

Admission à l'hôpital pour tentative de suicide

Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman, Leila Maron, Rik Thys et Johan Vanoverloop



Analyse des facteurs de risque, du suivi médical et de la récurrence

ETUDE

Admission à l'hôpital pour tentative de suicide

Analyse des facteurs de risque, du suivi
médical et de la récurrence

Direction Études

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
1. Revue de la littérature.....	8
2. Données et méthodologie	11
3. Résultats.....	12
3.1 Admissions à l'hôpital pour tentative de suicide.....	12
3.1.1 Nombre de tentatives de suicide.....	12
3.1.2 Nombre de tentatives de suicide par âge et sexe.....	12
3.1.3 Durée du séjour hospitalier suite à la tentative de suicide.....	13
3.2 Facteurs de risque	14
3.2.1 Profil socio-économique.....	14
a) Age et sexe.....	14
b) Région de résidence.....	14
c) Statut social	15
d) Incapacité de travail.....	16
e) Chômage	18
f) Revenu d'intégration sociale	18
g) Isolement social.....	19
3.2.2 Problèmes psychiatriques.....	19
a) Antidépresseurs.....	19
b) Antipsychotiques	19
3.3 Modélisation des tentatives de suicide : impact des facteurs de risque.....	20
3.3.1 Affiliés âgés entre 18-65 ans.....	20
3.3.2 Affiliés âgés de moins de 18 ans	21
3.3.3 Affiliés âgés de plus de 65 ans	22
3.4 Suivi des personnes avant et après la tentative de suicide.....	22
3.4.1 Soins ambulatoires	22
a) Contacts avec un médecin généraliste	22
b) Contacts avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre.....	23
3.4.2 Antécédents psychiatriques	24
a) Admission dans un hôpital/service psychiatrique.....	24
b) Traitements par antidépresseurs et/ou antipsychotiques.....	24
3.4.3 Décès	25
4. Instrument d'évaluation psychosociale et prise en charge.....	26
4.1 Objectifs et principes du formulaire IPEO	26
4.2 Evaluation de l'utilisation de l'instrument IPEO	27
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	28

Table des figures

Figure 1 : Nombre d'affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide par sexe et tranche d'âge	13
Figure 2 : Pourcentage de tentatives de suicide par sexe et tranche d'âge	14
Figure 3 : Pourcentage de tentatives de suicide par région	15
Figure 4 : Pourcentage de tentatives de suicide par statut social	16
Figure 5 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit ou non en incapacité de travail primaire.....	17
Figure 6 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit ou non en invalidité..	17
Figure 7 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit ou non en invalidité..	18
Figure 8 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié bénéficie d'un revenu d'intégration sociale ou non.....	18
Figure 9 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit isolé ou non	19

Table des tableaux

Tableau 1 : Facteurs de risque et de protection au suicide	9
Tableau 2 : Différences épidémiologiques entre la problématique du suicide et des tentatives de suicide	10
Tableau 3 : Affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide entre 2011 et 2013	12
Tableau 4 : Distribution de la durée des séjours hospitaliers (hôpital général) pour tentative de suicide	13
Tableau 5 : Nombre d'affiliés ayant fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide par région .	15
Tableau 6 : Nombre d'affiliés (âgés entre 18-65) ans ayant fait une tentative de suicide avant ou après l'incapacité de travail	17
Tableau 7 : Probabilité de faire une tentative de suicide – population âgée de 18-65 ans....	21
Tableau 8 : Probabilité de faire une tentative de suicide – population âgée de moins de 18 ans	21
Tableau 9 : Probabilité de faire une tentative de suicide – population âgée de plus de 65 ans	22
Tableau 10 : Nombre d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide.....	22
Tableau 11 : Nombre d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide	23
Tableau 13 : Profil des affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre trois mois après la tentative de suicide	24
Tableau 14 : Nombre d'affiliés ayant été admis dans un hôpital psychiatrique/une unité psychiatrique trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide.....	24

Tableau 15 : Nombre d'affiliés s'étant vus délivrer des antidépresseurs trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide.....	25
Tableau 16 : Nombre d'affiliés s'étant vus délivrer des antipsychotiques trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide.....	25
Tableau 17 : Distribution de l'âge des affiliés ayant fait une tentative de suicide et selon qu'ils sont décédés ou non	25
Tableau 18 : Pourcentage d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste trois mois après la tentative de suicide selon qu'il ait été admis dans un hôpital utilisant le formulaire IPEO ou non.....	27
Tableau 19 : Pourcentage d'affiliés sous antidépresseurs trois mois après la tentative de suicide selon qu'il ait été admis dans un hôpital utilisant le formulaire IPEO ou non	27

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement pour leurs conseils avisés

Myriam Boreux, Florence Ringlet et Thomas Thirion de l'asbl « Un pass dans l'impasse »

et pour l'assistance technique

Vinciane Devrou

INTRODUCTION

Les troubles de santé mentale et la détresse psychologique ont un impact important sur la qualité de vie des individus et leur entourage. Ils engendrent de la souffrance et peuvent entraîner un isolement social, un absentéisme au travail, des comportements addictifs tels que la consommation excessive d'alcool, de tabac ou encore d'autres substances toxiques. Ce mal-être émotionnel peut être si profond qu'il peut conduire à des comportements violents, autodestructeurs ou fatals.

Le suicide accompli et les comportements suicidaires représentent un problème majeur de santé publique et leur prévention est devenue prioritaire selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹. La Belgique est un des pays européens où le taux de suicide est le plus élevé, avec environ 2.000 personnes qui mettent fin à leurs jours et plus de 35.000 qui tentent de le faire chaque année². Le taux de mortalité par suicide s'élève ainsi à 18,7 pour 100.000 habitants en Belgique contre 11,8 au niveau de l'Union européenne³. En 2012, on a dénombré 2.203 décès par suicide dont 1.108 en Flandre, 778 en Wallonie et 137 à Bruxelles⁴. Les chiffres de l'enquête de santé, réalisée en 2013, montrent que 14% de la population belge a déjà sérieusement pensé à se suicider au cours de sa vie et 4,2% a déjà tenté de le faire. Le suicide est une des premières causes de mortalité dans notre pays. Il concerne en particulier les deux extrémités de l'existence avec une proportion importante de tentatives de suicide parmi les adolescents et de suicides aboutis parmi les personnes âgées⁵. La Wallonie est particulièrement touchée par le phénomène : le taux de suicide (22,3/100.000 habitants en moyenne entre 2006 et 2010) est plus élevé que celui observé à Bruxelles et en Flandre (respectivement 16,8 et 14,2). Ces différences régionales sont aussi marquées au niveau des tentatives de suicide : près de 6% de la population francophone a déjà essayé de se suicider dans sa vie, ce qui représente presque deux fois plus que dans le nord du pays⁶.

Le suicide constitue un phénomène social complexe et ne peut s'expliquer par une seule cause. De multiples facteurs interdépendants (socio-démographiques, biologiques et génétiques, environnementaux, psychosociaux, socio-culturels...) engendrent un risque accru de suicide, dont les plus signifiants sont la pathologie mentale, les souffrances précoces ou encore les antécédents suicidaires. Il existe également des facteurs de protection diminuant ce risque, tels que la recherche de l'aide pour des problèmes mentaux. Mais cela dépend de l'accessibilité et la disponibilité de cette aide (organisation et connaissance de l'offre de soins, par exemple).

Cette problématique ne se limite pas à l'acte mortel. Le suicide est l'aboutissement d'un processus et d'un cheminement plus ou moins long vers un point de non-retour. Il renvoie aux idéations suicidaires, aux tentatives de suicides... Ce dernier aspect est d'autant plus important que la mortalité par suicide est fortement liée à un comportement « récidiviste ». Mieux connaître cet aspect de la crise suicidaire est donc indispensable pour prévenir le passage à l'acte. Pourtant, il n'existe actuellement pas de relevés statistiques officiels concernant les tentatives de suicide. En outre, la recherche sur la problématique du suicide et des tentatives de suicide est encore peu développée dans notre pays.

¹ Organisation Mondiale de la Santé – OMS (2014), « Prévention du suicide : L'état d'urgence mondiale », 89 p.

² Institut scientifique de Santé Publique (2014), « Enquête de santé 2013 - Rapport 1 : Santé et bien-être », Chapitre 6 – Santé mentale, p. 801-960.

³ Eurostat, Banque de données sur les causes de décès, <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=1>.

⁴ SPF Economie (2014), Statistiques Population – Causes de décès, Evolution des principales causes de décès selon CIM-10, par sexe, des résidents belges et étrangers, http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_-_causes_de_decès.jsp.

⁵ Centre de prévention du suicide (2012), « Le suicide : un problème majeur de santé publique », 22 p.

⁶ Institut scientifique de Santé Publique (2014), *Ibidem*.

Cette étude a donc pour objectif d'analyser les admissions à l'hôpital pour tentative de suicide (en 2011, 2012 et 2013) et de répondre aux questions suivantes :

- Quel est le profil démographique et socio-économique des personnes qui tentent de se suicider ?
- Quel est l'impact de ces différents facteurs de risque sur la probabilité de faire une tentative de suicide ?
- Quel est le trajet de soins en santé mentale trois mois avant et trois mois après la tentative de suicide (problèmes psychiques, consommation d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques, consultation d'un médecin généraliste et/ou d'un psychiatre) ?
- S'agit-il de patients « récidivistes », soit qui ont déjà tenté de se suicider au cours de la période analysée ?

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

La littérature a mis en évidence qu'il existe une série de facteurs de risque qui favorisent le passage à l'acte suicidaire et à l'inverse, des facteurs de protection pouvant contribuer à réduire ce risque. Les facteurs de stress ne représentent pas une cause unique pouvant expliquer l'acte suicidaire : c'est le cumul de plusieurs de ces facteurs qui augmente la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires. Ces déterminants peuvent aider à mieux comprendre et dépister de manière précoce des situations de détresse suicidaire.

Par exemple, il ressort que la mortalité par suicide est fortement liée à un comportement « récidiviste » : une personne ayant déjà tenté de mettre fin à ses jours a une probabilité près de 20 fois supérieure de décéder par suicide par rapport à une personne n'ayant aucun antécédent.

Une récente recherche menée en Wallonie, coordonnée par l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS)⁷, a également mis en évidence que les troubles psychologiques et/ou psychiatriques, tels que les antécédents suicidaires, constituent un facteur de risque considérable. Cette étude montre aussi que l'aide cherchée auprès de l'entourage (famille, amis, connaissances, etc.) et que le recours aux services spécialisés notamment en matière de santé mentale, sont bénéfiques pour la personne en souffrance. L'étude souligne l'importance de pouvoir exprimer son mal-être ou ses intentions.

⁷ Eliane Tillieux (2014), Discours dans le cadre de la conférence de presse consacrée à la question du suicide, 17 janvier 2014, <http://www.cresam.be/IMG/pdf/suicidecommpresse.pdf>.

Tableau 1 : Facteurs de risque et de protection au suicide

Facteurs de risque	Facteurs de protection
<p>Facteurs de risque psychosociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentative(s) de suicide antérieure(s) - Troubles de santé mentale, troubles de la personnalité et détresse psychologique - Comportements addictifs et dépendance à l'alcool ou aux substances psychoactives (nicotine, cannabis...) - Traits de personnalité, tendances impulsives, agressives et/ou violentes - Faible estime de soi, impuissance, perte d'espoir - Traumatisme, maltraitance, abus, dysfonctionnements familiaux - Certaines maladies physiques majeures 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins cliniques et/ou médicaux efficaces et accessibles pour les troubles de santé mentale, physiques et comportements addictifs ou d'abus - Connaissance de l'offre de soins et soutien dans la recherche d'aide (formelle ou informelle) pour des problèmes mentaux, soutien social - Etat d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être - Capacité à résoudre des problèmes ou des conflits de manière non violente - Relations personnelles solides, soutien familial et de la communauté - Accès réduit aux moyens de suicide - ...
<p>Facteurs de risque environnementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évènements de vie (perte d'un être cher, rupture sentimentale, perte de travail, difficultés financières, difficulté avec la loi...) - Accès à des moyens mortels - Antécédents de suicide dans la famille ou l'entourage (facteurs d'imitation ou de contagion) - Difficultés d'accès aux soins de santé et à une prise en charge adéquate - Couverture médiatique et utilisation des médias sociaux inappropriées 	
<p>Facteurs de risque socio-culturels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien et isolement social - Discrimination - Stigmatisation des personnes qui recherchent de l'aide 	
<p>Facteurs socio-démographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age - Sexe - Situation socio-économique - Niveau d'éducation - ... 	

Source : Institut scientifique de Santé Publique (2014), Centre de prévention du suicide (2012)

La littérature montre également qu'il existe des différences épidémiologiques entre les suicides aboutis et les tentatives de suicide, comme relevées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Différences épidémiologiques entre les suicides et les tentatives de suicide

	Suicides aboutis	Tentatives de suicide
Rapport entre les suicides aboutis et les tentatives de suicides	1 suicide dans la population générale 1 suicide parmi les moins de 25 ans 1 suicide parmi les 65 ans et plus	On dénombre entre 18 et 20 tentatives de suicide pour 1 suicide abouti parmi la population générale. On dénombre entre 100 et 200 tentatives de suicide pour 1 suicide abouti parmi les moins de 25 ans. On dénombre entre 2 et 3 tentatives de suicide pour 1 suicide abouti parmi les 65 ans et plus.
Age	Augmentation des taux de suicide à partir de 35 ans avec un « pic » à partir de 70 ans et plus.	Diminution du risque de tentative de suicide avec l'âge. Les tentatives de suicide s'observent surtout parmi les 25-54 ans alors qu'elles sont plus fatales chez les personnes âgées.
Sexe	Les suicides aboutis sont plus fréquent chez les hommes : les taux de suicide sont trois fois plus élevés que parmi les femmes. En 2012, le taux de suicide était de 28,8/100.000 habitants parmi les hommes et de 9,8/100.000 habitants parmi les femmes.	Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes : on dénombre 14 fois plus de tentatives de suicide que de suicides accomplis parmi les femmes (contre 2 fois plus chez les hommes). Selon l'enquête de santé 2013, 5,1% des femmes ont déjà tenté de se suicider au cours de la vie, soit une proportion supérieure à celle des hommes (3,2%).
Classe sociale	Le suicide touche toutes les classes sociales de la population.	On dénombre davantage de tentatives de suicide parmi les personnes en situation de précarité sociale ou de chômage. L'enquête de santé montre que 6,5% des personnes dont le niveau de scolarisation est faible ont tenté de se suicider au cours de la vie, soit 2 fois plus que parmi ceux ayant un niveau de scolarisation supérieur (2,9%).
Saison	Surtout les premiers mois de l'année, en particulier au printemps.	Toute l'année.
Jour de la semaine	Surtout en début de semaine.	Toute la semaine.
Antécédents	Le risque léthal augmente avec la répétition de l'acte suicidaire : 50% ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide.	Moins de 40% récidivent.

Source : Eurostat (2014), Institut scientifique de Santé Publique (2014), Organisation Mondiale de la Santé (2014), Centre de prévention du suicide (2012)

2. DONNEES ET METHODOLOGIE

Depuis le 1^{er} juillet 2006, les hôpitaux belges envoient de manière électronique via CareNet les documents 721, 723, 725 et 727 aux mutuelles. Il s'agit de documents légaux et administratifs transmis aux médecins-conseil des mutuelles concernant l'ouverture, la prolongation et la fermeture d'une hospitalisation ainsi que le changement d'un service au sein d'un hôpital. Sous la supervision de la Direction médicale, nous avons donc pu identifier les admissions à l'hôpital pour tentative de suicide, soit les prestations des services hospitaliers qui enregistrent la prise en charge médicale de la tentative de suicide. Ces informations sont la plupart du temps reprises sous forme d'un texte libre. Afin de sélectionner les admissions pour tentative de suicide, nous avons retenu à partir de ce texte libre une série de mots-clés (suicide, suicidalité, auto-intoxication médicamenteuse...) renvoyant à tout comportement suicidaire non mortel.

Les données étudiées ciblent donc une population spécifique et concernent uniquement les séjours hospitaliers pour tentative de suicide (qui ne donnent pas lieu au décès endéans les 30 jours suivant l'admission ou la sortie de l'hôpital⁸) des affiliés de Solidaris en 2011, 2012 et 2013. Aux cas que nous pouvons clairement identifier s'ajoutent probablement d'autres cas : par exemple, les personnes qui consulteraient un médecin généraliste ou passeraient par les urgences suite à la tentative de suicide, sans pour autant se faire hospitaliser. L'absence de prise en charge médicale par un hôpital ne signifie pas pour autant que la détresse psychique de la personne est moins grande ou doit moins être prise au sérieux.

Cette étude porte sur 4.174 affiliés admis au moins une fois à l'hôpital entre 2011-2013 et on dénombre 4.542 tentatives de suicide sur la période. Sur base de ces données, nous analysons :

- Le profil démographique (âge, sexe) et socio-économique (statut social, incapacité de travail et invalidité, chômage, revenu d'intégration sociale octroyé par un CPAS ou encore le fait d'être isolé) des personnes qui tentent de se suicider.
- Leur état de santé et leur trajet de soins trois mois avant et trois mois⁹ après la tentative de suicide (problèmes psychiatriques, consommation d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques, consultation d'un médecin généraliste et/ou d'un psychiatre) ?
- S'il s'agit de patients « récidivistes », soit qui ont déjà tenté de se suicider au cours de la période analysée ?

Pour répondre à ces questions et pouvoir comparer le profil des affiliés ayant tenté de se suicider aux autres affiliés, nous avons sélectionné les affiliés présents dans nos données à la date du 1^{er} juillet 2012 (soit le milieu de la période 2011-2013). Cela représente 4.063 affiliés de Solidaris Mutualité. En outre, nous analysons uniquement la première tentative de suicide. Pour les affiliés ayant tenté de mettre fin à leurs jours plusieurs fois, nous avons tenu compte de l'intervalle de temps entre les deux tentatives : les tentatives des affiliés qui ont récidivé endéans les trois mois après l'admission n'ont pas été retenues dans l'analyse des trajets de soins afin de ne pas biaiser les résultats.

Nous réalisons également plusieurs modèles logistiques pour estimer l'impact des différents facteurs de risque analysés (âge, sexe, région, statut social, incapacité de travail, chômage...) sur la probabilité de faire une tentative de suicide. Trois modèles différents sont testés. Un premier modèle a été effectué sur l'ensemble de la population affiliée âgée entre 18-65 ans, soit la population active, afin de pouvoir tester l'impact du chômage et de l'incapacité de travail. Deux autres modèles ont ensuite été estimés : un concernant les affiliés âgés de moins de 18 ans et l'autre pour les plus de 65 ans.

⁸ Notons que 92 affiliés ont été exclus car ils sont décédés endéans les 30 jours, dont 69 durant l'hospitalisation et 23 après.

⁹ Nous avons retenu une période de trois mois pour des considérations méthodologiques (notamment pour l'analyse au niveau des traitements médicamenteux) bien qu'un suivi dans les 72 heures ou du moins la première semaine soit recommandé pour une reconnaissance rapide de la souffrance de la personne suicidaire.

3. RESULTATS

3.1 Admissions à l'hôpital pour tentative de suicide

3.1.1 Nombre de tentatives de suicide

Entre 2011 et 2013, 4.174 affiliés de Solidaris Mutualité ont tenté de mettre fin à leurs jours. Parmi eux, 3.888 (93,1%) ont fait une tentative de suicide et 286 (6,8%) ont essayé plusieurs fois.

Au total, sur les trois années, nous dénombrons 4.542 tentatives de suicide n'ayant pas donné lieu au décès endéans les 30 jours suivant l'admission/la sortie de l'hôpital.

Ainsi, 0,13% de nos affiliés ont tenté de se suicider entre 2011 et 2013. Sur la seule année de 2012, on a dénombré 1.540 tentatives de suicide parmi nos affiliés. Cela représente près de 50 tentatives de suicide par 100.000 habitants en 2012.

Tableau 3 : Affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide entre 2011 et 2013

Avec 1 tentative de suicide		Avec 2 tentatives de suicide		Avec 3 tentatives de suicide ou plus		Total	
Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
3.888	93,1%	242	5,8	44	1,0	4.174	100%

Source : Solidaris Mutualité

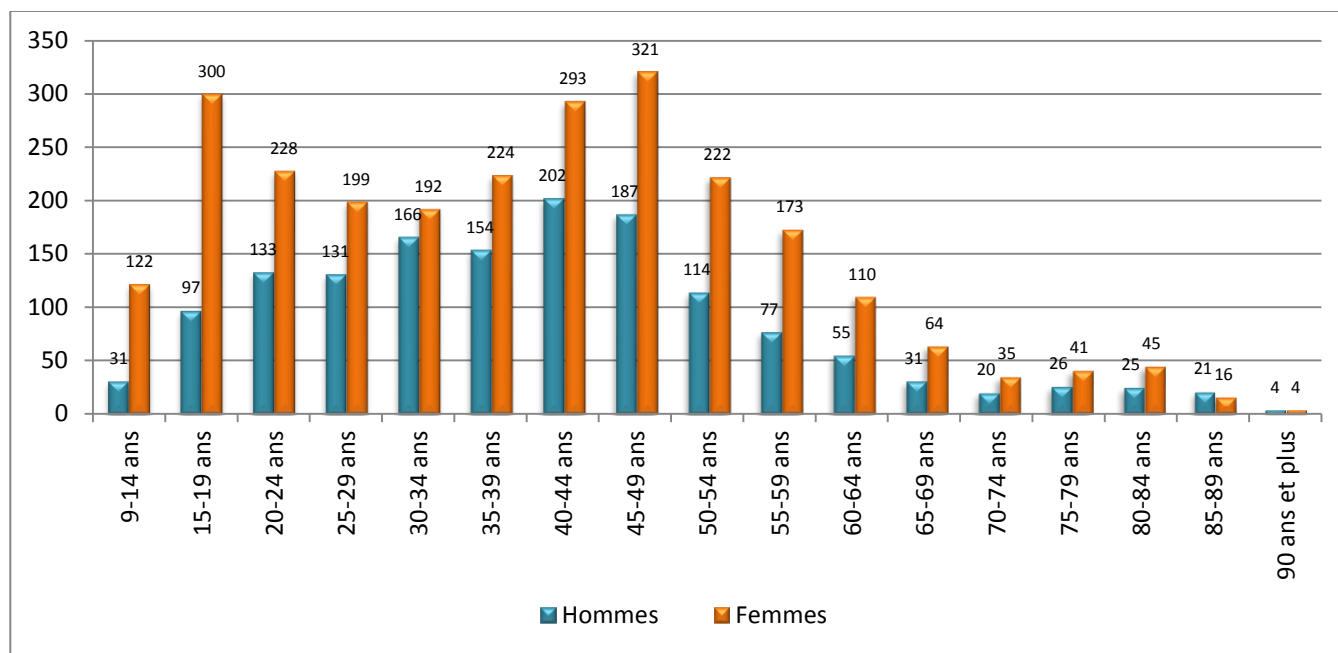
Pour la suite de l'analyse, nous tenons compte uniquement des affiliés présents sur « la photo » de juillet 2012, soit 4.063 affiliés. Parmi ceux-ci, 16 affiliés ont fait une nouvelle tentative endéans les 90 jours suivant l'admission. Nous ne les avons pas retenus dans les analyses des trajets de soins trois mois après la tentative de suicide afin de ne pas biaiser les résultats.

3.1.2 Nombre de tentatives de suicide par âge et sexe

L'âge moyen auquel les affiliés tentent de se suicider est de 40 ans. Le plus jeune est âgé de 9 ans et le plus âgé a 96 ans.

On retrouve proportionnellement plus de femmes (64%) parmi eux. En outre, on observe deux pics chez les femmes : le nombre de cas de tentative est le plus élevé pour les 15-24 ans et les 40-49 ans. Chez les hommes, le nombre de cas est le plus élevé parmi les 40-49 ans. Ces résultats sont à mettre en lien avec les suicides aboutis qui augmentent avec l'âge, les tentatives de suicide étant plus fatales parmi les personnes âgées.

Figure 1 : Nombre d'affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide par sexe et tranche d'âge



Source : Solidaris Mutualité

3.1.3 Durée du séjour hospitalier suite à la tentative de suicide

Parmi les affiliés admis à l'hôpital pour tentative de suicide, 4.017 affiliés (98,9%) ont été admis dans un hôpital général alors que les 46 autres (1,1%) ont été admis dans un hôpital psychiatrique. Lorsqu'on analyse la distribution de la durée des séjours dans les hôpitaux généraux, il ressort que la moitié d'entre eux (P50) passe 2 jours à l'hôpital suite à la tentative de suicide. Le percentile 25 (P25) correspond à une durée d'un jour et le percentile 75 (P75) à une durée de 5 jours. Certains patients, généralement plus âgés, peuvent rester hospitalisés plus longtemps.

Tableau 4 : Distribution de la durée des séjours hospitaliers (hôpital général) pour tentative de suicide

Age	Nb affiliés	Durée du séjour hospitalier					Moyenne
		Min	P25	P50	P75	Max	
Jusque 20 ans	604	1	1	2	4	50	3,5
21-40 ans	1.459	1	1	2	4	110	4,3
41-60 ans	1.501	1	1	2	5	203	5,3
60 ans et plus	453	1	2	6	15	268	12,9
Total	4.017	1	1	2	5	268	5,5

Source : Solidaris Mutualité

La majorité des patients (86%) sont admis pour tentative de suicide via le service des urgences alors que les autres (14%) arrivent principalement par le service de neuropsychiatre (N56) de l'hôpital.

3.2 Facteurs de risque

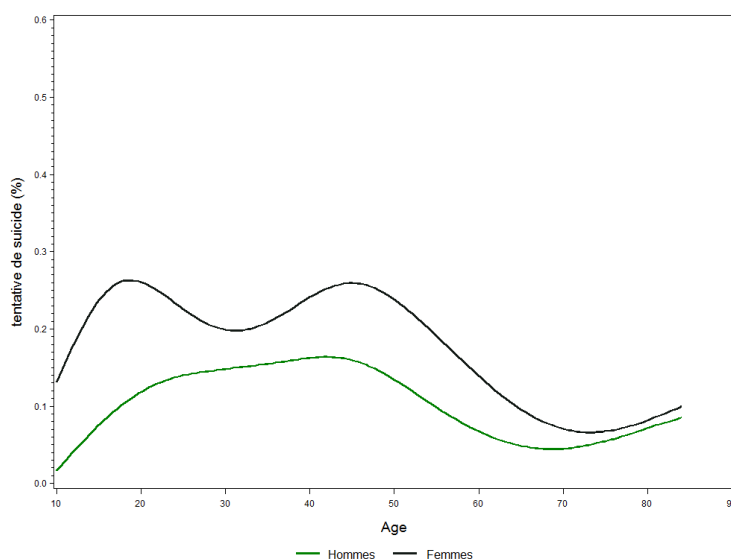
Dans un premier temps, nous analysons la relation entre le fait de passer à l'acte et le profil socio-économique de l'individu tout en tenant compte de son âge ainsi que son état de santé mentale. Ensuite, nous estimons un modèle statistique dans lequel ces différentes caractéristiques sont intégrées.

3.2.1 Profil socio-économique

a) Age et sexe

Il ressort que parmi nos affiliés, 0,16% des femmes et 0,10% des hommes ont tenté de se suicider une ou plusieurs fois entre 2011 et 2013, soit un rapport de 160/100.000 femmes et de 100/100.000 hommes. La proportion d'affiliés ayant tenté de mettre fin à leurs jours augmente de manière continue chez les hommes jusque 45 ans environ pour atteindre 0,15% et diminuer ensuite. Chez les femmes, on observe deux pics avec un pourcentage supérieur (0,25%) autour de 20 ans et de 50 ans.

Figure 2 : Pourcentage de tentatives de suicide par sexe et tranche d'âge



Source : Solidarité Mutualité

b) Région de résidence

La problématique des tentatives de suicide est plus prononcée en Wallonie où on enregistre proportionnellement plus de tentatives de suicide au sein de la population qu'en Flandre et à Bruxelles et ce quel que soit la tranche d'âge. Ainsi, 178 wallons sur 100.000 ont tenté de mettre fin à leurs jours entre 2011 et 2013. Ils sont 107 sur 100.000 flamands et 48 sur 100.000 bruxellois.

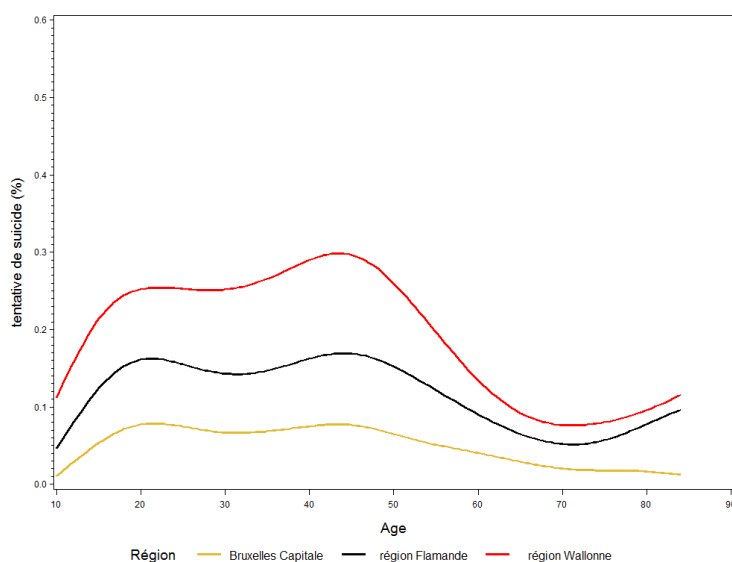
Les résultats pour Bruxelles peuvent notamment s'expliquer par sa population qui accueille un plus grand nombre de personnes issues de l'immigration. Or, le taux de suicide parmi ces derniers est plus faible en raison de différences culturelles qui jouent un rôle important tels que de solides liens familiaux, un plus grand tabou autour du suicide... Il en est de même pour une ville comme Anvers où le pourcentage de tentatives de suicide est inférieur (0,08%) à celui du reste de la Flandre (0,11%).

Tableau 5 : Nombre d'affiliés ayant fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide par région

Région	Oui	Non	par 100.000 habitants
Bruxelles	180	378.094	48
Flandre	1.501	1.400.016	107
Wallonie	2.357	1.319.610	178
Inconnu	25	54.247	46
Total	4.063	3.151.967	129

Source : Solidaris Mutualité

Figure 3 : Pourcentage de tentatives de suicide par région

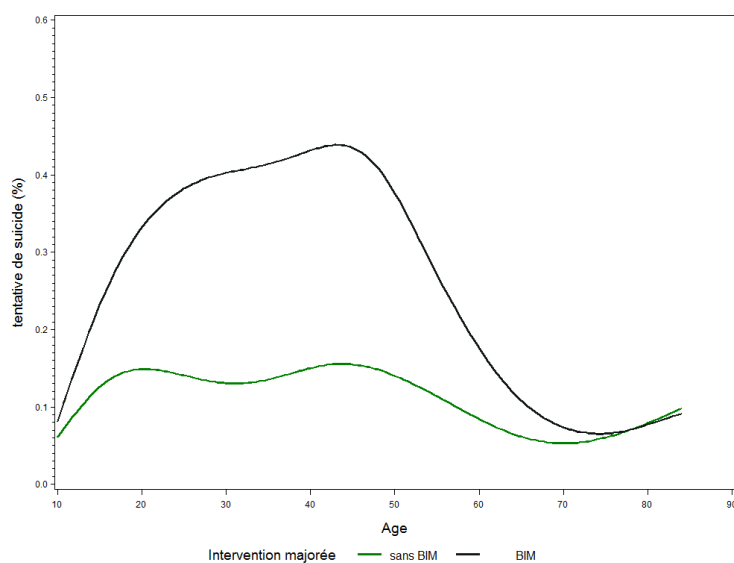


Source : Solidaris Mutualité

c) Statut social

Le pourcentage de tentatives de suicide est, en moyenne, deux fois plus élevé parmi les affiliés bénéficiant de l'intervention majorée (220 tentatives de suicide pour 100.000 affiliés) que parmi les bénéficiaires ordinaires (100 pour 100.000 affiliés).

Figure 4 : Pourcentage de tentatives de suicide par statut social



Source : Solidaris Mutualité

d) Incapacité de travail

Nous nous intéressons également à la population en incapacité de travail, soit les affiliés qui ont été indemnisés par la mutuelle au moins un jour pour une incapacité de travail¹⁰ parmi les personnes actives âgées entre 18-65 ans. Nous distinguons ici l'incapacité de travail en fonction de sa durée : moins de un an (incapacité de travail primaire) ou au moins un an (invalidité).

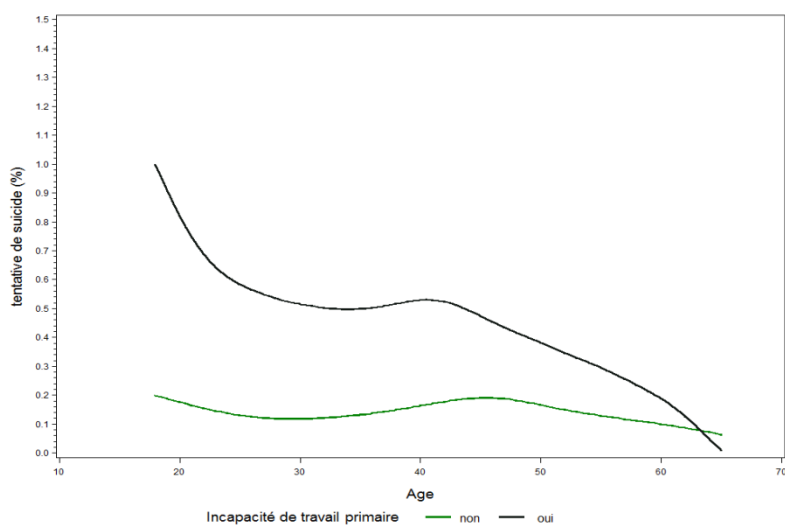
Il ressort que les affiliés en incapacité de travail depuis moins d'un an font relativement plus de tentatives de que ceux qui n'ont été indemnisés aucun jour pour une incapacité de travail primaire (470 tentatives de suicide pour 100.000 versus 140/100.000). Les tentatives de suicide sont ainsi trois fois plus élevées parmi les affiliés étant en incapacité de travail primaire que parmi les autres, l'écart étant particulièrement marqué parmi les jeunes.

Plus de 20% des personnes âgées entre 18-65 ans ayant tenté de mettre fin à leurs jours (763 affiliés) sont en incapacité de travail après leur tentative de suicide¹¹. Il faut cependant noter que la moitié d'entre eux étaient déjà en incapacité avant l'acte suicidaire.

¹⁰ Soit après la période de salaire garanti par l'employeur, qui est de 30 jours pour les employés et de 14 jours pour les ouvriers.

¹¹ Le détail des résultats est disponible en annexe.

Figure 5 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit ou non en incapacité de travail primaire



Source : Solidaris Mutualité

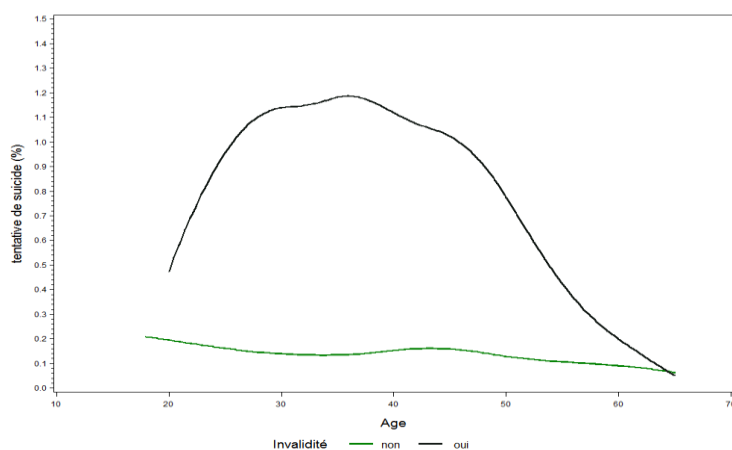
Tableau 6 : Nombre d'affiliés (âgés entre 18-65) ans ayant fait une tentative de suicide avant ou après l'incapacité de travail

	Nombre d'affiliés	% d'affiliés
En incapacité de travail avant la TS	451	13%
En incapacité de travail après la TS	763	23%

Source : Solidaris Mutualité

L'écart est encore plus marqué parmi les affiliés qui sont en invalidité : les tentatives de suicide concernent 670 affiliés sur 100.000 parmi eux contre 140 sur 100.000 affiliés parmi ceux qui ne sont pas en invalidité. En d'autres mots, les tentatives de suicide sont six fois plus élevées lorsque l'individu est en incapacité de travail depuis plus d'un an.

Figure 6 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit ou non en invalidité

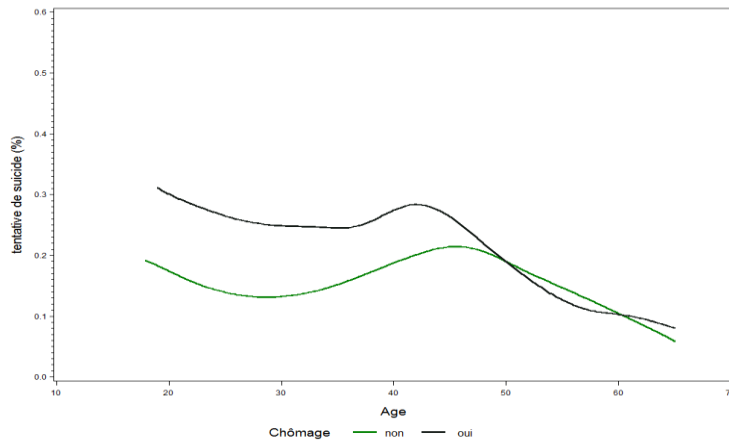


Source : Solidaris Mutualité

e) Chômage

Les affiliés ayant connu un épisode de chômage ont également un risque plus élevé de tenter de se suicider en comparaison aux autres, avec 220 tentatives de suicide pour 100.000 chômeurs contre 160/100.000 parmi les autres. On n'observe toutefois plus de différence passé les 50 ans.

Figure 7 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit ou non au chômage

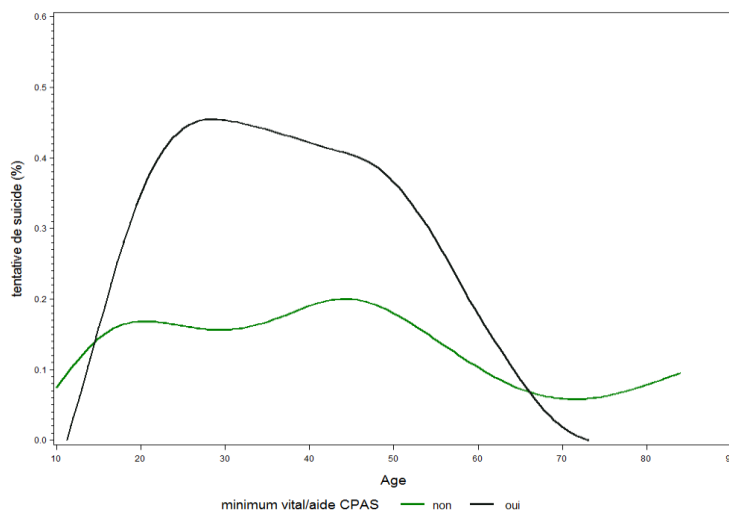


Source : Solidaris Mutualité

f) Revenu d'intégration sociale

On dénombre sensiblement plus de tentatives de suicide auprès des affiliés bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale (RIS) octroyé par le Centre Public d'Action Sociale (CPAS). Le pourcentage de tentatives de suicide est ainsi trois fois plus élevé et on dénombre 430 tentatives de suicide pour 100.000 bénéficiaires du RIS contre 120/100.000 pour les affiliés qui ne reçoivent pas d'aide sociale du CPAS.

Figure 8 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié bénéficie d'un revenu d'intégration sociale ou non

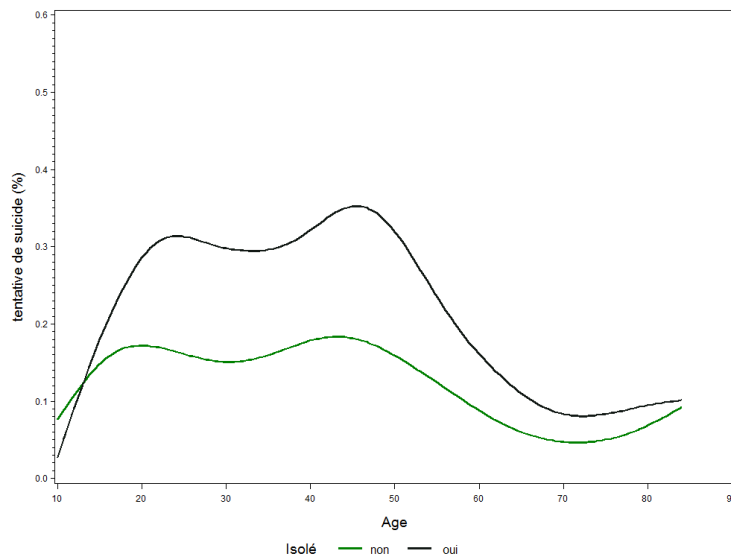


Source : Solidaris Mutualité

g) Isolement social

Les affiliés qui vivent seuls ont un risque près de deux fois plus élevé (210 tentatives de suicide pour 100.000 affiliés) de tenter de se suicider en comparaison aux autres (110 tentatives de suicide pour 100.000 affiliés).

Figure 9 : Pourcentage de tentatives de suicide selon que l'affilié soit isolé ou non



Source : Solidarité Mutualité

3.2.2 Problèmes de santé mentale

Afin d'examiner la relation entre tentative de suicide et problèmes de santé mentale, nous nous intéressons aux tentatives de suicide parmi les affiliés traités par antidépresseurs et parmi ceux traités par antipsychotiques. Nous comparons ces résultats à ceux obtenus parmi les personnes n'ayant pas consommé de tels médicaments¹².

a) Antidépresseurs

Il ressort que parmi les personnes traitées par antidépresseurs, on dénombre 720 tentatives de suicide pour 100.000 affiliés contre 80/100.000 parmi les personnes qui ne sont pas sous antidépresseurs.

b) Antipsychotiques

On dénombre 1.200 tentatives de suicide pour 100.000 parmi ceux qui ont pris des antipsychotiques contre 110/100.000 parmi les personnes qui ne consomment pas d'antipsychotiques.

¹² Pour ce faire, nous avons choisi un jour en 2012 de manière aléatoire comme date de référence et nous avons analysé la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques lors des trois mois précédant cette date.

3.3 Modélisation des tentatives de suicide : impact des facteurs de risque

Dans cette partie, nous estimons à l'aide d'un modèle logistique l'impact des facteurs de risque socio-économiques et de santé mentale sur la probabilité de faire une tentative de suicide. Pour rappel, nous distinguons trois modèles : les 18-65 ans, les moins de 18 ans et les plus de 65 ans.

3.3.1 Affiliés âgés entre 18-65 ans

Dans le modèle logistique pour les 18-65 ans (soit la population active pour tester l'impact du chômage et de l'incapacité de travail), il ressort que tous les facteurs explicatifs testés sont significatifs (la valeur neutre de 1 est en-dehors de l'intervalle de confiance). L'impact sur la probabilité de faire une tentative de suicide est plus ou moins grand, selon la variable. Il ressort que toutes les facteurs de risque testés sont significatifs, l'impact sur la probabilité de faire une tentative de suicide étant plus ou moins grand selon le facteur analysé. Un odds-ratio de 2 signifie, par exemple, que le risque de faire une tentative de suicide est deux fois supérieur par rapport à la variable de référence et ce toute autre chose restant égale par ailleurs. Ainsi, par exemple, toute autre chose restant égale par ailleurs, une personne en invalidité a deux fois plus de risque de faire une tentative de suicide qu'une personne qui n'est pas en invalidité. Lorsque nous analysons une caractéristique pouvant avoir plus de 2 valeurs (cf. région de résidence), la dernière valeur non reprise dans la régression est utilisée comme variable de référence. Par exemple, pour la région de résidence, Bruxelles est la région de référence. Pour la classe d'âge, la référence est le groupe des 61-65 ans.

Ainsi, toute chose restant égale par ailleurs, on observe assez naturellement que l'état de santé mentale, mesuré ici par la consommation d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques trois mois avant la tentative de suicide, apparaît comme le principal facteur de risque.

On observe ensuite que le risque de faire une tentative de suicide diminue régulièrement avec l'âge. Il est ainsi quatre fois plus élevé parmi les 18-25 ans comparativement au groupe de référence des plus de 60 ans. Ces résultats s'expliquent notamment parce par davantage de suicides aboutis parmi les personnes âgées.

La région de résidence reste, après correction pour les autres facteurs de risque, une variable importante. Ainsi, parmi la population de 18-65 ans, la probabilité de faire une tentative de suicide est trois fois supérieure en Wallonie et deux fois supérieure en Flandre comparativement à Bruxelles.

Par ailleurs, le fait d'être une femme augmente de 40% le risque de faire une tentative de suicide et ce quel que soit l'âge, la région de résidence et les autres critères introduits dans le modèle.

L'incapacité de travail et l'invalidité pèsent également dans le risque de faire une tentative de suicide, même si il est difficile d'interpréter ce résultat. Doit-il être interpréter comme l'effet d'un état de santé détérioré ou d'une détérioration de la situation socio-économique, ou une combinaison de ces deux effets ?

Enfin, après correction pour les autres facteurs de risques, les variables socio-économiques conservent un effet significatif sur la probabilité de faire une tentative de suicide, en particulier le fait d'être bénéficiaire d'un revenu d'intégration sociale.

Tableau 7 : Probabilité de faire une tentative de suicide – population âgée de 18-65 ans

Facteur explicatif	Odds-ratio	Intervalle de confiance (95%)	
Femme	1,40	1,30	1,50
18-25 ans	4,07	3,37	4,91
26-30 ans	3,01	2,46	3,67
31-35 ans	2,73	2,24	3,32
36-40 ans	2,64	2,18	3,21
41-45 ans	2,74	2,27	3,31
46-50 ans	2,39	1,97	2,88
51-55 ans	1,76	1,45	2,15
56-60 ans	1,28	1,04	1,58
Habitant de la Région flamande	2,37	2,01	2,79
Habitant de la Région wallonne	3,24	2,76	3,81
BIM	1,29	1,19	1,41
Incapacité de travail primaire	2,11	1,94	2,30
Invalidité	2,10	1,90	2,32
Chômage	1,30	1,19	1,41
Revenu d'intégration sociale (CPAS)	2,38	2,10	2,70
Isolé	1,47	1,35	1,60
Consommation d'antidépresseurs 3 mois avant la TS	5,24	4,82	5,70
Consommation d'antipsychotiques 3 mois avant la TS	3,43	3,10	3,79

Source : Solidaris Mutualité

3.3.2 Affiliés âgés de moins de 18 ans

Dans le modèle logistique pour les affiliés âgés entre 9 et 17 ans, certaines variables n'ont pas pu être intégrées (incapacité de travail et chômage). L'impact des variables sexe, région et statut social reste significatif. Il en est de même pour la variable relative à l'âge : le risque de faire une tentative de suicide augmente de 36% chaque année. L'effet de la consommation des antidépresseurs et des antipsychotiques est plus élevé que dans le modèle précédent : une personne de moins de 18 ans ayant consommé des antidépresseurs a 12 fois plus de probabilité de tenter de se suicider par rapport à une autre qui n'en prend pas, ce rapport étant de 6 pour les antipsychotiques.

Tableau 8 : Probabilité de faire une tentative de suicide – population âgée de moins de 18 ans

Facteur explicatif	Odds-ratio	Intervalle de confiance 95%	
Femme	3,87	3,03	4,94
Age (avoir un an de plus)	1,36	1,29	1,42
Habitant de la Région flamande	2,03	1,26	3,28
Habitant de la Région wallonne	4,01	2,54	6,35
BIM	1,52	1,23	1,87
Consommation d'antidépresseurs 3 mois avant la TS	11,96	8,14	17,56
Consommation d'antipsychotiques 3 mois avant la TS	5,70	3,65	8,92

Source : Solidaris Mutualité

3.3.3 Affiliés âgés de plus de 65 ans

Dans le modèle logistique pour les affiliés âgés de plus de 65 ans, il reste peu de variables significatives. Seuls la région de résidence, le fait d'être isolé et la consommation d'antidépresseurs et la consommation d'antipsychotiques ont un impact sur la probabilité de mettre fin à ses jours.

Tableau 9 : Probabilité de faire une tentative de suicide – population âgée de plus de 65 ans

Facteur explicatif	Odds-ratio	Intervalle de confiance 95%	
Habitant de la Région flamande	3,40	1,79	6,45
Habitant de la Région wallonne	3,99	2,10	7,56
Isolé	1,30	1,04	1,63
Consommation d'antidépresseurs 3 mois avant la TS	3,62	2,86	4,58
Consommation d'antipsychotiques 3 mois avant la TS	2,14	1,55	2,96

Source : Solidaris Mutualité

3.4 Suivi des personnes avant et après la tentative de suicide

Dans cette partie, nous analysons les trajets de soins des affiliés ayant tenté de mettre fin à leurs jours sous différents angles : consommation d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques, antécédents psychiatriques, contacts avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre.

Nous examinons la situation au cours des trois mois précédant l'admission à l'hôpital pour la tentative de suicide et au cours des trois mois suivant le passage à l'acte. Pour rappel, les affiliés qui ont récidivé endéans les trois mois après l'admission n'ont pas été retenus dans cette partie afin de ne pas biaiser les résultats. Cette analyse concerne 4.047 affiliés de Solidaris Mutualité. Le détail des résultats est disponible en annexe.

3.4.1 Soins ambulatoires

a) Contacts avec un médecin généraliste

La proportion de patients ayant au moins un contact avec un médecin généraliste ne change pas avant et après la tentative. Ils sont 66% à avoir consulté un médecin généraliste trois mois avant la tentative de suicide et 65% après leur admission à l'hôpital. On constate par ailleurs que la proportion d'hommes ayant eu un contact avec un médecin généraliste est plus faible que chez les femmes, tant avant qu'après la tentative de suicide.

Tableau 10 : Nombre d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

	Nombre d'affiliés	% d'affiliés
Avant la TS	2.681	66%
Après la TS	2.612	65%

Source : Solidaris Mutualité

En ce qui concerne les contacts avec un psychiatre : 20% des personnes ayant tenté de se suicider ont eu au moins un contact avec un psychiatre trois mois avant l'admission à l'hôpital et 31% les trois mois suivants.

b) Contacts avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre

Plus de 7 personnes sur 10 ont eu un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre après la tentative de suicide. En revanche, il ressort que 611 affiliés (15%) n'ont eu aucun contact avec un médecin généraliste, ni un psychiatre, que ce soit avant ou après la tentative.

En outre, le fait que 27% des affiliés n'ont pas eu de contacts dans les trois mois suivant l'admission à l'hôpital pour la tentative indique que le suivi de ces patients pourrait être amélioré.

Il ne faut pas perdre de vue que nos données ne nous permettent pas de savoir si le patient a été suivi ou non par un psychothérapeute.

Tableau 11 : Nombre d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

	Nombre d'affiliés	% d'affiliés
Avant la TS	2.892	71%
Après la TS	2.959	73%
Aucun contact avec un MG et/ou un psychiatre	611	15%

Source : Solidaris Mutualité

Nous avons également regardé après six mois. Il ressort que les contacts avec un médecin généraliste et avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre six mois après la tentative de suicide sont légèrement plus élevés (respectivement 76% et 83%). Il n'en reste pas moins que 370 affiliés (9%) n'ont aucun suivi que ce soit avant ou après l'acte suicidaire. Cela représente près d'un affilié sur 10 parmi ceux qui ont tenté de se suicider.

A la lumière de ces résultats, il est intéressant d'analyser le profil des personnes qui n'ont aucun suivi et le comparer à celui des personnes qui ont eu au moins un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre trois mois après la tentative de suicide. Il ressort qu'on retrouve proportionnellement plus d'affiliés âgés de plus de 30 ans (en particulier en-dessous de 40 ans) parmi ceux qui n'ont pas eu de suivi. Il s'agit également davantage d'hommes, de personnes isolées et habitant la Wallonie ou Bruxelles. On n'observe cependant pas de différences lorsqu'on regarde le fait d'avoir été au chômage, d'avoir reçu un revenu d'intégration sociale ou encore d'avoir été indemnisé pour une incapacité de travail de plus de un an.

Tableau 13 : Profil des affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre trois mois après la tentative de suicide

		Contacts avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre			
		Après la tentative			
		Non	%	Oui	%
< 30 ans	Non	624	57%	2.109	71%
	Oui	464	43%	850	29%
	Total	1.088	100%	2.959	100%
Sexe	Hommes	467	43%	997	34%
	Femmes	621	57%	1.962	66%
	Total	1.088	100%	2.959	100%
Habitants bruxellois/wallons	Non	358	33%	1.126	38%
	Oui	730	67%	1.833	62%
	Total	1.088	100%	2.959	100%
Isolés	Non	766	70%	2.172	73%
	Oui	322	30%	787	27%
	Total	1.088	100%	2.959	100%

Source : Solidaris Mutualité

3.4.2 Antécédents psychiatriques

a) Admission dans un hôpital/service psychiatrique

Parmi les personnes ayant tenté de se suicider, 6% avaient déjà été admises dans une unité ou un hôpital psychiatrique au courant des trois mois précédant la tentative et 9% sont à nouveau hospitalisées endéans les trois mois suivant la tentative. Notons également que nous ne disposons pas d'informations relatives concernant ceux qui seraient suivis par un psychothérapeute.

Tableau 14 : Nombre d'affiliés ayant été admis dans un hôpital psychiatrique/une unité psychiatrique trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

	Nombre d'affiliés	% d'affiliés
Avant la TS	225	6%
Après la TS	380	9%

Source : Solidaris Mutualité

b) Traitements par antidépresseurs et/ou antipsychotiques

Antidépresseurs

Au total, 4 personnes sur 10 ont été traitées par antidépresseurs trois mois avant la tentative, dont la plupart ont poursuivi leur traitement après la tentative. Le pourcentage de personnes traitées par

antidépresseurs passe à 47% lorsqu'on regarde la consommation durant les trois mois après la tentative de suicide.

Les antidépresseurs sont surtout pris par les affiliés âgés de 40 ans et plus et par les femmes, que ce soit avant ou après la tentative. On n'observe par ailleurs pas de différences régionales.

Tableau 15 : Nombre d'affiliés s'étant vus délivrer des antidépresseurs trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

	Nombre d'affiliés	% d'affiliés
Avant la TS	1.614	40%
Après la TS	1.895	47%
Aucun traitement par antidépresseurs	1.762	43%

Source : Solidaris Mutualité

Antipsychotiques

On constate ainsi que la proportion de personnes consommant des antipsychotiques augmente légèrement suite à la tentative de suicide : 23% des personnes consomment des antipsychotiques après l'acte suicidaire contre 19% trois mois avant. La délivrance d'antipsychotiques concerne davantage les hommes jeunes, tant avant qu'après la tentative. On observe des différences régionales : la consommation d'antipsychotiques est plus élevée à Bruxelles parmi les personnes âgées entre 30 et 50 ans avant et après la tentative de suicide.

Tableau 16 : Nombre d'affiliés s'étant vus délivrer des antipsychotiques trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

	Nombre d'affiliés	% d'affiliés
Avant la TS	762	19%
Après la TS	949	23%
Aucun traitement par antipsychotiques	2.857	71%

Source : Solidaris Mutualité

3.4.3 Décès

Fin 2014, 190 (4,7%) des affiliés étudiés sont décédés. Si on regarde l'année qui a suivi l'admission à l'hôpital, ce sont 2,1% qui décèdent et ils sont 4% à décéder endéans les deux ans. L'âge moyen parmi eux est de 60 ans contre 39 ans parmi ceux qui ne sont pas décédés.

Tableau 17 : Distribution de l'âge des affiliés ayant fait une tentative de suicide et selon qu'ils sont décédés ou non

Âge des affiliés ayant fait une tentative de suicide							
Décès	Nb affiliés	Min	P25	P50	P75	Max	Moyenne
Non	3.873	9	25	39	49	94	39
Oui	190	22	45	56	76	95	60

Source : Solidaris Mutualité

Pour des raisons méthodologiques, nous n'observons pas de différence au niveau de la mortalité des affiliés avec ou sans suivi dans les trois mois après l'hospitalisation due à la tentative de suicide. Nous ne disposons pas de données sur les raisons du décès mais étant donné que les affiliés décédés parmi ceux qui ont fait une tentative de suicide ont en moyenne 20 ans de plus que les autres affiliés, on peut penser que les causes du décès ne sont pas forcément liées à la tentative de suicide elle-même.

4. INSTRUMENT D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE ET DE PRISE EN CHARGE

4.1 Objectifs et principes du formulaire IPEO

La littérature souligne à quel point il est important d'améliorer le suivi des personnes suicidaires en leur garantissant la continuité des traitements et des services après leur tentative. A cet effet, l'instrument IPEO (Instrument voor eerste Psychosociale Evaluatie en Opvang) a été développé¹³.

Il s'agit d'un formulaire d'évaluation psychosociale et de prise en charge¹⁴ permettant à l'hôpital de mettre en place des procédures de gestion des patients admis aux urgences suite à une tentative de suicide et d'améliorer la coopération entre les services d'une part et avec le médecin traitant d'autre part. Le personnel hospitalier peut ainsi se baser sur ce formulaire pour interroger le patient suicidaire sur ses risques spécifiques et ses besoins. « *A côté de la tâche importante d'évaluer le désir suicidaire, cela aide aussi le patient à objectiver ses idées et à briser l'isolement. L'instrument le plus important pour prévenir le suicide est le contact interpersonnel. Celui-ci prenant forme à travers les questions proposées par l'IPEO* »¹⁵.

Ce formulaire contient deux volets :

- Le premier volet (IPEO 1) est réalisé par un infirmier, un psychologue ou un médecin urgentiste. Il comprend une série d'informations socio-démographiques concernant le patient (date de naissance, sexe, statut social, statut marital...) mais aussi concernant ses émotions, son traitement médicamenteux, son parcours psychiatrique antérieur, le réseau et le soutien social, l'adhésion à un suivi thérapeutique et enfin, des informations concernant la tentative de suicide (moyen utilisé, niveau de blessures corporelles, intervention d'un tiers...). Ce premier volet permet ainsi d'évaluer les besoins thérapeutiques immédiats du patient et de déterminer la période à laquelle la deuxième évaluation (IPEO 2) sera réalisée.
- Le second volet (IPEO 2) est réalisé par un psychologue ou psychiatre. Cet entretien consiste en une évaluation supplémentaire des facteurs de risque (problèmes vécus, motifs et projets suicidaires, dépendance à l'alcool ou aux drogues) et des besoins en soins du patient.

Le formulaire reprend enfin en synthèse un diagnostic du problème, les facteurs de risques et contient une partie consacrée au suivi du patient suicidaire (trajet de soins et traitement à suivre).

¹³ Cet instrument a été développé par l'Université de Gand (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van UGent) en collaboration avec l'Université d'Hasselt (Sein – Instituut voor Gedragwetenschappen van UHasselt) et le "Project Zelfmoordpreventie Vlaanderen (CGGZ), projet réalisé et soutenu par le Ministère de la Communauté flamande.

¹⁴ Voir le formulaire disponible sur <http://www.zelfmoord1813.be/sites/default/files/IPEO.pdf>.

¹⁵ Association Interrégionale de Guidance et de Santé, 2012, « Tendances suicidaires, recherche d'aide, attitudes et stigmatisation : Analyse des données de recherche et recommandations vers un plan de prévention du suicide pour la Wallonie », Chapitre 9 - Vers un plan de prévention de suicide pour la Wallonie, p. 78-138, disponible sur http://www.info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/Pages-de-AIGS_Projet_prevention_suicide-2.pdf.

4.2 Evaluation de l'utilisation de l'instrument IPEO

L'instrument IPEO est déjà utilisé dans plusieurs hôpitaux en Flandre. Ainsi, près de la moitié des hôpitaux flamands se sont engagés à recourir à ce formulation d'évaluation psychosociale et de prise en charge.

Nous avons dès lors analysé l'impact de l'utilisation de cet instrument sur le suivi des patients suicidaires en Flandre. Parmi nos affiliés flamands ayant été admis à l'hôpital entre 2011 et 2013 pour une tentative de suicide, 770 ont été admis dans un hôpital utilisant l'instrument IPEO et 743 affiliés ont été admis dans un autre hôpital.

Bien que nous n'ayons pas analysé tous les cas en détail, nous observons dans nos données que l'engagement des hôpitaux à utiliser la procédure standardisée IPEO a un impact positif. Si le suivi des patients par un médecin généraliste est élevé dans les deux groupes, il apparaît cependant significativement plus élevé pour les patients admis dans les hôpitaux recourant à ce formulaire par rapport aux autres (71% versus 64%). Ceci est particulièrement vrai pour les patients âgés entre 21-40 ans, soit un des groupes d'âge principalement concerné par la problématique des tentatives de suicide. On n'observe par contre pas de différences entre les deux groupes au niveau des contacts avec un psychiatre avant ou après l'admission à l'hôpital. Un autre constat intéressant, c'est que le groupe des 41-60 ans admis dans les hôpitaux IPEO consomment significativement moins d'antidépresseurs que les autres.

Tableau 18 : Pourcentage d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste trois mois après la tentative de suicide selon qu'il ait été admis dans un hôpital utilisant le formulaire IPEO ou non (Flandre)

	Hôpitaux IPEO	Autres hôpitaux	Différence
Jusque 20 ans	58%	55%	Non significative
21-40 ans	71%	56%	Significative
41-60 ans	73%	71%	Non significative
61 ans et plus	79%	74%	Non significative
Total	71%	64%	Significative

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 19 : Pourcentage d'affiliés sous antidépresseurs trois mois après la tentative de suicide selon qu'il ait été admis dans un hôpital utilisant le formulaire IPEO ou non (Flandre)

	Hôpitaux IPEO	Autres hôpitaux	Différence
Jusque 20 ans	15%	12%	Non significative
21-40 ans	40%	38%	Non significative
41-60 ans	46%	58%	Significative
61 ans et plus	56%	53%	Non significative
Total	44%	41%	Non significative

Source : Solidaris Mutualité

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude montre que la problématique des tentatives de suicide est vaste et importante. En trois ans, plus de 4.000 affiliés de Solidarité Mutualité ont tenté de se suicider, dont certains (6,8%) plusieurs fois.

En 2012, nous avons ainsi enregistré 1.540 tentatives de suicide parmi nos affiliés. Cela représente près de 50 tentatives de suicide par 100.000 habitants. Si on considère que nos affiliés ont un profil similaire au profil des autres personnes en Belgique et qu'on extrapole nos données au niveau national, on dénombre alors 5.310 tentatives de suicide dans notre pays en 2012. Par rapport aux 2.203 décès par suicide recensés cette année-là, cela signifierait que pour chaque suicide abouti, il y a 2,4 admissions à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide. Ces chiffres paraissent éloignés de ceux de la littérature selon laquelle on décompterait 18 à 20 tentatives pour chaque suicide abouti mais cela pourrait entre autres s'expliquer par des considérations méthodologiques différentes (cf. uniquement les tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation, enregistrement des données utilisées...). Par exemple, aux Pays-Bas, on estime que les tentatives de suicide donnent lieu à 1.500 décès, 15.000 prises en charge par les services d'urgence et 9.000 hospitalisations pour 100.000 tentatives de suicide¹⁶. Comme aux Pays-Bas, un grand nombre de personnes ayant tenté de se suicider sont prises en charge par les urgences sans être hospitalisées par la suite et d'autres ne cherchent même pas d'aide auprès de ces services.

Les résultats mis en évidence dans cette étude sont cohérents avec ceux de la littérature. Parmi les personnes ayant tenté de se suicider, on retrouve proportionnellement plus de femmes, de personnes en situation socio-économique précaire telles que celles en incapacité de travail, en invalidité, au chômage ou encore les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ou du revenu d'intégration sociale octroyé par le CPAS ainsi que les personnes isolées. On constate également que l'on retrouve davantage de patients ayant déjà des antécédents psychiques, soit des patients ayant déjà été admis dans un hôpital psychiatrique avant la tentative de suicide et/ou qui étaient traités par antidépresseurs ou antipsychotiques.

Enfin, cette étude montre que le suivi des personnes ayant été admises à l'hôpital pour une tentative de suicide peut être amélioré. En effet, 27% d'entre elles n'a eu aucun contact avec le médecin de famille ou un psychiatre endéans les trois premiers mois suivant l'hospitalisation. A cet effet, l'utilisation de l'instrument d'évaluation psychosociale et de prise en charge (IPEO) par les services d'urgence montre un impact positif sur le suivi de leurs patients par un médecin généraliste ou un psychiatre à la sortie de l'hôpital en comparaison aux patients admis dans les hôpitaux qui ne recourent pas à cette procédure standardisée.

Actions de Solidarité Mutualité :

Parce que nous souhaitons améliorer l'accessibilité financière des consultations psychologiques, mais aussi rendre plus visible le domaine parfois méconnu de la santé mentale, Solidarité Mutualité propose, via son assurance complémentaire, un avantage pour les consultations chez des psychologues agréés par la mutualité (plus d'information : www.solidaris.be > Remboursements et avantages > Remboursements > Liste des remboursements > Consultations psychologiques)

En marge d'une meilleure prise en charge financière via le remboursement des consultations psychothérapeutiques, Solidarité Mutualité œuvre par le biais de son réseau pour que l'offre disponible soit suffisante et surtout visible des personnes en souffrance psychologique. Nous proposons des consultations psychologiques au sein de nos centres de planning familial et pouvons

¹⁶ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010), « De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen », RIVM rapport 270342001/2010, p. 56.

aussi compter sur un centre de santé mentale (asbl « Ariane ») dans la région du Centre, Charleroi et Soignies (La Louvière) ainsi que sur le centre « Un pass dans l'impasse ». Depuis 2008, cette asbl wallonne constitue un service de prévention du suicide et d'accompagnement des personnes suicidaires. « Un pass dans l'impasse » accompagne également les professionnels de terrain et travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de la santé (médecins généralistes, hôpitaux, services de santé mentale, etc.). Ce centre dispose d'une place toute particulière dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale et a été désigné, en juillet 2013, comme centre de référence en santé mentale spécifique suicide en Wallonie. Il a pour mission d'optimiser les dispositifs et services de prise en charge et de soutenir les acteurs de la santé mentale.

Recommandations de Solidaris Mutualité :

Notre étude démontre que la problématique du suicide et des tentatives de suicide représente un réel enjeu de santé publique. Tout comportement suicidaire ne peut être banalisé mais doit, au contraire, être pris au sérieux et faire l'objet d'un suivi.

Solidaris Mutualité plaide dès lors pour :

1) Une stratégie globale de prévention en santé mentale en portant une attention particulière aux facteurs de risque

Il s'agit de mettre en œuvre une politique de prévention du suicide dans une approche globale et pluridimensionnelle. L'objectif est de favoriser le bien-être mental en réduisant les facteurs de risque. Parmi eux, l'état de santé mentale (burnout, dépression) augmente la probabilité de faire une tentative de suicide.

Nous proposons donc une politique de prévention axée prioritairement sur :

- La prévention du burnout par la mise en place d'actions visant à repenser l'environnement de travail (prévention primaire) pour éviter que le burnout ne survienne, une prise en charge précoce du burnout (prévention secondaire), la minimisation des conséquences du burnout et l'amélioration des conditions du retour au travail (prévention tertiaire).
- La détection de la dépression par les médecins généralistes afin de proposer au patient un traitement adapté qui peut contribuer à réduire le risque de passage à l'acte suicidaire.

Cette politique doit également mettre l'accent sur l'aspect socio-économique de la problématique. Contrairement aux suicides aboutis, il ressort que la perte d'emploi, la précarité et l'isolement social sont des facteurs aggravant et davantage à l'origine de la tentative de suicide. En outre, ces facteurs peuvent augmenter considérablement le risque lorsqu'ils se cumulent, augmentant ainsi la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires. Ces déterminants peuvent aider à mieux comprendre et dépister de manière précoce des situations de détresse suicidaire.

2) Des soins psychologiques accessibles et financièrement abordables

Pour Solidaris Mutualités, il faut également accroître la visibilité et l'accessibilité aux services et à l'offre de soins pour permettre à la personne en détresse de savoir vers qui se tourner, de pouvoir être écoutée et être prise en charge efficacement afin de diminuer le risque de passage à l'acte. Nous plaidons en particulier pour une prise en charge psychologique accessible et pour le remboursement des psychothérapies par l'assurance obligatoire afin que les montants restant à charge du patient diminuent radicalement de manière à ce que plus personne ne soit exclu de ce type d'aide pour des raisons financières. Soulignons à cet égard que l'Accord de gouvernement du 10 octobre 2014 prévoit l'élaboration d'une vision intégrale des soins de santé mentale et dans ce cadre, un éventuel financement et remboursement des soins de santé mentale (par exemple pour certains trajets de soins). Aujourd'hui, 6% des dépenses totales de santé sont consacrés aux soins de santé mentale.

Cela représente très peu en comparaison à nos pays voisins (environ 10%). Surtout lorsqu'on sait que les problèmes psychologiques engendrent un coût global estimé entre 3,5 et 4% du PIB¹⁷.

3) Un suivi adapté pour toute personne qui a tenté de se suicider

Nos données montrent que le suivi par la première ligne à la sortie de l'hôpital peut encore être insuffisant pour les personnes ayant été admises pour une tentative de suicide. Bien que nous ne disposons pas de données concernant le recours aux psychologues et aux psychothérapies non remboursées, le fait que plus d'une personne suicidaire sur quatre n'a aucun contact avec le médecin traitant ou le psychiatre pose question. Pour Solidarité Mutualité, il faut donc mettre en place un suivi de ces patients dès la sortie de l'hôpital. En effet, la recherche montre l'importance d'améliorer le suivi de ces personnes en garantissant la continuité des traitements et des services après une tentative de suicide. Nous proposons donc l'introduction généralisée d'un instrument d'évaluation psychosociale et de prise en charge comprenant une proposition de « trajet de soins », comme le formulaire standardisé IPEO (Instrument voor eerste Psychosociale Evaluatie en Opvang) par exemple. Notre étude met en évidence que l'utilisation de cet instrument a un impact positif sur le suivi des patients admis dans les hôpitaux qui y recourent.

4) Une meilleure connaissance scientifique du suicide et des tentatives de suicide

En Belgique, il n'existe actuellement pas de relevé exhaustif annuel des chiffres liés au suicide. Ainsi, les estimations des tentatives de suicide varient fortement. Par exemple, on dénombre entre 10 et 20 tentatives de suicide non abouties pour chaque tentative fatale. Cela signifie qu'en Belgique, on estime le nombre de tentatives de suicide entre 22.000 et 44.000 chaque année, ce qui représente une très grande fourchette.

Or, pour déterminer au mieux les politiques de prévention en santé mentale et que celles-ci soient efficaces, il est indispensable d'améliorer la connaissance scientifique : analyser et de surveiller les comportements suicidaires, identifier de manière précoce les groupes à risque (mais intervenir également au niveau de la population générale et au niveau individuel), évaluer les besoins et la disponibilité des ressources ainsi que les résultats de la politique menée.

Cela requiert de collecter les données (enregistrement des données d'état civil pour le suicide, des registres hospitaliers des tentatives de suicide et des enquêtes de santé publique concernant les tentatives de suicide autodéclarées) de manière continue pour constituer une base de données solide, validée et structurée.

Besoin d'aide ?

L'asbl « Un pass dans l'impasse » - Centre de prévention du suicide et d'accompagnement - Réseau Solidarité propose des consultations sur rendez-vous à Charleroi, la Louvière, Liège, Marche-en-Famenne, Namur et Wavre.

Un seul numéro en Wallonie : **081/777.150**.

A Bruxelles, contactez le Centre de prévention de suicide de Bruxelles au **02/650.08.69**.

Ressentez-vous le besoin de parler?

Contactez Télé-Accueil, un service d'aide par téléphone accessible jour et nuit, tous les jours de l'année, au numéro unique et gratuit **107**.

¹⁷ Itinera Institute (2013), « Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België », Itinera Institute Analyse, p. 21.

ANNEXES

Tableau 1 : Nombre d'affiliés ayant fait une tentative de suicide avant ou après l'incapacité de travail

		Incapacité de travail des affiliés âgés entre 18-65 ans			
		Après la tentative			
		Non	Oui	Total	
Avant la tentative	Non	2.570	341	2.911	% avant 13%
	Oui	29	422	451	
	Total	2.599	763	3.362	
		% après	23%		

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 2 : Nombre d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

		Contacts avec un médecin généraliste			
		Après la tentative			
		Non	Oui	Total	
Avant la tentative	Non	848	518	1.366	% avant 66%
	Oui	587	2.094	2.681	
	Total	1.435	2.612	4.047	
		% après	65%		

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 3 : Nombre d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

		Contacts avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre (3 mois)			
		Après la tentative			
		Non	Oui	Total	
Avant la tentative	Non	611	544	1.155	% avant 71%
	Oui	477	2.415	2.892	
	Total	1.088	2.959	4.047	
		% après	73%		

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 4 : Nombre d'affiliés ayant un contact avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre six mois avant et/ou six mois après la tentative de suicide

		Contacts avec un médecin généraliste et/ou un psychiatre (6 mois)			
		Après la tentative			
		Non	Oui	Total	
Avant la tentative	Non	370	398	768	% avant 81%
	Oui	312	2.946	3.258	
	Total	682	3.344	4.026	
		% après	83%		

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 5 : Nombre d'affiliés ayant été admis à l'hôpital pour problèmes psychiatriques trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

		Admission pour problèmes psychiatriques			
		Après la tentative			
		Non	Oui	Total	
Avant la tentative	Non	3.534	288	3.842	% avant 6%
	Oui	133	92	225	
	Total	3.667	380	4.047	
		% après	9%		

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 6 : Nombre d'affiliés s'étant vus délivrer des antidépresseurs trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

		Consommation d'antidépresseurs			
		Après la tentative			
		Non	Oui	Total	
Avant la tentative	Non	1.762	671	2.433	% avant 40%
	Oui	390	1.224	1.614	
	Total	2.152	1.895	4.047	
		% après	47%		

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 7 : Nombre d'affiliés s'étant vus délivrer des antipsychotiques trois mois avant et/ou trois mois après la tentative de suicide

		Consommation d'antipsychotiques			
		Après la tentative			
		Non	Oui	Total	
Avant la tentative	Non	2.857	428	3.285	% avant 19%
	Oui	241	521	762	
	Total	3.098	949	4.047	
		% après	23%		

Source : Solidarité Mutualité

LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ SONT
TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE www.solidaris.be



DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ

DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN

RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES

Téléphone : 02/515.03.93. – fax : 02/515.18.74. – mail : Etudes@mutsoc.be

EDITEUR RESPONSABLE :

JEAN-PASCAL LABILLE

Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles