens ou lycéens, et les fonctionnaires rassemblaient près de 78 % des professions (Tab. 1).

Un passé psychiatrique sous forme d'une tentative de suicide, d'une hospitalisation ou d'une consultation était noté chez 69 % des femmes et 62 % des hommes. Il a été impossible, dans cette enquête d'individualiser avec précision les maladies mentales. Une maladie organique était signalée chez 91 patients (14,2 %), les pathologies cardio-vasculaires et endocriniennes étant les plus citées. Une toxicomanie, une séropositivité pour le VIH ou un

Figure 1. Tentatives de suicides dans les services d'urgences. Nombre de patients et activité professionnelle par sexe et tranches d'âge.

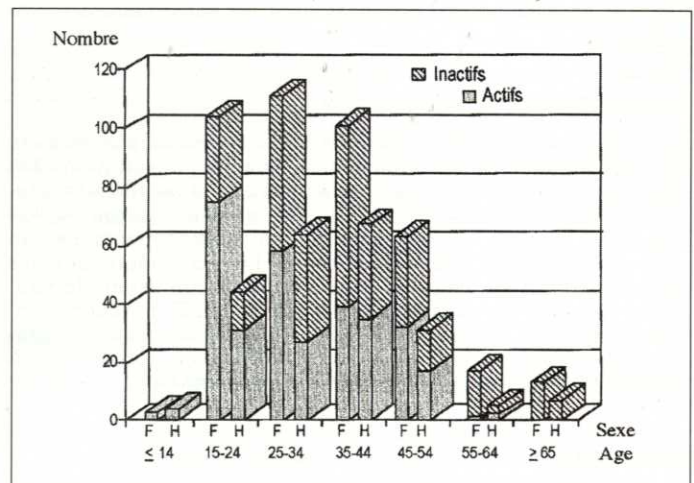


Tableau 1. Tentatives de suicides dans les services d'urgences. Profession des patients actifs.

Profession (n = 298)	pour cent
- employés	35,6
- étudiants, collégiens, lycéens	27,2
- fonctionnaires	15,1
- ouvriers	7,4
- commerçants	4,4
- artisans	2,7
- contrat emploi solidarité, centre d'aide par le travail	1,7
- cadres supérieurs	1,7
- divers	1,7
- professions libérales, chefs d'entreprise	1
- agriculteurs	0,7

alcoolisme chronique touchaient respectivement 6,7, 1,1 et 12,8 % des patients, et étaient significativement plus fréquents chez l'homme.

Un médecin ou un psychiatre avaient été consultés par 40,5 % des patients dans le mois (153 patients) ou la semaine (129 patients) précédant l'acte suicidaire. Cent quatre vingt un patients (28,3 %) étaient adressés aux urgences par un médecin. Le délai moyen entre la tentative de suicide et le passage aux urgences était de 332 ± 550 minutes (extrêmes : 15 minutes à 4 jours) ; les pics concernaient les délais entre 30 et 90 minutes (23,6 % des patients), 90 et 150 minutes (21,1 %). 150 et 210 minutes (13 %). Le nombre moyen de suicidants par jour sur l'ensemble des centres était de $91 \pm 7,5$, le samedi étant le jour de la semaine le moins concerné. Près de 70 % des patients arrivaient aux urgences entre 12 et 24 heures, les pics de passage se situant entre 20 et 24 heures.

La modalité suicidaire était le plus souvent unique (73,3 % des cas) ; quand 2 moyens différents étaient employés, il s'agissait essentiellement d'une association avec l'ingestion d'alcool

(n = 160). Pour 2 % des suicidants, 3 modalités différentes étaient utilisées. L'ingestion de médicaments était employée 580 fois (90,6 %), associée 143 fois à une prise d'alcool et/ou 27 fois à d'autres gestes suicidaires. Les autres modalités suicidaires étaient plus rares : automutilation par phlébotomie (5 %) ou à l'arme blanche (0,8 %), intoxication par drogues (1,9 %) ou alcool (1,4 %), pendaison (1,7 %), ingestion de produits ménagers (0,9 %) ou de verre de bouteille (0,16 %), inhalation de gaz (0,6 %), noyade (0,6 %), accident de la route (0,5 %), arme à feu (0,3 %), précipitation (0,16 %), électrocution (0,16 %), immolation (0,16 %).

Cent patients n'ont pas été admis après décision médicale et psychiatrique (14,1 %) ou médicale seule (1,6 %), les autres étaient hospitalisés au « porte » (28,3 %), dans des services de médecine (19,8 %), en réanimation (14,7 %), en psychiatrie (11,2 %), en chirurgie (3,3 %). Trois patients (0,5 %) décédaient aux urgences (suicides par arme à feu, pendaison, intoxication médicamenteuse).

COMMENTAIRES

Ce travail souligne le rôle joué par les services d'urgences dans l'accueil des suicidants et leur prise en charge dans les unités d'hospitalisation de courte durée ou services « porte ». A flux constant plus de 33 000 patients seraient adressés annuellement pour tentative de suicide dans ces 57 sites d'urgences, en sachant qu'en France le nombre de services d'urgences publics recensés est de l'ordre de 400, on peut supposer, en extrapolant que près de 200 000 suicidants seraient examinés dans ces structures ce qui place ces services au premier plan dans l'accueil de ces patients. Toutefois, nous ne savons pas si ces 57 services d'urgences dont 21 sont hospitalo-universitaires, répartis dans 43 départements français différents, sont un échantillon représentatif des services d'urgences français. Les sources permettant un recueil du nombre de tentatives de suicides sont variées et reflètent la diversité des réseaux de soins : services d'urgences, de réanimation, de psychiatrie, structures privées, médecins libéraux... sans oublier les patients exclus des réseaux de soins. Seul un registre national ou un réseau sentinelle permettrait une approche chiffrée du nombre de tentative de suicide.

Notre enquête ne fait que préciser un profil connu des suicidants où se mêlent la prédominance féminine, l'inactivité professionnelle, l'isolement familial et l'importance des antécédents psychiatriques en particulier de tentatives de suicide (48,4 % de nos patients). Cependant, plus d'un suicidant sur deux avait entre 25 et 44 ans, tranche d'âge particulièrement affectée par le poids professionnel et familial. Si de nombreuses actions sont entreprises pour la prévention du suicide des adolescents, l'inquiétante évolution du nombre de suicides et de tentatives de suicide chez les 35-44 ans incite à élargir ces actions vers cette population [2]. Près d'un patient sur deux avait consulté un médecin généraliste et/ou un psychiatre dans le mois précédent le geste suicidaire or il est estimé que de 40 à 70 % des patients s'étant suicidés avaient fait part de leurs idées suicidaires à un médecin avant le passage à l'acte. C'est dire l'importance de mener un programme d'amélioration de la reconnaissance des signes avant-coureurs et de prévention du suicide auprès du corps médical.

La modalité suicidaire la plus utilisée est l'absorption de médicaments, associée ou non à une ingestion d'alcool, les intoxications médicamenteuses volontaires représentent entre 4 et 8,5 % des consultations dans les services d'urgences. Leur incidence est passée de 1-1,5 pour 1 000 habitants par an avant 1970 à 3-3,5 dans les années 1980 ; à Nancy, elle s'élevait à 5 pour 1 000 habitants par an en 1992 [4]. La mortalité, dans notre série, est faible et seul un patient décédait suite à une absorption de médicaments ; la mortalité hospitalière des intoxications médicamenteuses volontaires se situe entre 1,2 et 1,4 % [5] ; elle est plus élevée en extra-hospitalier, de l'ordre de 6,4 %.

La plupart des patients ont été hospitalisés. Dans un service d'urgences parisien, 65 % des ingestions médicamenteuses n'étaient pas hospitalisées, ce qui n'est pas une pratique forcément habituelle ailleurs [4] ; cette prise en charge aux urgences est d'autant

plus facilitée que le lavage gastrique est souvent remplacé par l'administration orale de charbon activé aux contraintes de réalisation moindres pour le personnel. De plus, les durées de séjour hospitalier sont courtes, 1 jour dans 78 % des cas [5]. Quant au suivi des suicidants à leur sortie de l'hôpital, il n'existe pratiquement pas de données. Or le bien fondé de structures rompant l'isolement d'écoute et de suivi est indéniable : en Norvège, le taux de suicide a diminué de 25 % de 1988 à 1994 par la mise en place d'un réseau éducatif ; au Royaume-Uni où le taux de suicide est l'un des plus bas en Europe (7,9 pour 100 000 habitants en 1991), la baisse est régulière depuis une dizaine d'années pour des raisons comparables. Le rapport sur le suicide de M. Debout insiste sur la nécessité de lieux de « réveil psychologique », comme il existe des lits de réveil somatique, ce réveil psychologique correspondant à une période post critique de récupération. En fait sur le terrain, les réponses à l'urgence suicidaire sont souvent hétérogènes.

La prévention du suicide est actuellement l'une des priorités de santé publique. En raison de leur importance, la tranche d'âges 25-44 ans méritent une attention particulière et nécessitent une prévention primaire pour laquelle la médecine générale a un rôle fondamental. Le développement d'unités médico-psychologiques en relation directe avec les services d'urgences permettrait de répondre au but de prévention des récurrences dont on connaît le risque élevé de mortalité à court terme.

RÉFÉRENCES

- [1] Hatton F, Facy F, Letoullec A. Evolution récente de la mortalité par suicide en France. *BEH* 1996; n° 30,1-2.
- [2] Debout M. Le suicide. Rapport du Conseil Economique et Social, 1993.
- [3] Ploin M. Tentatives de suicide et suicides à Paris. In « Gros plan sur le suicide, en pratique quotidienne de ville », *La gazette médicale* (n° spécial) 1993 ; 3-10.
- [4] Lambert H, Manel J, Bellou A, El Kouch S. Morbidité et mortalité par intoxications médicamenteuses aiguës en France. *Rev Prat* 1997 ; 47 : 716-20.
- [5] Staikowsky F, Uzan D, Grillon N et al. Intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'accueil des urgences. *Presse Med* 1995 ; 24 : 1296-300.

Centres participants au Groupe d'Etude sur les Tentatives de Suicide dans les Services d'Urgences (GETSSU).

Aix en Provence (Dr Kiegel P, Dr Meppen S), Albi (Dr Vialas M), Altkirch (Dr Kieffer P), Annecy (Dr Bernard M, Dr Bissuel JP), Avignon (Dr Valon P, Dr Imperatori J), Bondy (Dr Pateron D), Bordeaux (Dr Gardere JJ), Boulogne sur Mer (Dr Bultel J), Bry sur Marne (Dr Lebrin P), Caen (Dr Lechevalier B), Chartres (Dr Sorin G), Chateauroux (Dr Dardalhon S), Clichy (Dr Bouvier AM), Colombes (Dr Brun P), Compiègne (Dr Ducastel Ph), Dijon (Pr Blettery, Dr Ebrahim L), Dreux (Dr Alibert M), Elbeuf (Dr Lemarchand P), Epinal (Dr Claudel N), Evreux (Dr Plat A, Dr Toutain M), Gap (Dr Berthet J), Grenoble (Pr Carpentier F), Gueret (Dr Denoyer M, Dr Fressard D), Laguy (Dr Rigot P), Limoges (Dr Michel-Buono M), Lomme (Dr Cabaret Ph), Longjumeau (Dr Selcer D), Macon (Dr Mangola B), Melun (Dr Cerfontaine C), Montpellier (Dr Bisset M), Montreuil (Dr Jordy C, Dr Miquel C), Nancy (Pr Lambert H, Dr El kouch S), Nantes (Dr Touzé MD), Nice (Dr Fournier JP), Orthez (Dr Mazou JM), Paris : Bichat (Dr Staikowsky F), Bouicault (Dr Brochen J), La Pitié (Dr Sembach N, Dr Davido A), Rothschild (Dr Zanker C), Saint-Antoine (Dr Hericord P), Saint-Joseph (Dr Sidaine, Dr Entrecanales), Ploërmel (Dr Ferrandiz D), Poissy (Dr Boulet N), Rennes (Dr Baert A), Roanne (Dr Cannamela A), Sablé sur Sarthe (Dr Audeguy TH), Saintes (Dr Bousquet A, Halfi H), Saint-Malo (Dr Kolb J), Soissons (Dr Lallement PY), Strasbourg (Pr Kopferschmitt J), Thonon les Bains (Dr Piot P), Toulouse (Dr Labatut A), Tourcoing (Dr Jacquier JM), Tours (Dr Lanotte R), Vendôme (Dr Ijaouane B), Vesoul (Dr Lancrenon C), Vienne (Dr François M).