

---

# État de santé des suicidés au cours des six mois précédant le geste suicidaire

Cette étude rétrospective est la première de grande ampleur réalisée en France, chez 308 sujets connus des services de médecine légale des villes de Saint-Étienne et de Lyon. Les éléments médicaux de ces sujets ont été obtenus à partir des dossiers des services de médecine légale et des dossiers du service médical de l'Assurance maladie (régime général et mutuelles associées, uniquement).

Ainsi, tous les renseignements relatifs aux soins, aux hospitalisations, aux prescriptions médicamenteuses et leur évolution dans les 6 mois précédant le geste suicidaire, mais aussi les types de médicaments prescrits, sont des données objectives et non des éléments rapportés par des témoins, aussi fiables soient-ils.

Par ailleurs, nous avons pu faire une étude comparative étayée par les tests de significativité ( $X^2$ ) avec une population témoin – affiliée elle-même à l'Assurance maladie de Lyon et Saint-Étienne – de 1 415 personnes ayant les mêmes caractéristiques que la population des personnes suicidées (sexe, âge, résidence).

## Recueil des données médicolégales et médicales

Le recueil des données médicolégales concerne les suicidés du 01/05/2003 au 31/10/2004. Ces données ont été collectées au service de médecine légale de Saint-Étienne et à l'Institut médicolégal de Lyon. Trois cent huit dossiers (212 hommes et 96 femmes) ont été analysés. Les données recueillies de manière systématique sont : l'âge, le sexe, le mode de suicide, le jour et le lieu.

En revanche, certaines données ne sont pas disponibles dans tous les dossiers et une véritable étude statistique est donc impossible. Ces données sont : l'activité professionnelle, le statut matrimonial, les antécédents de tentative de suicide, les toxicomanies et l'alcoolodépendance.

Les données médicales concernant les 6 mois précédant le suicide ont été recueillies pour les mêmes sujets, au niveau des services médicaux de l'Assurance maladie de Saint-Étienne et de Lyon. Il s'agit de consommation de

soins : les consultations chez un médecin, la délivrance de psychotropes, le bénéfice ou non d'une ALD 30 (Affection longue durée donnant droit à l'exonération du ticket modérateur) et les antécédents d'hospitalisation.

## Répartition des suicidés selon le sexe et l'âge

La mort par suicide est essentiellement masculine (environ deux hommes pour une femme), l'âge de prédilection pour les deux sexes se situant dans la tranche d'âges 30-59 ans (figures 1, 2, 3).

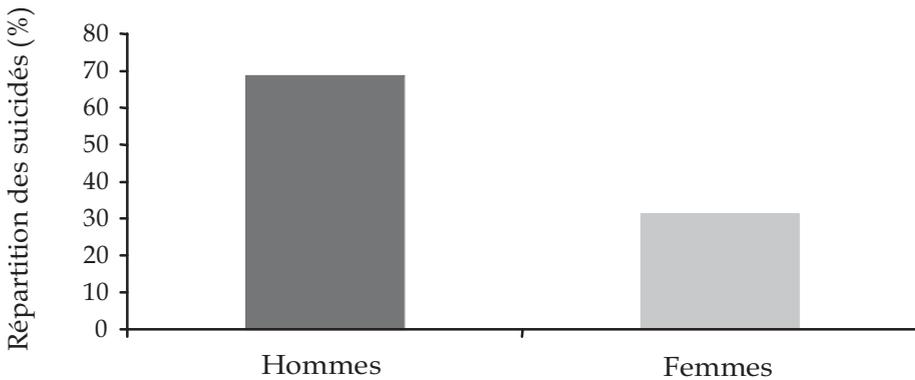


Figure 1 : Répartition des suicidés selon le sexe

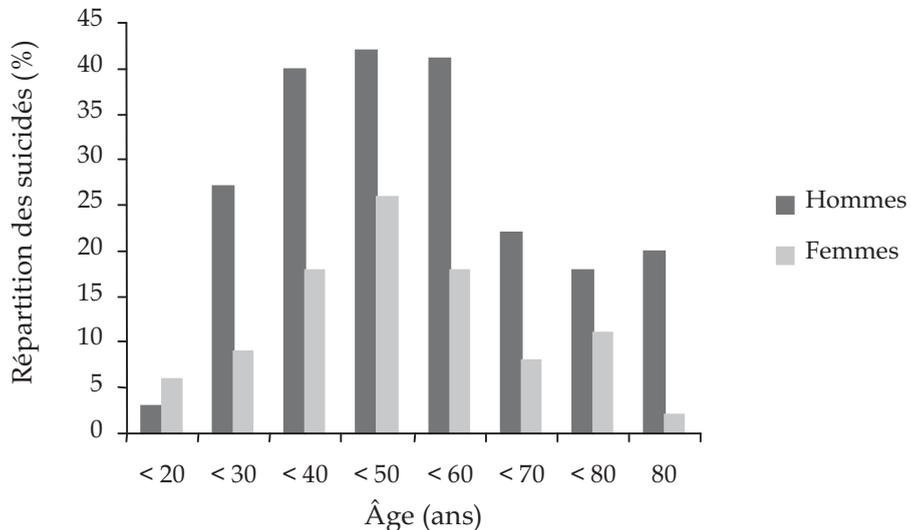
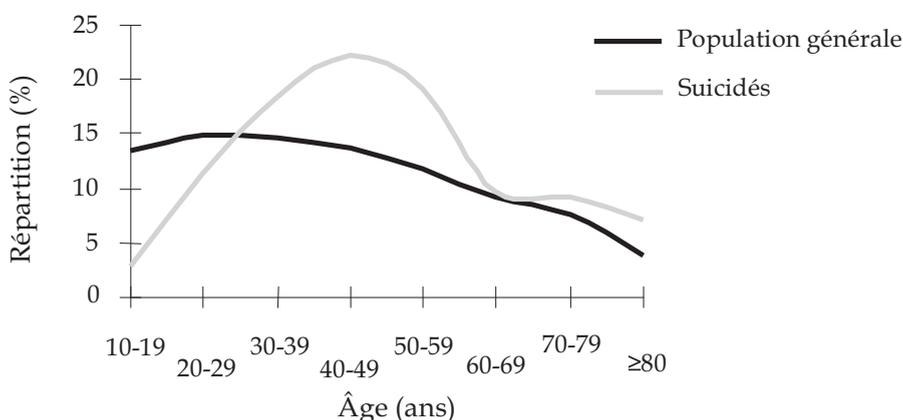


Figure 2 : Répartition des suicidés selon l'âge et le sexe



**Figure 3 : Répartition de la population des suicidés *versus* la population générale selon l'âge**

## Consommations médicales

Pour la très grande majorité de ces suicides (plus de 60 % chez les hommes et plus de 80 % chez les femmes), le geste suicidaire s'inscrit dans le cadre d'une pathologie parfois lourde (ALD 23 affection liée à une pathologie psychiatrique), en tout cas suivie médicalement et avec des symptômes psychiatriques prédominants.

## Consultations

En ce qui concerne la consommation de soins, on note par rapport aux sujets témoins une surconsommation de consultations chez le médecin généraliste et à un degré moindre chez le psychiatre, chez les hommes et chez les femmes à tous les âges de la vie.

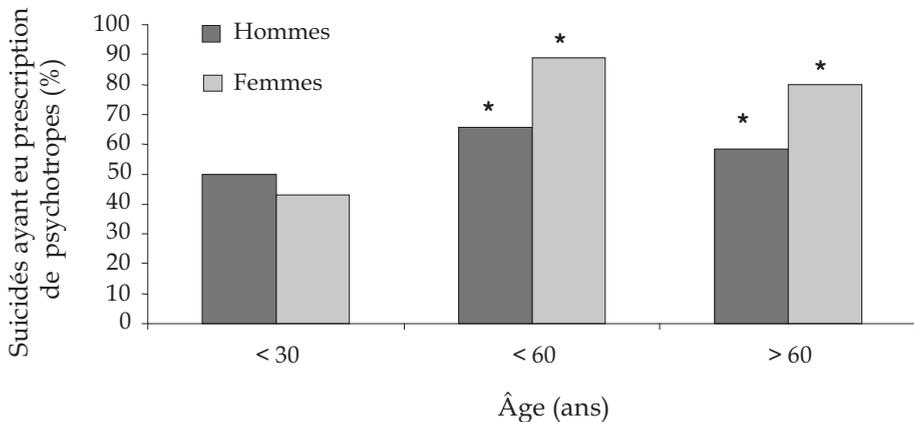
Ainsi, les suicidés ont plus consulté les médecins généralistes (67,5 % des hommes et 67,2 % des femmes) et les psychiatres (13,7 % des hommes et 28,1 % des femmes) que la population témoin (généraliste : 57,2% des hommes et 64 % des femmes ; psychiatre : 2,58 % des hommes et 3,60 % des femmes), ce qui n'est pas le cas pour la consultation des autres spécialistes. Les suicidés ayant eu recours aux antidépresseurs sont moins suivis par un psychiatre que les sujets témoins suivant le même traitement.

Environ 30 % des hommes et 16 % des femmes ne sont pas suivis médicalement dans les 6 mois précédant leur geste. Dans ce cas, la prévention passera :

- par un meilleur accès aux soins, notamment pour les hommes : on sait que ceux-ci se soignent globalement moins que les femmes et notamment lorsqu'ils présentent une psychopathologie principalement dans le versant dépressif ;
- par une meilleure connaissance de leur situation personnelle et sociale (solitude, rupture conjugale, chômage) de façon à mobiliser autour d'eux un réseau relationnel, notamment associatif pour les soutenir dans un moment de vie difficile.

## Traitements

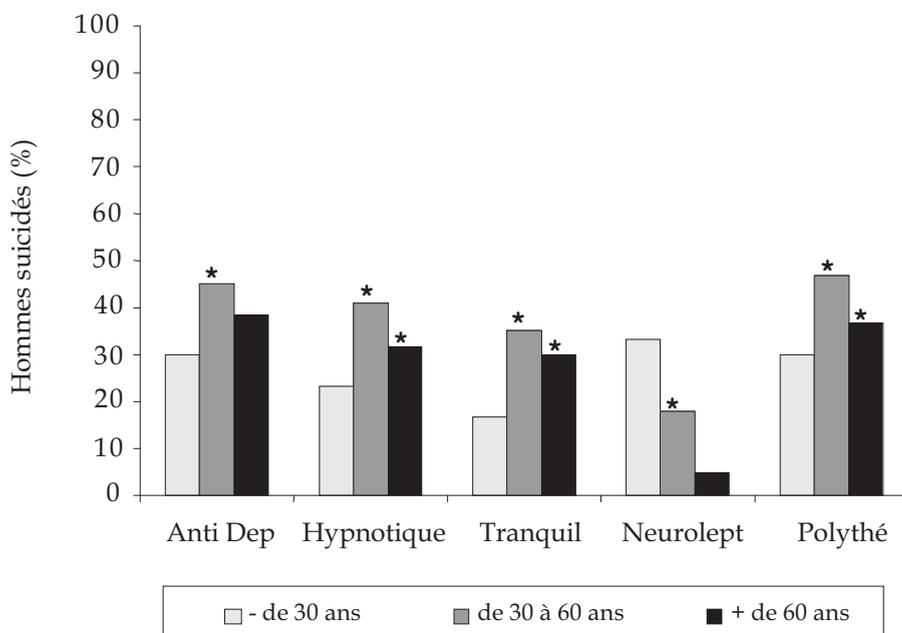
Pour les deux sexes et au-delà de 30 ans, on observe une surprescription de médicaments psychotropes (figure 4), antidépresseurs notamment, hypnotiques et tranquillisants et surtout en polythérapie. Près de 90 % des femmes suicidées (88,7 %) entre 30 et 59 ans et 80 % des plus de 60 ans avaient une prescription de psychotropes, contre 31,6 % et 38,1 % dans la population témoin ( $p < 0,005$ ). Pour les hommes, 65,6 % des suicidés entre 30 et 59 ans ainsi que 68,3 % des plus de 60 ans avaient une prescription de psychotropes contre 21,4 % et 24,5 % dans la population témoin ( $p < 0,005$ ).



**Figure 4 : Traitements psychotropes chez les suicidés**

L'étoile indique une différence significative ( $p < 0,005$ ) entre la population des suicidés et celle des témoins qui ont eu une prescription de psychotropes dans les 6 mois.

Chez les hommes de 30 à 59 ans, la différence de prescription est significative par rapport à la population témoin quel que soit le type de psychotropes, mais cette différence s'avère plus nette pour les antidépresseurs (suicidés : 45,1 % contre 4,25 % dans la population témoin) (figure 5).



**Figure 5 : Traitement psychotrope suivant l'âge chez les hommes**

Anti Dep : Antidépresseur ; Tranquil : Tranquillisant ; Neurolept : Neuroleptique ; Polythé : Polythérapie

L'étoile indique une différence significative ( $p < 0,005$ ) entre la population des suicidés et celle des témoins.

Le constat est identique chez les femmes pour lesquelles la prescription d'antidépresseurs est de 77,4 % chez les suicidés alors qu'elle est de 7,48 % dans la population témoin (figure 6).

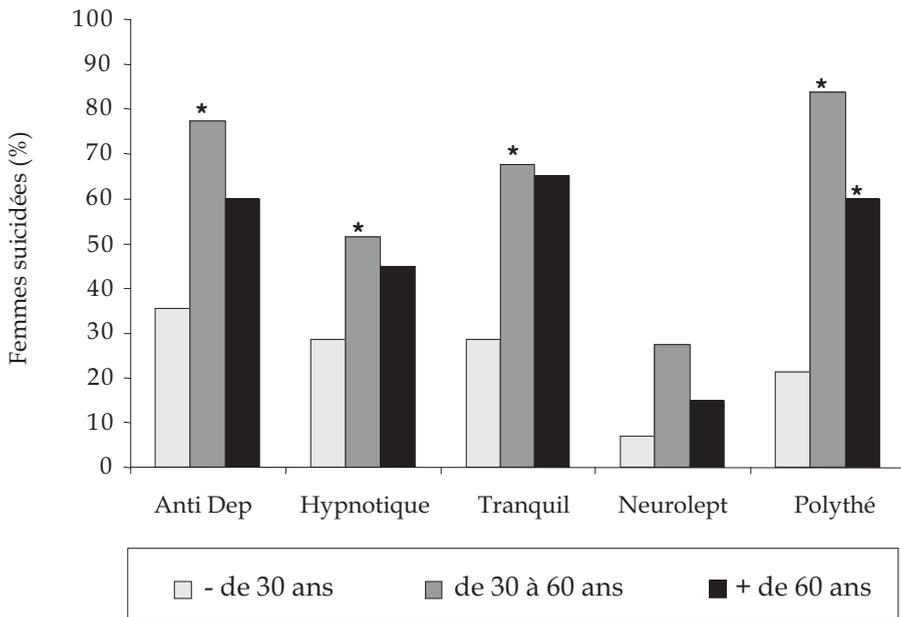
Environ 36 % des hommes et 48,5 % des femmes ont eu au cours du mois précédant le suicide une augmentation (au moins du double) des prescriptions de psychotropes (figure 7).

La mise en évidence de cette corrélation entre l'augmentation récente de la prescription de psychotropes et l'acte suicidaire est une donnée nouvelle. Cela fait évoquer une aggravation de la symptomatologie diagnostiquée par le thérapeute et donc un risque accru de passage à l'acte ; cela doit rendre vigilants tous les praticiens qui sont amenés, dans le suivi de leur patient, à augmenter de façon significative les doses de psychotropes. Le risque suicidaire est alors important et cela suppose de renouveler fréquemment les consultations, voire d'inciter le patient à se faire hospitaliser ou à consulter un spécialiste s'il ne l'a pas encore fait.

Pour l'ensemble des suicidés, on retient le recours significativement plus fréquent à une hospitalisation (générale ou psychiatrique) dans les 6 mois qui précèdent le geste mortel. Trente sept pour cent des hommes et des

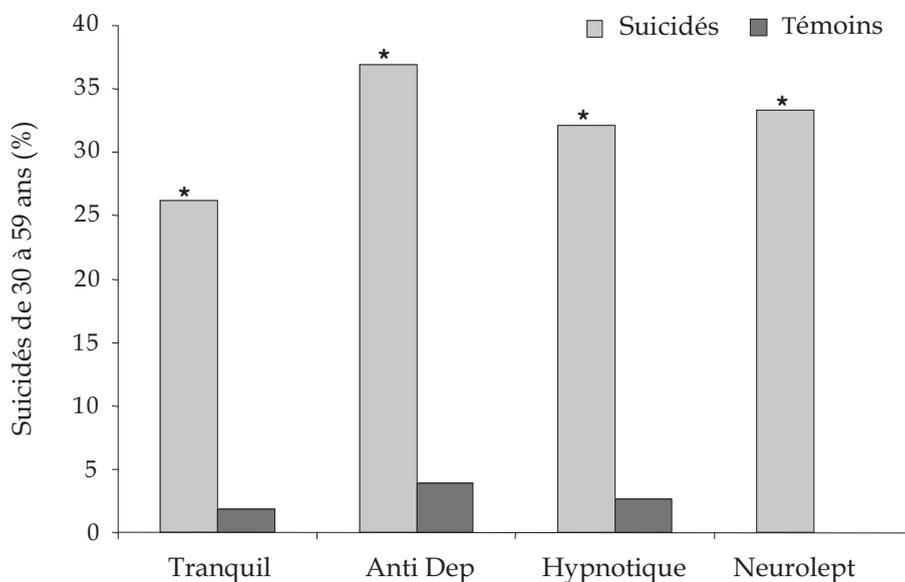
femmes suicidés de 30 à 59 ans, ainsi que 33,8 % de ces mêmes individus de plus de 60 ans ont été hospitalisés au cours des 6 mois précédant le geste fatal, contre respectivement 3,49 % et 9,80 % de la population témoin (figure 8).

Il a été trouvé une différence significative entre les suicidés bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur à la suite d'une ALD, principalement lorsque celle-ci est d'origine psychiatrique, et les autres suicidés. De la sorte, il faut retenir que la mise sous ALD d'un patient, notamment dans les tranches d'âge de 30 à 60 ans, doit s'accompagner d'un suivi spécifique pour prévenir un passage à l'acte suicidaire. Il a même été observé que certains de ces patients n'avaient eu aucune consommation de soins dans les 6 mois précédant le passage à l'acte. Il serait donc nécessaire qu'ils soient suivis plus régulièrement sur le plan médical.



**Figure 6 : Traitement psychotrope suivant l'âge chez les femmes**

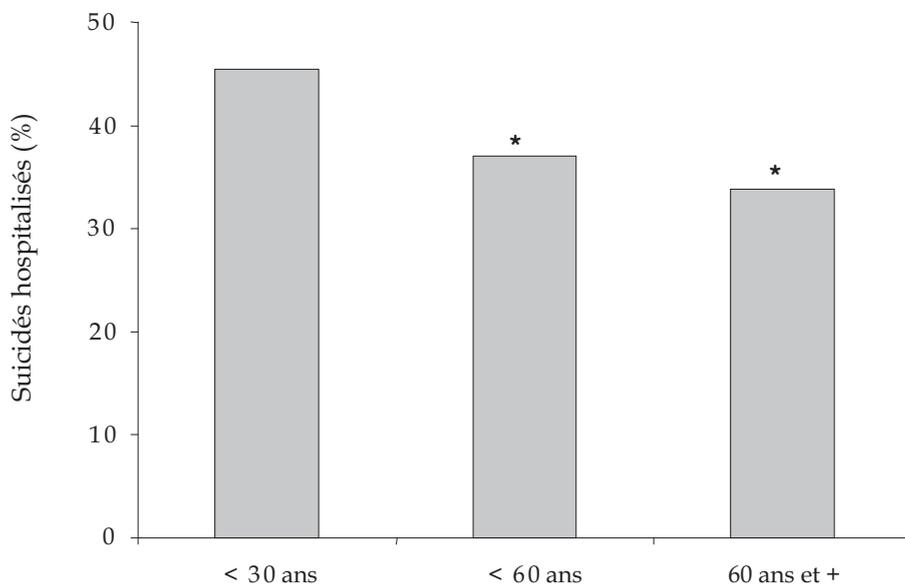
Anti Dep : Antidépresseur ; Tranquil : Tranquillisant ; Neurolept : Neuroleptique ; Polythé : Polythérapie  
L'étoile indique une différence significative ( $p < 0,005$ ) entre la population des suicidés et celle des témoins.



**Figure 7 : Augmentation des posologies de psychotropes le mois précédant le suicide chez les suicidés de 30 à 59 ans**

Tranquil : Tranquillisant ; Anti Dep : Antidépresseur ; Neurolept : Neuroleptique

L'étoile indique une différence significative ( $p < 0,005$ ) entre la population des suicidés et celle des témoins.



**Figure 8 : Hospitalisations chez les suicidés selon l'âge**

L'étoile indique une différence significative ( $p < 0,005$ ) entre la population des suicidés et celle des témoins.

De l'ensemble de ces éléments, il ressort que la mortalité suicidaire reste une complication de la psychopathologie suivie médicalement, mais pas toujours par un psychiatre. La prévention du geste passe donc par une meilleure adéquation entre les soins et l'état clinique, mais il faut considérer que dans un grand nombre de cas, le suivi médical ne suffira pas à lui seul à prévenir le passage à l'acte mortel. Les conditions d'environnement (entourage familial, entourage social) auront toute leur importance et la prévention suppose donc la mobilisation et une meilleure coordination entre l'ensemble de ces acteurs.

Les services de médecine légale constituent un lieu d'observation sans équivalent des morts violentes – dans notre cas les morts par suicide – dès lors que leur mission ne se cantonne pas à éclairer la justice mais à s'inscrire dans une démarche de santé publique. Mis en réseaux, ils pourraient valablement constituer un véritable observatoire des morts violentes en considérant que l'épidémiologie, l'anthropologie, la toxicologie... sont parties intégrantes de la démarche du médecin légiste comme cela devrait déjà être le cas puisque la qualité de légiste n'enlève rien à celle de médecin, qui doit, selon le code de déontologie « accomplir sa mission dans le double intérêt des personnes et de la santé publique ».

Enfin, l'avancement des connaissances en suicidologie gagnerait à la mise en place d'un registre national des suicidés comportant tous les éléments médico-socio-administratifs.

## **Projet d'étude prospective**

À partir des informations qui ont pu être obtenues grâce à l'étude rétrospective mais surtout pour tenir compte des éléments manquants liés à la méthodologie suivie, notamment l'absence totale d'informations concernant les éléments de vie, passés ou contemporains du décès, des personnes suicidées, leur statut toxicologique – en rapport ou non avec les éventuels traitements psychotropes prescrits – et enfin l'absence d'élément d'analyse génétique et neurologique, il serait souhaitable de réaliser une étude prospective qui se donnera les moyens de croiser plusieurs types d'informations à savoir :

- celles contenues dans le dossier médico-légal ;
- celles contenues dans le dossier de l'Assurance maladie, comme c'est déjà le cas pour la recherche précédente, mais en ajoutant des informations complémentaires ;
- une analyse « pharmaco-toxicologique » complète avec recherche dans le sang, les urines et les cheveux (lorsque cela est possible) ;
- une fiche « éléments de vie » standardisée qui sera établie à partir des informations fournies par les proches de la personne décédée lors de leur entretien avec l'équipe médico-légale ;

- une analyse biologique (génétique, neuro-anatomique) réalisée à partir des prélèvements réalisés à l'occasion de l'autopsie (sang, liquide céphalo-rachidien, cerveau...).

Cette étude sera multicentrique et devront y être associés :

- une dizaine de services de médecine légale représentatifs de la diversité française et volontaires pour participer à la recherche. Les décès par suicide seront inclus selon un protocole à préciser (tous les cas, un cas sur 2 ou sur 3 selon le nombre de cas total souhaité) ;
- les services médicaux de l'assurance maladie des mêmes localités ;
- les laboratoires de toxicologie équipés pour la recherche et le dosage de toutes les molécules médicamenteuses, et ce, dans le sang, les urines et les cheveux de façon à suivre l'état toxicologique contemporain au décès et son évolution dans les mois qui ont précédé la mort ;
- les laboratoires de biologie et de génétique compétents ;
- enfin, les épidémiologistes pour le traitement des données recueillies.

Une telle recherche permettra de croiser les éléments à la fois médicaux, biologiques, pharmaco-toxicologiques mais aussi de l'histoire de vie de façon à rechercher les différents facteurs de comorbidité liés à la mort par suicide.

*Michel Debout*<sup>13</sup>

*Service de médecine légale, CHU de Saint-Étienne*

## BIBLIOGRAPHIE

BONNE E. La santé des suicidés : à propos de 308 patients suicidés recensés dans le Service de médecine légale de Saint-Étienne et l'Institut de médecine légale de Lyon entre le 1<sup>er</sup> mai 2003 et le 31 octobre 2004. Thèse de médecine, St Étienne, 8 septembre 2005

---

13. Cette étude a été réalisée en collaboration avec E. Bonne (Service de médecine légale, Saint-Étienne), D. Malicier (Institut de médecine légale, Lyon), P. Beck (Service médical de l'Assurance Maladie, Saint-Étienne) et D. Fasquel (Service médical de l'Assurance Maladie, Lyon).