



La prévention du suicide

et psychopathologiques. Enfin, ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit donc pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une sommation de différents facteurs de risque, mais d'un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments. Toute politique de prévention doit évidemment tenir compte de ces données (corrélation, plurifactorialité, interaction) au risque de passer à côté de son objectif [33].

- Les antécédents de tentative de suicide représentent l'élément biographique le plus « à risque » : 30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10 % décèdent par suicide dans les dix ans (1 % par an). Par ailleurs, les antécédents familiaux de décès par suicide sont également un facteur de risque.

- Le statut familial et socioprofessionnel : l'isolement affectif expose plus les veufs, célibataires, divorcés ou séparés ; les situations de désinsertion ou de

Dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience

L'expérience de Götland, en Suède, est souvent citée en exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation du corps médical.

Dans les années soixante-dix, dans l'île de Götland (56 000 habitants), située au large de Stockholm, le nombre de patients souffrant de troubles dépressifs et la prescription de médicaments anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs étaient supérieurs à la moyenne nationale. Quelques variations avaient été observées, mais leurs effets étaient restés transitoires et sans effet notable sur les taux de suicides, supérieurs à la moyenne nationale. Dans le même temps, les médecins généralistes de Götland exprimaient le sentiment qu'ils rencontraient fréquemment des syndromes dépressifs. Ils se disaient désarmés pour faire face à ce type de problèmes et mentionnaient leur souhait d'accéder à une formation sur le sujet.

L'hypothèse a été faite qu'un nombre significatif de personnes présentant un risque suicidaire restait en dehors de tout contact avec le corps médical et que répondre aux demandes des généralistes par le biais d'une formation pourrait contribuer à une amélioration de la situation.

La mise en œuvre

Un programme d'éducation des médecins généralistes (PEMG) a

été mis en place en concertation avec le Comité pour la prévention et le traitement de la dépression (CPTD), le service de psychiatrie de Götland et le secrétariat à l'éducation du comté. Le nombre de patients référés à l'hôpital par généraliste, de cas d'urgence enregistrés en psychiatrie, le nombre d'arrêts de maladie accordés en médecine générale pour troubles dépressifs, les prescriptions des généralistes en relation avec la maladie dépressive, l'hospitalisation en psychiatrie pour troubles dépressifs, ainsi que le nombre de suicides et l'intensité des contacts avec le système de santé (généralistes et/ou psychiatres) ont constitué autant d'indicateurs repérés à quatre périodes entre 1982-1983 et 1986¹.

Les « enquêtes » portaient sur la connaissance des généralistes des troubles dépressifs et de leurs pratiques. L'objectif du PEMG était d'améliorer la connaissance que les praticiens avaient de la dépression. Dans ce but, une série de cours portant sur l'étiologie et la pathogénie de la dépression, la classification des différentes formes, les traitements, les âges de la dépression, les traitements à long terme, la suicidologie, l'environnement psychosocial, les déprimés et leurs familles ont été mis en place. La formation incluait aussi des groupes de discussion à

partir de cas et la distribution de documents.

Le programme a été répété deux fois en 1983 et deux fois en 1984, pour donner à tous les généralistes l'occasion de participer (ce qui n'a pas été toujours le cas).

L'évaluation réalisée fin 1985 et portant sur les indicateurs utilisés a montré que :

- Le nombre de patients adressés à l'hôpital pour dépression a diminué. Dans le même temps, le nombre de patients hospitalisés pour dépression majeure a diminué et atteint un taux inférieur à la moyenne nationale. L'explication de W. Rutz est que les généralistes, une fois formés au traitement de la dépression (même majeure), se sont sentis plus à même de les prendre en charge à domicile.

Schéma du programme éducatif

Octobre 1982 à janvier 1983	Période contrôle I
Février 1983	Enquête 1 PEMG 1
Octobre 1983 à janvier 1984	Période contrôle II
Février 1984	Enquête 2 PEMG 2
Octobre 1984 à janvier 1985	Période contrôle III
Février 1985	Enquête 3
Octobre 1985 à janvier 1986	Période contrôle IV

1. Rutz W., Wallinder J., Eberhard G. et al. « An educational program on depressive disorders for general practitioners on Götland: background and evaluation ». *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 : 79 : 19-26.

Agnès Batt

Inserm,
faculté de
médecine, Rennes