



Dossier coordonné par
Jean-Louis Terra

Professeur de psychiatrie,
chef de service, CHS Le Vinatier, Bron,
Laboratoire de psychologie de la santé,
équipe d'accueil 3729, université Lyon 2

dossier

Depuis 2000, la France fait partie de la dizaine de pays dotés d'une stratégie nationale d'actions face au suicide pilotée par la direction générale de la Santé. Le chemin fut long pour passer d'une « catastrophe en miettes », qui touche des individus au destin tragique et leur famille, à un programme de santé publique, digne de faire l'objet d'un dossier d'adsp.

Prévenir le suicide n'est pas idée nouvelle mais c'est maintenant une action possible à grande échelle qui est reprise comme priorité dans la loi de santé publique. Les différents auteurs de ce dossier montrent les évolutions qui furent nécessaires pour passer progressivement de la connaissance scientifique du problème, la *suicidologie*, à la mise sur agenda par les responsables sanitaires afin d'obtenir un ensemble cohérent d'actions, un plan de prévention. Avoir une stratégie au service d'objectifs, faire évoluer la culture, disposer d'une technique et d'une organisation sont les quatre dimensions à prendre en compte pour déployer un projet de grande envergure. Définir un objectif ambitieux demande du courage et surtout une confiance dans l'engagement et la compétence des différents acteurs. C'est aussi fixer un point de convergence qui ne pourra être atteint que par une performance collective à décliner à tous les niveaux. Les comparaisons internationales, qui ont apporté un éclairage pour savoir comment les différents pays tentent de prévenir le suicide, ont inspiré la définition de la stratégie nationale. Il existe manifestement plusieurs chemins pour arriver à être successivement ensemble aux étapes clé de la trajectoire des personnes qui risquent, un jour, de ne plus pouvoir endurer leur vie.

Si le changement culturel constitue un axe important de tout programme de santé publique, le cas du suicide est exemplaire. Les idées reçues sur le suicide et sa prévention sont légions. La plupart du temps, elles constituent de très bonnes raisons pour en faire un phénomène énigmatique, fascinant, impulsif, imprévisible et inéluctable

La prévention du suicide

pour lequel toute entreprise est vaine. La connaissance clinique et scientifique permet de dépasser ces représentations pour montrer l'amplitude du potentiel de prévention. Savoir que les personnes veulent avant tout arrêter de souffrir, que la mort n'est pas un but mais un moyen est essentiel pour les intervenants. Mais des résistances majeures subsistent face au problème des armes à feu dont la présence au domicile augmente par 5 la probabilité de suicide. Qui s'engagera au plus haut niveau pour que les armes à feu, détenues par un foyer français sur cinq, ne tuent pas d'abord les membres de la famille ?

La conférence de consensus « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge » a marqué un tournant en servant de base à un vaste programme de formation pour améliorer la compétence des intervenants, professionnels et bénévoles, dans toutes les régions. Ceux-ci disposent maintenant d'un langage, d'un système d'évaluation ainsi que d'un plan d'intervention communs indispensables pour un travail en réseau efficace. La contribution de Monique Séguin, dans le cadre de la coopération France Québec, instaurée depuis 1998, a été décisive pour le transfert des techniques de prévention.

La stratégie nationale est venue compléter l'initiative régionale des programmes régionaux de santé. L'organisation de la prévention doit évoluer de l'expérimentation locale à la généralisation des actions dont le but est de tisser un filet de sécurité pour les personnes en détresse. C'est certainement un domaine où le plus d'efforts seront à produire pour que l'excellence devienne l'ordinaire. Diminuer le nombre de suicides demande de protéger de très nombreuses personnes pour éviter une seule tragédie. Personne n'a le monopole d'une prévention qui est par essence « interministérielle ». Susciter de nouveaux engagements pour prévenir le suicide serait le plus beau remerciement pour tous ceux qui ont réalisé ce dossier. Chacun peut trouver sa juste place dans cette mission pleine d'humanité. 🌊



Prévenir le suicide : repérer et agir

Malgré de nombreux préjugés et la crainte que suscite le suicide, il apparaît maintenant possible de le prévenir. Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et permettent d'éviter le passage à l'acte suicidaire. Cela nécessite un réexamen des idées reçues, une information de tous et la formation des professionnels.

Prévenir le suicide

Jean-Louis Terra
Professeur
de psychiatrie,
chef de service,
CHS Le Vinatier,
Bron, Laboratoire
de psychologie de
la santé, équipe
d'accueil 3729,
université Lyon 2

La conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » réalisée par la Fédération française de psychiatrie et financée par la direction générale de la Santé (DGS) a permis, outre l'introduction de la notion de crise suicidaire, une actualisation des connaissances dans le domaine de la prévention du suicide.

Cet apport impose de bien distinguer l'architecture générale de la prévention du suicide avec :

- la promotion de la santé : tout ce qui permet de façon non spécifique de répondre aux besoins des individus en termes de bien-être physique, psychique et social ;
- la prévention du suicide : toutes les actions individuelles et collectives qui agissent sur les principaux déterminants du suicide, comprenant l'identification des personnes à risque, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques susceptibles de créer une souffrance majeure, ainsi que toutes les mesures générales qui limitent l'accès aux moyens du suicide ;
- l'intervention en cas de crise suicidaire comprenant les actions appropriées à chacune des étapes de la crise : la phase d'idéation, la phase où le suicide devient une intention, et la phase de programmation de l'acte suicidaire ;
- la postvention suite à un suicide : l'ensemble des

actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré les secours, celles qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne (familles, amis, professionnels, bénévoles), et pour limiter le phénomène de contagion et d'imitation par suicide auprès des personnes vulnérables. Cette postvention peut inclure l'analyse causale des suicides afin de favoriser le retour d'expérience pour améliorer la prévention.

Pour chacune des quatre composantes, il existe un ensemble de connaissances, de compétences à transmettre aux professionnels concernés, qui eux-mêmes doivent s'inscrire dans des organisations adaptées.

Pour l'intervention de crise, les niveaux suivants peuvent être proposés :

- Intervenants de première ligne : tout professionnel ou bénévole qui travaille directement ou qui peut être en contact avec des personnes potentiellement suicidaires (par exemple : enseignants, infirmières, animateurs, policiers...); ces personnes travaillent en collaboration avec les équipes d'intervention de crise.
- Intervenants de deuxième ligne : équipe d'intervention de crise et de soutien multidisciplinaire; ces équipes travaillent dans différents milieux, hôpitaux, établissements scolaires, établissements pénitentiaires, ou interviennent dans la communauté. Ces équipes prennent en charge l'intervention de crise auprès de personnes suicidaires après l'intervention et le signalement des intervenants de première ligne.
- Troisième ligne : professionnels de psychiatrie

La formation des professionnels

Afin de favoriser la diffusion des conclusions de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, une formation de formateurs a été organisée par la direction générale de la Santé (DGS). Cette action est incluse dans la stratégie nationale d'action face au suicide qui fait l'objet chaque année d'une circulaire ministérielle.

La DGS a prévu dans un premier temps une formation de formateurs destinée à un binôme d'enseignants des équipes universitaires de psychiatrie et de psychologie de chacune des 26 régions. Ce choix a été dicté par le souci de favoriser l'introduction du contenu de la conférence dans les enseignements initiaux et continus. Elle a été étendue ensuite aux psychiatres et psychologues non universitaires et à quelques travailleurs sociaux, infirmières et enseignants de l'École nationale d'administration pénitentiaire, particulièrement investis dans la prévention du suicide.

L'objectif est de disposer de personnes ressources, légitimes et compétentes, dans les régions pour répondre aux nombreuses demandes. Les formateurs

doivent ensuite réaliser trois formations par an pendant trois ans pour les intervenants professionnels et bénévoles des différents milieux : sanitaire, social, enseignement, travail, pénitentiaire, policier... Les bénéficiaires sont aussi les écoutes des centres de téléphonie sociale qui apportent leur soutien aux personnes en détresse.

En janvier 2004, 130 formateurs ont bénéficié de l'une des six sessions de la formation mise en place depuis fin 2001. Cette formation financée par la DGS est effectuée en séminaire résidentiel. Le programme sur trois jours et demi permet d'aborder en détail les aspects pédagogiques. Toutes les régions ont débuté des formations dont le nombre exact est difficile à préciser malgré le suivi fait par la DGS.

La formation, en elle-même, associe des données théoriques et des mises en situation à l'aide d'une série de jeux de rôles sur une trame clinique préétablie. Les intervenants formés doivent être compétents pour qu'une personne en crise puisse

bénéficier, au plus tôt dans sa trajectoire de souffrance, d'une intervention adaptée qui n'est ni un soin, ni une psychothérapie. Cet intervention vise à :

- repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades ;
- conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;
- évaluer l'urgence, c'est-à-dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi?) et la dangerosité suicidaire ;
- intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.

La formation peut être délivrée dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Cette dernière permet de former rapidement une masse critique d'intervenants, qui est considérable pour notre pays puisque la Finlande a formé 100 000 personnes pour parvenir à infléchir le taux de suicides en quelques années. 

et/ou de santé mentale (essentiellement psychiatres, psychologues, infirmières) qui prennent en charge les personnes en urgence élevée qui nécessitent une intervention spécialisée, notamment en raison de l'importance de la psychopathologie qui sous-tend la crise suicidaire.

Construire une culture commune par la formation

Une telle organisation suppose que les intervenants de différents niveaux partagent une culture commune sur le suicide et sa prévention. Ils ont besoin, pour être « successivement ensemble » sur une trajectoire de souffrance afin de proposer un soutien et des soins cohérents et pertinents, de se connaître, de se comprendre et de se faire confiance réciproquement.

Les conférences de consensus ont un véritable impact sur les pratiques professionnelles dans la mesure où la diffusion des recommandations est prolongée par des actions d'implémentation. Le ministère de la Santé (DGS) a choisi de faire de la formation un axe prioritaire de la stratégie nationale d'action face au suicide, en septembre 2000. La DGS organise depuis 2001 une formation nationale (lire l'encadré ci-dessus), dont la première étape est une formation de formateurs. Ces derniers, psychiatres et psychologues, effectuent des formations auprès de professionnels et de bénévoles œuvrant dans les 26 régions françaises. Ils sont plus de 120 depuis janvier 2004.

En prenant pour sujet la crise suicidaire, cette conférence de consensus pose très directement la question de savoir s'il est vraiment possible d'empêcher quelqu'un de se suicider. Face à cette incitation à intervenir, des résistances sont exprimées tantôt sur la légitimité d'une attitude active, tantôt sur l'efficacité de l'action. Ces résistances sont fondées sur un ensemble d'idées reçues et de croyances. Les dépasser est l'étape initiale de toute action de formation.

La première partie de la formation nationale aborde ainsi la question des croyances et des mythes à propos du suicide et de sa prévention. Ces croyances peuvent influencer fondamentalement l'attitude des intervenants devant une personne en difficulté.

Dépasser les idées reçues sur le suicide*

La prévention du suicide ne peut être un domaine réservé à quelques spécialistes. Comme chaque citoyen peut avoir un jour ou l'autre à intervenir auprès d'une personne en détresse, il est essentiel que la prévention se fonde sur des représentations partagées et exactes. Parmi de très nombreuses idées reçues, les suivantes sont retrouvées presque constamment.

« Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à leur entourage avant de le faire »

Huit personnes sur dix donnent des signes précurseurs

* Cette partie reprend partiellement le texte du manuel du formateur rédigé par Monique Séguin et Jean-Louis Terra. Ce document est seulement remis aux formateurs nationaux.



La prévention du suicide

de leurs intentions ou en parlent avant de faire une tentative de suicide. Il est aussi faux de croire que « les personnes qui le disent ne le font pas » que « si elles en parlent, elles ne le feront pas ». L'intention suicidaire, ou la crise suicidaire, est un processus, alors que le passage à l'acte peut se produire de manière impulsive. De même, pour la personne qui souffre, le suicide est une façon de mettre fin à une douleur intolérable et cela, après avoir tenté de plusieurs façons, sans succès, de trouver une solution à ses problèmes. Il vaut toujours mieux prendre au sérieux les verbalisations suicidaires et vérifier si la personne souffre au point de vouloir mourir.

«Le geste suicidaire résulte bien d'un choix»

On entend souvent dire que le geste suicidaire est le choix de l'individu, que c'est lui, ou elle, qui décide de mettre fin à sa vie. Il est toujours difficile d'aborder la question du choix parce qu'elle vient heurter la notion de liberté fondamentale.

Par le biais du suicide, l'individu ne recherche pas nécessairement la mort, mais une manière de mettre fin à la souffrance qui a atteint un seuil insupportable. Pour l'individu qui croit avoir épuisé toutes ses ressources, le recours au suicide peut sembler la seule solution à une douleur devenue accablante. En fait, ce n'est pas que le suicide soit réellement la seule solution qui lui reste, mais probablement la seule que l'individu en souffrance perçoit et à laquelle il porte de plus en plus attention.

«Pour se suicider, il faut être courageux»

Interpréter le suicide en termes de lâcheté et de courage ne permet pas d'expliquer la réalité. La plupart des personnes suicidaires ne qualifient pas le suicide comme un geste de lâcheté ou de courage. Pour elles, le suicide est une manière de mettre fin à la souffrance. Il n'est donc pas question ici de sensationnalisme ou d'héroïsme.

Percevoir le geste suicidaire en termes de lâcheté et de courage n'est qu'une façon de sous-entendre que seuls les gens « lâches » ou « courageux » ont recours au suicide, et non les autres. Le fait que certaines personnes croient que le suicide est courageux peut de toute évidence influencer de façon tragique le choix des jeunes personnes vulnérables et influençables, qui vivent des difficultés majeures. Cette perspective du suicide peut donc faire croire à certains individus qu'en adhérant au suicide, ils pourront, en plus de mettre fin à leurs souffrances, trouver l'attention et l'estime tant désirées. Lorsque les médias relatent un suicide en insistant sur le caractère courageux de l'acte, il existe un risque d'imitation quand la personne décédée est admirée.

«Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire»

Beaucoup de parents ou d'éducateurs craignent de parler du suicide aux jeunes. Ils croient que le fait

d'en parler à un jeune qui n'y avait jamais pensé peut l'inciter à recourir à cette solution.

Parler du suicide, c'est avant tout ouvrir la porte à un dialogue, écouter la souffrance de l'autre et en accepter l'existence. Demander : « Souffrez-vous au point de penser à vous suicider ? » c'est reconnaître le malaise et favoriser le « Parlez-moi de ce qui ne va pas ». En discuter permet à la personne d'exprimer une idée, une émotion qui l'habite et de dissiper graduellement l'angoisse. C'est de cette manière que l'individu pourra sentir que la douleur est plus supportable et ainsi envisager des recours autres que le suicide.

Dans le même sens, il est souvent plus profitable, à long terme, de ne pas cacher aux enfants et aux adolescents la cause réelle de la mort, même quand il s'agit d'un suicide. Il est possible que les jeunes apprennent d'une façon insoupçonnée la vraie nature de la mort de cette personne chère. Cette découverte, si les parents cherchent à cacher la vérité, ne fera qu'envenimer la situation et qu'accentuer la déception ainsi que le manque de confiance à un moment où le jeune vit déjà suffisamment de pertes. Il faut donc être ouvert et en mesure d'apporter les faits au sujet de cette perte, afin que les jeunes endeuillés puissent vivre leur deuil adéquatement.

«Les personnes qui menacent de se suicider ne le font pour attirer l'attention»

« Il fait cela pour nous manipuler ! » Souvent, on peut penser ou croire que les personnes suicidaires ne sont que manipulatrices. La réalité affective et émotionnelle du geste suicidaire est plus complexe. Les personnes essayent avant tout de diminuer leur tension.

En cas de troubles de la personnalité, elles peuvent chercher à obtenir des solutions de la part de leur entourage ou des intervenants, quitte à utiliser la perspective de leur suicide pour avoir plus d'influence. Dans ces situations, une consultation spécialisée doit être envisagée. Ces personnes ont un taux de suicides plus élevé. Une diminution du « chantage au suicide » marque souvent la période qui précède le suicide.

«Le suicide est impulsif»

Les personnalités avec un trait d'impulsivité font partie des facteurs de risque de suicide. Le caractère impulsif tient au délai parfois court entre le dernier événement et le suicide. L'examen attentif de la trajectoire de souffrance montre habituellement que cet événement est le dernier d'une longue suite. Un événement de faible importance peut devenir insurmontable à une personne en crise. La disproportion entre l'événement et le décès favorise l'hypothèse de l'impulsivité. Se donner la mort représente une décision ultime qui, en général, mobilise au maximum les possibilités de réflexion.

Deux autres éléments ralentissent le processus :

- d'une part, la recherche d'un moyen qui apporte la mort à coup sûr, entraînant le minimum de souffrances ;

- et, d'autre part, le processus de « clôture » de sa vie en disant adieu aux être chers (visites, coups de téléphone, lettres...) et en mettant en ordre divers éléments (dons d'objets, testament, rangements...).

«Le suicide est agressif»

La découverte du corps de la personne décédée est toujours un traumatisme. Quand ce sont les proches, voire les enfants, il n'est pas possible de penser à l'effroi provoqué par la scène. La lecture des lettres laissées par les personnes décédées apporte, en général, une tout autre perception. Ces lettres insistent sur leur souffrance, le sentiment d'avoir tout essayé et de ne jamais arriver à trouver des solutions. Ces lettres sont souvent protectrices à l'égard de ceux qui restent et les mots de remerciements sont fréquents.

Ces considérations sont importantes pour ne pas transformer le suicide en un trouble psychopathologique en soi qui aurait sa propre autonomie et qui serait prédéterminé.

Les idées reçues portent aussi sur les moyens de prévention. Celles-ci sont issues de celles qui portent sur le suicide, elles méritent pour certaines d'être citées.

Quelques idées reçues sur la prévention à dépasser

«La crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter»

La prévention du suicide est souvent positionnée très en amont de la crise suicidaire, par la promotion de la santé et en aval de la tentative de suicide. Les intervenants expérimentés ont une perception différente car ils se rendent compte qu'une intervention, minime en apparence, peut influencer sur le cours du processus suicidaire presque à tous ses stades. Des personnes qui ont entamé leur geste suicidaire appellent des services d'aide, des personnes qui allaient se jeter sur les voies du métro viennent dire leur détresse et leur projet à la personne qui se trouve au guichet. L'intervention de crise suicidaire s'appuie sur le fait que la personne est ambivalente et qu'un soulagement, même léger, de la souffrance peut différer l'acte. L'amélioration de la détection et de l'intervention peut apporter des résultats rapides dans la mesure où la crise suicidaire a une durée limitée. Les personnes suicidaires se donnent souvent une chance jusqu'au dernier moment. Le taux de consultation la dernière semaine, voire le dernier jour, en témoigne.

«Les antidépresseurs augmentent le risque de suicide»

L'assimilation des antidépresseurs aux autres psychotropes est fréquente. De plus, le risque d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire en début de traitement a été enseigné pendant des décennies, alors qu'aucune étude n'étaye cette affirmation.

En réalité, l'amélioration du diagnostic et du traitement

de la dépression par les médecins généralistes lors de l'expérience de l'île de Götland entraîne une diminution des arrêts de travail, des hospitalisations et diminue de 50 % le suicide chez les femmes (lire encadré p. 26).

L'utilisation des nouveaux antidépresseurs, plus maniables par les médecins généralistes, serait un facteur à l'origine de la diminution du nombre de suicides dans de nombreux pays.

«Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien»

La réduction de l'accessibilité aux moyens est souvent conçue comme sans efficacité. L'idée est que les personnes suicidaires sont bien décidées à mourir et qu'elles trouveront toujours un moyen. Les actions conduites dans différents pays ou localités démontrent le contraire.

La détoxification du gaz de ville en Grande-Bretagne a conduit à une réduction très importante des décès par ce moyen, sans transfert vers un autre moyen. Les mesures portant sur les pots catalytiques des véhicules ont eu aussi un effet sensible sur le nombre de suicides par inhalation des gaz d'échappement.

La diminution de l'accessibilité aux armes à feu est une des mesures efficaces pour diminuer le nombre de suicides (lire l'encadré page 24). Le retard de la France dans ce domaine est un paradoxe quand on examine les investissements pour réduire des risques où le nombre de décès est très inférieur. Cette action pourrait être intégrée aux autres actions pour améliorer la sécurité domestique.

La réduction de l'accès aux moyens peut porter sur d'autres mesures comme la prescription des médicaments, ou encore la limitation de la publicité faite au suicide et aux moyens de suicide. Le phénomène d'imitation du suicide peut être limité par la façon dont la presse relate les suicides. Il existe un risque à dire que la personne décédée avait tout pour être heureuse, que son suicide est un acte de courage, et si, on insiste sur le moyen utilisé.

Conclusion

Le suicide est un sujet tellement douloureux qu'il est l'objet de nombreuses rationalisations ou croyances. Les idées s'accumulent pour penser que rien ne peut changer le cours de choses ou que c'est une affaire de spécialistes. Dépasser les idées présentées plus haut est important pour aborder la prévention telle qu'elle ressort des recherches et des expériences internationales.

Le processus suicidaire peut être considéré comme métastable dans le sens où une autre solution qui apporte du soulagement peut être presque immédiatement efficace à court terme. L'intervention lors de crises suicidaires repose sur cette potentialité ; il suffit de peu pour différer le projet suicidaire ou pour le faire progresser. Il est important que les préjugés ne freinent pas cette possibilité. 📖



La limitation de l'accès aux moyens du suicide : l'exemple des armes à feu

Rendre l'accès aux armes à feu plus difficile a une incidence favorable sur la diminution des décès par suicide. C'est ce que montrent les résultats des pays qui ont mis en œuvre cette mesure.

Le film reportage de Michael Moore, *Bowling for Columbine*, pourrait inciter à penser que la France est épargnée par le problème des armes à feu. Ce qui est presque exact pour les homicides et les accidents ne l'est pas pour le suicide. Environ 22 % des foyers français détiennent au moins, une arme à feu et dix décès surviennent, en moyenne, chaque jour par l'utilisation de ce moyen. Huit sont des suicides et deux sont des homicides ou des accidents. Une arme à feu a été le moyen utilisé pour 2 950 suicides en 1995 en France (source Inserm/CépiDc), soit environ le quart des suicides. La stratégie nationale d'action face au suicide 2000-2005 inclut dans ses objectifs la limitation de l'accès à ce moyen très léthal.

Un risque démontré

- Les résultats des recherches épidémiologiques (cas/témoin) indiquent qu'il y a 4,7 fois plus de risques de suicide et 2,7 fois plus de risques d'homicide dans un foyer où il y a une arme à feu que dans celui où il n'y en a pas.

- De plus, le risque de meurtre d'une femme est 5 fois plus élevé dans un foyer pourvu d'une arme à feu.

- Si une arme à feu est gardée constamment chargée, le risque de suicide est multiplié par 9, mais descend à 3 si l'arme est verrouillée ou rendue inopérante.

- La présence d'une arme dans un domicile « tue » 22 fois plus souvent quelqu'un du foyer qu'un agresseur extérieur.

- Le fait de posséder une arme ou d'en faire l'acquisition augmente de 7 fois le risque de suicide par arme

de poing dans l'année qui suit l'achat en Californie.

- L'acquisition par une femme d'une arme de poing augmente de 38 fois le risque de suicide dans l'année qui suit l'achat.

Ainsi, une arme à feu entreposée à domicile peut être une menace importante, si son propriétaire ou un membre de son entourage présentent une crise suicidaire ou des accès de violence à l'endroit de leurs proches. L'arme à feu est un moyen fréquemment utilisé dans les cas d'homicide suivi de suicide. Cette séquence dramatique représente environ 1 % des suicides.

L'excès de risque de suicide est attribuable à la létalité considérable des armes à feu, qui est évaluée à 92 %¹. La létalité élevée oriente les personnes suicidaires vers le choix de ce moyen quand il leur est accessible. La rapidité de la mise en œuvre ne donne pas de temps de réflexion pour stopper le processus suicidaire. D'autres moyens ont un délai de mise en œuvre qui donne une chance d'interrompre le geste en cours, comme

l'intoxication médicamenteuse ou l'utilisation d'un objet tranchant.

Prévenir le suicide par la réduction de l'accès aux armes à feu

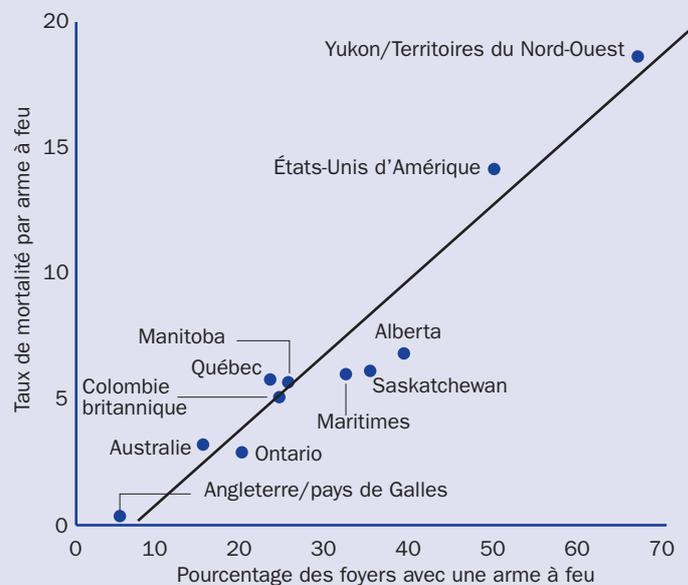
Adoptée par plusieurs pays, dont l'Angleterre et l'Australie, cette stratégie associe des incitations pour limiter le nombre d'armes dans les foyers et pour les entreposer avec sécurité.

Les politiques de réduction du nombre d'armes partent du fait que le nombre de suicides par ce moyen est proportionnel au taux de foyers qui en détiennent (figure 1)¹. Seulement 4 % des foyers anglais détiennent une arme à feu. Ce taux peut constituer un élément de compréhension d'un taux de suicide qui est deux fois moindre qu'en France. L'Australie vient de réaliser le rachat de 500 000 armes aux propriétaires qui n'en avaient plus l'usage. Une telle opération est estimée rentable si l'on considère les coûts induits par les blessures et par les décès¹. Mais surtout elle réduit le nombre des endeuillés par suicide et aussi celui des victimes secondaires

figure 1

Pourcentage des foyers avec une arme à feu en 1993, et taux de mortalité par arme, par région (moyenne de 1990-1996)¹

Sur cette figure la France se situerait au même endroit du nuage que le Québec.



Jean-Louis Terra

Professeur de psychiatrie, chef de service, CHS Le Vinatier, Bron, Laboratoire de psychologie de la santé, équipe d'accueil 3729, université Lyon 2

quand les proches découvrent le corps, notamment quand ce sont des enfants en bas âge.

L'entreposage sécuritaire impose de faire un acte raisonné, en déverrouillant le système de protection, avant le geste ultime. Ces opérations ralentissent la mise en œuvre de l'arme².

La mise en place d'un délai de réflexion lors de l'achat, complété ou non par une enquête auprès des personnes vivant dans le foyer, est un mécanisme de prévention qui a été mis en place au Québec au sein d'un ensemble très complet de mesures. Le nombre annuel de décès par armes à feu est passé de 1 400 en 1980, à moins de 1 000 en 1998².

Le retrait immédiat par les forces de l'ordre d'une arme à feu à une personne ayant un projet d'homicide ou de suicide est possible en France depuis la loi du 15 novembre 2001. Peu de publicité a été faite à cette possibilité alors qu'une personne suicidaire sur cinq est « exposée » à une arme à feu à son domicile. Il n'existe pas pour l'instant de recommandations largement diffusées aux cliniciens et autres intervenants.

La réduction de l'accessibilité aux armes à feu est un axe de prévention encore trop peu développé en France. Son intérêt réside dans le fait, qui a été démontré, qu'il n'y a pas de transfert vers un autre moyen de suicide de létalité comparable². L'objectif premier n'est pas de faire disparaître les armes à feu, mais de faire en sorte que ceux qui les détiennent, ainsi que leur entourage, en soient, moins souvent, les premières victimes. 

Nous remercions Antoine Chapdelaine² pour son expertise dans ce domaine. La politique conduite au Québec sous son impulsion épargne chaque année de nombreuses vies.

1. Miller, T. and Cohen, M. « Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some canadian comparisons ». *Accid Anal Prev* 1997 ; 29 [3] : 329-41.

2. Lavoie M., Cardinal L., Chapdelaine A., St-Laurent D. « L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec ». *Maladies chroniques au Canada*. 2001, 22 ; 1 : 26-32.

Michel Walter
Professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service du Service hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et de psychologie médicale, CHU de Brest

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 62.

La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention

Comme toute crise, la crise suicidaire traduit un moment de rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et avec son environnement. Elle se caractérise par une période de désorganisation qui culmine en une phase aiguë, avant de se conclure par une période de récupération. Si le risque majeur en est le suicide, le geste suicidaire ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, les autres manifestations pouvant être la fugue, l'agressivité, l'abus d'alcool et de toxiques, ou toute autre conduite de rupture permettant d'éliminer la souffrance causée par une situation difficile.

Représentée comme la trajectoire qui va du sentiment d'être en situation d'échec à l'impossibilité de sortir de cette impasse et de concevoir une issue autre que la mort, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus fréquentes et envahissantes jusqu'au passage à l'acte, elle ne répond pas à un cadre nosographique précis. Pour autant la crise suicidaire n'est pas totalement imprévisible. Son potentiel suicidaire peut être évalué et des interventions organisées.

Évaluer le potentiel suicidaire (risque, urgence, danger) ?

L'évaluation du potentiel suicidaire est triple ; elle doit prendre en compte les facteurs de risque prédisposant à l'apparition du geste, les facteurs d'urgence rendant compte de l'imminence du passage à l'acte et les facteurs de danger. Un quatrième niveau, plus rarement évoqué, est constitué par le repérage de facteurs de protection [32].

Identifier les facteurs de risque

Le contexte suicidaire doit être analysé en distinguant facteurs de risque biographiques et psychopathologiques.

Les facteurs biographiques

Ces facteurs de risque sont bien identifiés : antécédents de tentatives de suicide (TS), statut familial et socioprofessionnel, certaines maladies somatiques. Toutefois, un facteur de risque est dans une relation de corrélation avec la survenue d'un phénomène et concerne une population ; il ne se situe donc pas au niveau de la causalité individuelle. De plus, les phénomènes suicidaires répondent à un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux



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

fragilisation socioprofessionnelle (chômage, emploi précaire, retraite récente) représentent également un facteur de risque.

- Certaines maladies somatiques : les affections chroniques favorisent les conduites suicidaires d'autant plus qu'elles sont hyperalgiques, fonctionnellement handicapantes ou réputées incurables.

Les facteurs psychopathologiques

Si la prévalence de la morbidité psychiatrique des

suicidants est un peu moins élevée que celle des suicidés, le risque de conduites suicidaires est néanmoins nettement augmenté en cas de troubles psychiatriques, notamment dans la dépression.

- Les syndromes dépressifs : le risque permanent est d'autant plus grand que le tableau est celui d'une dépression mélancolique, surtout dans les formes avec des idées d'autoaccusations délirantes ou dans les formes anxieuses ; les troubles unipolaires exposeraient plus au risque suicidaire que les troubles bipolaires. Les

- Le nombre de journées d'arrêt de travail a diminué et parallèlement la durée moyenne des arrêts de travail pour dépression a augmenté.

- La prescription des antidépresseurs a augmenté de 52 %, celle du lithium est restée stable et une plus grande prudence a été notée dans la prescription des sédatifs, hypnotiques et tranquillisants.

- Le taux de suicides sur l'île est passé de 25/100 000 en 1982 à 7/100 000 en 1985. L'éventualité d'une diminution du taux de suicides indépendante du programme a été éliminée par la mise en parallèle avec les taux observés au plan national, qui avaient diminué, eux aussi, mais de façon beaucoup moins nette. En 1985, la différence était statistiquement significative.

- En outre, l'analyse du coût du programme montrait un bénéfice pour l'économie nationale net (évalué à 150 000 000 F de 1988).

- Enfin, la bonne acceptation de la procédure par les généralistes était soulignée. Les auteurs du programme pouvaient donc conclure que ce type de programme était un succès et que le modèle pouvait servir dans d'autres domaines.

Qu'en est-il trois ans après l'arrêt du programme éducatif ?

En 1988, soit trois ans après la fin du programme, seuls 72 % des généralistes qui avaient suivi tout ou partie des formations pratiquaient encore sur l'île. La prise en charge hospitalière des patients déprimés avait remonté, au niveau national, ainsi que

les taux de suicides. La prescription d'antidépresseurs s'était stabilisée au niveau de la Suède, la prescription des tranquillisants, sédatifs et hypnotiques avait diminué, reflet probable d'une meilleure reconnaissance de certaines pathologies. Rutz *et al.* [21] en concluent que les effets du PEMG ont été strictement limités, dans le temps, à la durée du programme, ce qui leur permet d'affirmer que les effets étaient réels et non pas un simple reflet de la tendance nationale. Par contre, ils en concluent que de tels programmes, pour être efficaces sur le long terme, doivent être répétés environ tous les deux ans.

Les auteurs ont noté, d'autre part, que c'était principalement les taux de suicides chez les femmes qui avaient diminué, alors que les taux chez les hommes restaient pratiquement inchangés, en lien avec le fait que les déprimés de sexe masculin avaient moins de contacts avec le système de soins ou étaient moins compliants. D'autre part, les généralistes, y compris ceux qui ont suivi un PEMG, auraient du mal à identifier une dépression chez un homme du fait d'une symptomatologie atypique. D'où ce paradoxe d'un pays, la Suède, où les hommes apparaissent, dans les statistiques, deux fois moins déprimés que les femmes mais se suicident cinq fois plus. Ils en déduisent que, pour être efficace, un programme d'éducation doit s'intégrer dans un plan d'ensemble, global et polyvalent².

Poursuivant leur réflexion, Walinder et Rutz³ suggèrent l'existence d'un

« syndrome dépressif masculin » qui comprendrait une faible tolérance au stress, un comportement de « *acting-out* », un faible contrôle de l'impulsivité, une charge héréditaire d'abus de produits toxiques et une histoire de suicide (description supportée par les résultats de l'étude Amish et le concept de van Praag⁴). Cela les conduit à développer l'échelle de dépression masculine de Götland et à repenser le concept de PEMG, pour prendre en compte la spécificité décrite.

En conclusion, l'optimisme de l'expérimentation des années 1983-1986 est passée par l'épreuve de l'expérience de terrain et des défis de la recherche. Un réalisme prudent a émergé, porteur d'argumentations à venir, d'autant que, en Suède toujours, Isacson et son équipe [11], prônent l'utilisation systématique des antidépresseurs pour réduire de façon conséquente les taux de suicide, en opposition aux travaux de van Praag cités. 

2. Rutz W. « Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education ». *International Clinical Psychopharmacology*. 1999 ; 14 (suppl) : S27-S33.

3. Walinder J., Rutz W. « Male depression and suicide ». *International Clinical Psychopharmacology*. 2001 ; 16 (suppl 2) : S21-S24.

4. Van Praag H. M. « Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates ? » *Crisis*. 2002. 23 [2] : 77-82.



La prévention du suicide

dépansions réactionnelles ou névrotiques augmentent également le risque de passage à l'acte.

Le risque est accru si la séméiologie dépressive comporte la présence d'une agitation anxieuse, d'une insomnie grave, d'un repli sur soi, d'une perte de plaisir (anhédonie), d'un sentiment de désespoir et si l'évolution de la maladie dépressive est récente. Enfin une comorbidité associant anxiété et/ou conduites addictives et des conditions de vie dominées par l'isolement sont des facteurs aggravants.

- Les psychoses : dans la schizophrénie, le risque suicidaire est toujours présent (10 % des schizophrènes décèdent par suicide), soit à la phase initiale de la maladie (bouffée délirante aiguë inaugurale), soit à la phase d'état (prise de conscience de la psychose), soit lors d'une phase dépressive (dépression post-psychotique). Dans les délires chroniques non schizophréniques, les conduites suicidaires sont moins fréquentes.

- Les conduites addictives : il paraît utile de distinguer les équivalents suicidaires (overdose toxicomaniaque ou conduites d'alcoolisation massives aboutissant au coma éthylique) et les tentatives de suicide. Ces dernières surviennent électivement lors d'un état confusionnel par absorption massive ou à l'occasion d'une dépression et/ou d'une crise aiguë d'anxiété liées au sevrage. Enfin, la comorbidité alcoolique augmente le risque dans les autres maladies psychiatriques, essentiellement par effet désinhibiteur.

- Les tableaux névrotiques : le risque est rare dans la névrose obsessionnelle, même si le sujet peut être envahi par des ruminations suicidaires ; il est peu élevé également dans les troubles phobiques, sauf lors de raptus anxieux. Le risque est plus élevé dans certains troubles anxieux comme les attaques de panique, surtout en cas de comorbidité dépressive ou alcoolique. La névrose hystérique est la névrose entraînant le risque suicidaire le plus élevé ; les tentatives de suicide sont fréquentes, caractérisées par leur hyperexpressivité, leur tendance à la récurrence et à l'escalade, leur fonction de revendication affective et pas seulement de désir de mort ; le danger est alors de minimiser et de banaliser le geste.

- Les troubles de la personnalité : deux types de personnalités pathologiques sont particulièrement impliqués, la psychopathie et les états limites. Les psychopathes se caractérisent par leur impulsivité, leur intolérance à la frustration, leur impossibilité à différer la satisfaction, leurs conduites addictives (alcool, toxiques), qui sont autant de facteurs favorisant le passage à l'acte. Les sujets ayant un état limite ou borderline ont fréquemment des angoisses d'abandon, des effondrements dépressifs les rendant particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires.

Évaluer les facteurs d'urgence du passage à l'acte

L'évaluation de l'urgence vise à apprécier la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte. Cela permettra de situer le patient dans le processus suicidaire et de

mieux organiser sa prise en charge dans les 24 ou 48 heures. Il est souhaitable d'explorer :

- Le niveau de souffrance psychique, avec en particulier l'intensité du sentiment de désespoir, mais aussi de dévalorisation, d'impuissance, voire de culpabilité.

- Le niveau d'impulsivité « trait » et « état » marqué par une instabilité comportementale, des antécédents de passages à l'acte, de fugues ou d'actes violents, des troubles panique, réalisés au mieux chez la personnalité borderline.

- Le degré d'intentionnalité (apparition d'idées de suicide passives ; présence d'idées actives et prévalentes ; rumination suicidaire ; cristallisation et planification d'un scénario suicidaire). Ainsi, le scénario suicidaire doit être adéquatement et précisément évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ».

- L'événement précipitant (perte, conflit), qui n'est souvent que le dernier d'une longue série.

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire

La potentialité mortelle du scénario suicidaire doit être évaluée en repérant les intentions du patient, les moyens qu'il pense utiliser et l'accessibilité à ces moyens. Le scénario suicidaire doit être adéquatement et précisément évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ». Plus les questions seront précises, plus les réponses à ces questions seront elles-mêmes précises et l'intervention adéquate. Il est évident que celle-ci sera différente selon que la personne dit avoir l'intention de se suicider le soir même avec les moyens qui se trouvent à sa disposition ou qu'elle songe vaguement au suicide sans scénario précis. Quant à l'accessibilité directe aux moyens, elle augmente la dangerosité du projet suicidaire, d'autant plus qu'il existe une impulsivité sous-jacente.

Les facteurs de protection

Peu d'études ont été consacrées aux éléments protégeant les sujets à risque contre un passage à l'acte. Ainsi, l'évocation de la famille et la projection dans un avenir meilleur sont les « raisons de vivre » le plus souvent retrouvées chez des patients dépressifs [2]. Plus globalement, la qualité du support social et familial (capacité à faire face, ou à l'inverse renforcement du risque dans le cas de familles à « transaction suicidaire ou mortifère »), le fait de ne pas se sentir isolé et la prise en charge thérapeutique sont considérés comme protecteurs.

À des fins cliniques, cette triple évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen, élevé. Ainsi, un patient pourra être à risque faible, en urgence élevée et avec un scénario à forte létalité ; un autre à risque fort, en urgence faible et avec un degré de létalité bas. C'est toutefois le niveau d'urgence qui détermine en définitive le type d'intervention, comme le proposent les recommandations de la Conférence de consensus [23] :

Est à considérer en urgence faible une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée, mais psychologiquement souffrante ;
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

Est à considérer en urgence moyenne une personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

Est à considérer en urgence forte une personne qui :

- est décidée ; sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ;
- est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ;
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- est très isolée.

Les modalités d'intervention : de l'implication relationnelle à la décision de soins

L'intervention comprend trois temps [23] : l'établissement d'un lien de confiance par l'implication relationnelle, l'évaluation du potentiel suicidaire, et la décision et l'action de soins.

L'intervention en trois temps**L'établissement d'un lien de confiance**

L'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne en crise suicidaire repose essentiellement sur les compétences individuelles de chaque intervenant. La capacité d'accueil et d'ouverture à l'autre, la capacité d'empathie à l'égard de la personne suicidaire, la capacité de se lier à une personne agressive plutôt que de réagir d'une manière défensive, la capacité de mettre en mots ce que vivent des personnes désespérées et silencieuses, la capacité d'accepter le comportement suicidaire sans cautionner le geste, bref la capacité de s'impliquer relationnellement au sens de « se mettre

dans les plis » feront toute la différence. Il s'agit donc avant tout de reconnaître la douleur et la souffrance, de se positionner comme témoin de la souffrance de l'autre, car la souffrance est d'autant plus vive que, non partagée, elle exclut, elle exile.

Reste à savoir comment établir cette relation de confiance. Le point central est la communication par l'intervenant du ressenti que provoque en lui le comportement ou le discours suicidaire : « je me fais du souci pour vous ». Il s'agit donc là d'une démarche centripète consistant à aller au-devant de la demande par la mise en mots et la reconnaissance de la souffrance, démarche qui doit toujours s'effectuer dans le respect de ses propres limites et de ses propres compétences.

L'évaluation du potentiel suicidaire

L'évaluation du potentiel suicidaire est basée sur la triple évaluation du risque, de l'urgence et du danger (voir ci-dessus), et inclut l'évaluation du facteur précipitant, même si cet événement n'est souvent que la goutte qui fait déborder le vase, ou le dernier en date d'une longue série de pertes affectives ou d'événements traumatisants.

En ce qui concerne les échelles d'évaluation du risque suicidaire, comme par exemple l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck [1], leur intérêt est indéniable en recherche mais leur utilisation systématique en pratique clinique peut être un obstacle à l'établissement d'une relation de confiance si le remplissage de cette échelle (et l'obtention d'un score) devient l'unique enjeu de l'entretien.

Hypothèse de crise et recherche d'une stratégie d'action

Une hypothèse de crise est formulée et la recherche d'une stratégie d'action suggérée à la personne sous la forme d'une entente pour les prochaines consultations. Ces propositions peuvent être empreintes d'une certaine directivité, surtout dans les situations où l'urgence suicidaire est élevée.

Variations dans les modalités de l'intervention**Selon le statut de l'intervenant**

Pour mettre en place un dispositif de prévention, il faut aller là où sont les personnes en souffrance, et non pas là où nous voudrions qu'elles soient. Cela revient à sortir d'une philosophie des systèmes soignants centrés sur la demande, c'est-à-dire d'une réflexion centripète (« venir à moi ») pour entrer dans une réflexion centrifuge (« aller à eux »).

Il s'agit donc de repérer les différents cercles concentriques qui gravitent autour de la personne qui va mal. En ce qui concerne les adolescents, le premier cercle est constitué par les personnes en contact, à savoir la famille, les pairs, les adultes de l'école et des lieux de formation, le monde des loisirs.

Si l'on prend l'exemple de l'école, il est évident que tous les adultes de la communauté scolaire, quelles que soient leurs fonctions (enseignant, CPE, personnel administratif, assistante sociale), sont des « capteurs de souffrance » potentiels. Cela implique que chacun d'entre



La prévention du suicide

eux peut être « choisi » par l'élève en difficulté comme interlocuteur privilégié et qu'il ne doit pas rester sans réaction : il est dans l'obligation d'accuser réception du message de souffrance. L'établissement de ce lien de confiance initial repose sur la reconnaissance de la souffrance de l'autre en communiquant son ressenti, son souci de l'autre : « je me fais du souci pour toi ». Il est toutefois fondamental que cet engagement relationnel tienne compte des limites et des compétences de chacun.

Il importe donc pour ces intervenants du premier cercle de ne pas rester seuls et de pouvoir passer le relais à un deuxième cercle constitué par les professionnels soignants. Le passage de relais de la personne-ressource non soignante vers le soignant ne doit pas être trop hâtif ou trop magique (« tu verras, il va régler le problème »), doit respecter le lien antérieur (personne-ressource il est, personne-ressource il reste si besoin) et doit être clairement formulé en aidant le jeune à comprendre la démarche suggérée [20].

Pour tenter de typologiser les différentes modalités de passage de relais entre intervenants du premier cercle et intervenants du deuxième cercle, trois configurations relationnelles peuvent être évoquées [34] : l'exclusion, la subordination, la complémentarité ou coresponsabilité.

- La relation d'exclusion, correspondant à un refus d'établir des relations entre les deux cercles, est exceptionnelle ; elle peut toutefois se trouver en germe dans certaines démarches, visant par exemple à ouvrir dans les murs de l'école une consultation médicopsychologique pour « répondre aux besoins des élèves en difficulté ». La confusion des cadres (éducatif et thérapeutique) est alors maximale et ce type de démarche procède purement et simplement d'un fantasme de maîtrise.

- Dans la relation de subordination, le deuxième cercle est reconnu comme pôle de référence tant au niveau théorique qu'au niveau pratique auprès des personnes en difficulté. Le risque est alors, dans une logique substitutive, de court-circuiter les compétences relationnelles du premier cercle, pourtant au contact, et d'échouer dans la mise en place d'une relation de soins.

- Dans la relation de complémentarité enfin, les deux cercles collaborent du fait d'une spécificité mutuellement reconnue et de responsabilités propres en termes de mission (maintien et développement des liens existants, repérage des signes d'alerte, reconnaissance de la

souffrance, passage de relais pour les uns ; évaluation du potentiel suicidaire, mise en place d'interventions thérapeutiques, organisation d'un suivi pour les autres). Il s'agit donc dans ce type de configuration relationnelle d'élaborer un programme en partenariat et de construire un espace de coresponsabilité.

Selon l'étape de la crise suicidaire

La crise suicidaire peut être modélisée sous la forme d'un cheminement tunnelaire marqué du sceau de l'ambivalence [23].

Plusieurs étapes ont été décrites :

- la recherche de stratégies ou de solutions à la crise, « cela va se passer, je l'espère »,
- l'apparition et le développement des idées de suicide, « si j'avais un accident, cela mettrait un terme à tous mes problèmes », « je ne m'en remettrai jamais, mieux vaut en finir » ;
- la rumination de l'idée suicidaire, « j'y pense tout le temps » ;
- la cristallisation et la planification d'un scénario, « je règle mon affaire, et après je me tue » ;
- l'événement déclenchant et le passage à l'acte, « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ».

Si, pour chaque étape, la reconnaissance de la souffrance est la condition indispensable à l'établissement d'une relation en légitimant l'autre comme sujet, il paraît également important, en phase de rumination suicidaire, de tenter de reformuler de façon compréhensible ce qui arrive à la personne, tant les erreurs cognitives sont importantes à ce stade. Enfin, l'évaluation du potentiel suicidaire est nécessaire au cours de chaque étape, et s'accompagne de la mise en place d'actions de plus en plus directives jusqu'à l'hospitalisation quand le passage à l'acte se révèle imminent.

Conclusion

Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et donc la prévention du passage à l'acte suicidaire. Cette évaluation du potentiel suicidaire est triple : facteurs de risque prédisposant à l'apparition du geste, facteurs d'urgence rendant compte de l'imminence du passage à l'acte et facteurs de danger. Les modalités d'intervention sont étroitement dépendantes du statut de l'intervenant et de l'étape de la crise suicidaire. Elles associent écoute et reconnaissance de la souffrance, reformulation, mais aussi des actions plus directives pouvant aboutir à l'hospitalisation. 

Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide

Avec plus de 10 000 décès par an, la France est l'un des pays où l'on meurt le plus par suicide. Si les données épidémiologiques émeuvent, le suicide a longtemps été ignoré et confiné à la sphère privée. Il n'est reconnu par les institutions et identifié comme problème de santé publique que depuis une vingtaine d'années.

Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide

Sources de données et indicateurs

Les données sur lesquelles se base cette étude sont issues de la statistique des causes médicales de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'Inserm. Elles concernent les années quatre-vingt à 1999 (l'année 1999 est la dernière année pour laquelle on dispose de données validées sur les causes médicales de décès). Ces données permettent de mesurer le niveau de la mortalité par suicide et d'en analyser les principales caractéristiques épidémiologiques : disparités socio-démographiques, modes de suicides, variations géographiques (1997-1999) et évolutions dans le temps (1980-1999). Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès, la part des décès par suicide dans la mortalité générale, les taux bruts de décès (effectifs de décès rapportés aux populations moyennes annuelles), les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de la population française (ensemble et moins de 65

ans) et les ratios de mortalité selon le sexe. Les décès de la période 1980-1999 ont été codés selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM9). Les codes de cette classification correspondant au suicide sont inclus dans le chapitre « Traumatismes et empoisonnements (E950 à E959) » et permettent d'identifier les modes de suicide (pendaisons, armes à feu, médicaments...). L'analyse de la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne (UE) est basée sur les données de mortalité diffusées par Eurostat (dernière année disponible, 1999). Une dernière partie traite de l'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide et de l'impact de certains biais de déclaration sur les données officielles.

Le suicide, première cause de décès chez les 30-39 ans

On comptabilise annuellement en France environ 10 300 décès par suicide (année 1999). Ces décès représentent 2 % de l'ensemble des 540 000 décès survenant chaque année. Cette part varie fortement selon l'âge. Pour les personnes de 15 à 44 ans (4 000 décès par an), le suicide représente la deuxième cause de décès (15 % des décès) après les accidents de la circulation. Pour les 30-39 ans (1 700 décès), il constitue la première cause de décès (un décès sur cinq). La part du suicide diminue ensuite sensiblement, représentant moins de 1 % de l'ensemble des décès après 85 ans (figure 1).

Un taux de décès multiplié par trois chez les hommes par rapport aux femmes

Les effectifs et les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes : sept décès

Eric Jougl
Directeur du CépiDc
Françoise Péquignot
Ingénieur
Alain Le Toulec
Technicien
Martine Bovet
Technicien
Marc Mellah
Technicien
Inserm-CépiDc,
IFR 69 Centre
d'épidémiologie sur
les causes médicales
de décès



La prévention du suicide

sur dix concernent le sexe masculin (7 500 décès par an, contre 2 800 pour les femmes). Le taux de décès masculin standardisé par âge (27,1 pour 100 000) est trois fois plus élevé que chez les femmes (8,8 pour 100 000). La surmortalité masculine s'observe quel que soit l'âge des sujets, mais son niveau varie : taux de décès multiplié par 3,7 chez les hommes par rapport aux femmes entre 15 et 24 ans, puis diminution avec un minimum entre 45 et 64 ans (2,3) et ensuite augmentation pour atteindre 6,0 après 85 ans.

Un taux de décès qui progresse fortement avec l'âge

Si la part des décès par suicide dans la mortalité générale diminue sensiblement avec l'âge, il n'en est pas de même pour leur nombre et leur taux. 5 % du total des décès par suicide surviennent avant 25 ans (600 décès), 65 % entre 25 et 64 ans (6 600 décès) et 30 % après 64 ans (3 000 décès). Quel que soit le sexe, les taux de décès progressent fortement avec l'âge, mais cette augmentation n'est pas régulière (figure 2). Les taux de décès doublent après 25 ans, restent relativement stables jusqu'à 64 ans, puis progressent à nouveau après 85 ans (en particulier chez les hommes). Les taux de décès sont six fois plus élevés après 85 ans qu'entre 15 et 24 ans (dix fois pour les hommes). Il est donc important de noter que, si l'on parle davantage du suicide chez les adolescents, du fait de sa nature particulièrement inacceptable, les taux de décès sont nettement plus élevés chez les personnes âgées.

Une relative stabilité des taux de décès dans le temps

Entre 1980 et 1999, les taux de décès standardisés par âge ont peu évolué. Au cours de cette période, on constate cependant une tendance à la hausse des taux jusqu'au milieu des années quatre-vingt, suivi d'une stabilité jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix et, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, une tendance à la baisse depuis 1995. Mais ces évolutions sont restées modérées, et globalement les taux de décès n'ont varié que de -16 % sur les vingt années étudiées (-15 % pour les hommes et -20 % pour les femmes). En fonction de l'âge, on note, mais uniquement pour les hommes, une augmentation depuis les années quatre-vingt pour les classes d'âge 25-44 ans et plus de 85 ans.

La pendaison reste le mode de décès le plus fréquent

Le mode de décès par suicide le plus fréquent est la pendaison (41 % des décès en 1999). Cependant, les modes de suicide varient selon le sexe. Pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (46 % des décès) et les armes à feu (25 %). Pour les femmes, on observe une plus grande diversité des modes de suicide : empoisonnements médicamenteux (27 %), pendaison (27 %), noyade (17 %) et saut d'un lieu élevé (10 %). En comparaison, les noyades et les sauts ne représentent respectivement pour les hommes que 5 % et 4 % des décès par suicide. Les modes de

suicide varient également selon l'âge. On note en particulier une proportion supérieure de prise de médicaments pour les femmes entre 35 et 54 ans (tendance similaire pour les hommes, mais dans des proportions

figure 1

Part des suicides dans la mortalité générale selon le sexe et l'âge (France 1999, en pourcentage)



Source : CépiDc, Inserm.

figure 2

Taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge (France 1999)



Source : CépiDc, Inserm.

moindres). On note également une part plus élevée de suicides par armes à feu pour les hommes entre 35 et 54 ans. Les modes de suicide ont peu évolué depuis vingt ans, à part une légère augmentation du poids des pendaisons et une tendance à la diminution de celui des suicides par armes à feu.

Statut matrimonial

Les taux de décès par suicide les plus élevés concernent les veufs (58,8 pour 100 000), puis les divorcés (37,3), les célibataires (20,4) et les personnes mariées (16,8). On note des taux de mortalité par suicide maximum chez les hommes veufs. En particulier pour les décès des sujets de plus de 65 ans, les taux de décès sont de cinq à dix fois plus élevés chez les hommes veufs que chez les femmes veuves. À l’opposé, les taux de décès les moins élevés s’observent chez les femmes mariées de moins de 65 ans. Le statut matrimonial constitue ainsi un facteur important des disparités de mortalité par suicide (on ne retrouve pas des différences aussi marquées pour la mortalité toutes causes confondues).

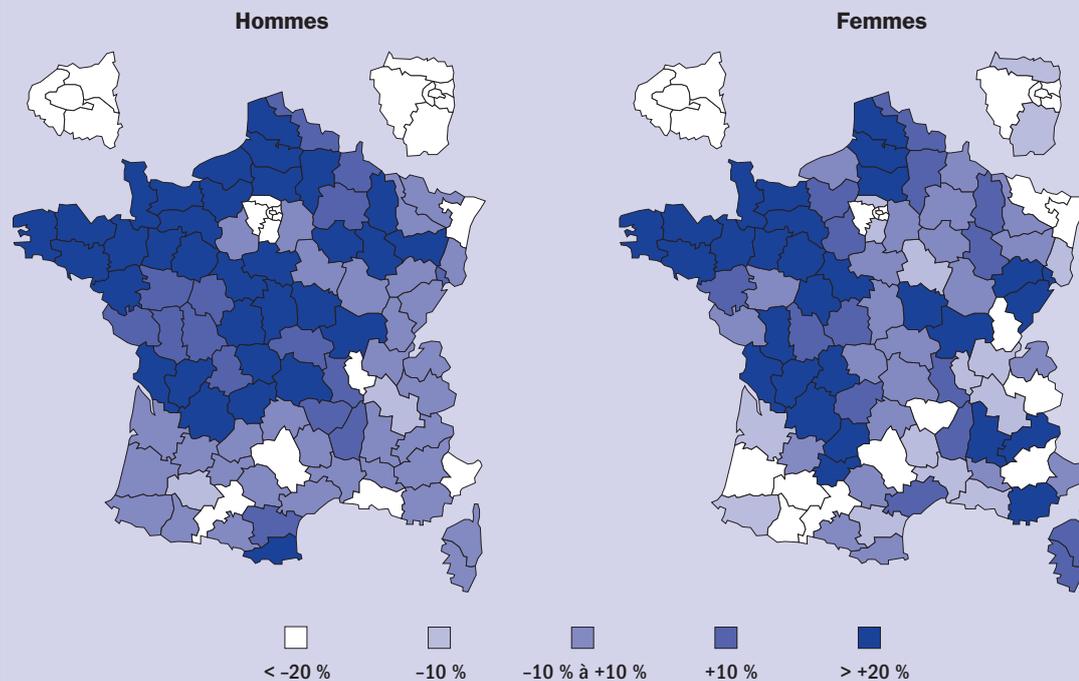
Un gradient nord-ouest du suicide en France

On observe de très fortes disparités spatiales de mortalité par suicide en France (figure 3). Ces disparités sont plus importantes que pour la plupart des autres

causes de décès (excepté pour le sida et les causes de décès liées à la consommation d’alcool). Le Nord-Ouest, de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais, est globalement en situation de surmortalité ainsi que le nord des Pays de la Loire et les régions rurales du centre de la France. Les taux de décès sont particulièrement élevés en Bretagne intérieure. À l’inverse, l’Est et le Sud-Ouest sont en situation de nette sous-mortalité. Pour les hommes, la Bretagne reste la région la plus touchée, avec des taux particulièrement élevés dans les départements des Côtes-d’Armor et du Finistère. Viennent ensuite la Basse-Normandie, la Picardie et les Pays de la Loire (en particulier, la Sarthe). À l’opposé, l’ensemble des régions du sud de la France, l’Île-de-France et l’Alsace sont en sous-mortalité. Bien que les taux de décès restent toujours nettement moins élevés chez les femmes et que, pour elles, le niveau des disparités spatiales soit moins important, on observe de fortes corrélations géographiques entre taux de décès masculins et féminins. On retrouve par exemple, quel que soit le sexe, que les Côtes-d’Armor et le Finistère sont les départements les plus touchés. Ces disparités spatiales sont restées relativement stables depuis une vingtaine d’années. Les modes de suicide varient selon les régions françaises. On note en particulier la part importante des pendaisons dans le Nord-Ouest (Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne, Nord-

figure 3

Taux de décès par suicide selon le sexe et les départements (1997-1999)*



* Taux standardisés par âge, variation par rapport à la moyenne nationale.

Source : CépiDc, Inserm.



La prévention du suicide

Pas-de-Calais), des suicides par armes à feu dans le Sud (Corse, Aquitaine, Languedoc-Roussillon) et des absorptions de médicaments en Île-de-France et en région Paca.

La France est dans le groupe des pays de l'Union européenne à plus fort taux de suicides

Pour les hommes, la Finlande ressort avec les taux de décès les plus élevés au sein de l'Union européenne. Il s'agit du seul pays pour lequel le suicide constitue la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans (avant les accidents de la circulation). Quatre autres pays ressortent avec des taux de décès particulièrement élevés : la Belgique, l'Autriche, la France et le Luxembourg. À l'opposé, ce sont les pays les plus méridionaux de l'UE qui ont les plus faibles taux de décès (Grèce, Portugal, Italie et Espagne). Le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont également des taux de décès relativement faibles. Cette hiérarchie s'observe aussi bien pour l'ensemble de la population qu'en termes de mortalité « prématurée » (avant 65 ans). Les écarts entre pays sont importants puisque les taux de décès sont plus de deux fois plus élevés en France qu'au Royaume-Uni ou en Italie. Pour les femmes, le niveau de la mortalité est, quel que soit le pays considéré, nettement plus bas (pour l'ensemble de l'UE, les taux de décès sont trois fois plus élevés chez les hommes). Cependant, la hiérarchie des pays reste très proche de celle observée pour les hommes. Les évolutions à court terme (1994-1999) indiquent une tendance générale à la baisse des taux de décès dans les pays de l'UE pour les deux sexes, les seules exceptions étant une stagnation de la mortalité, quel que soit le sexe, pour le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, la Suède et l'Espagne, et une augmentation pour la Grèce (deux sexes) et pour le Luxembourg (femmes).

Qualité des données de mortalité sur le suicide

L'étude de la qualité et de la comparabilité des méthodes de certification des causes de décès a fait l'objet d'un rapport de la Commission européenne coordonné par le CépiDc de l'Inserm [13, 15]. Parmi les causes de décès analysées, le suicide est une des causes qui ont fait l'objet du nombre le plus important d'études. Pour appréhender les sources de biais potentiels des données « officielles » sur la mortalité par suicide, il est important de rappeler les procédures de certification et de codification des causes de décès. Un certificat médical doit être établi à l'occasion de chaque décès. Ce certificat est basé sur celui recommandé par la Classification internationale des maladies (CIM). Cette standardisation a pour objectif l'amélioration de la comparabilité internationale des causes de décès. La première partie du certificat décrit les causes de décès selon le processus morbide ayant conduit à la mort en partant d'une cause initiale jusqu'à une cause terminale, avec éventuellement des causes intermédiaires (par exemple : suicide par arme à feu en cause

initiale, plaie crânio-cérébrale en cause intermédiaire et hémorragie cérébrale en cause terminale). La deuxième partie indique les causes ayant pu contribuer au décès (par exemple : dépression, alcoolisme...). Les causes médicales de décès sont ensuite codées selon la CIM. Cette codification conduit à la sélection d'une cause initiale pour chaque décès. Compte tenu de ce processus d'enregistrement, des biais peuvent survenir aux deux étapes du processus d'enregistrement : certification et codification médicales. Les biais de codification peuvent être considérés comme mineurs. En effet, dans le cas du suicide et compte tenu de l'importance de ce problème de santé publique, les règles de la CIM conduisent à sélectionner le suicide même si le médecin a indiqué une autre cause initiale de décès (par exemple : dépression ayant entraîné un suicide). Les biais principaux sont à appréhender au niveau de la certification médicale. Pour mesurer ces biais une méthode utilisée au niveau international est d'analyser les causes de décès « concurrentes » définies comme des causes de décès pouvant « masquer » un suicide dans les statistiques. Nous avons utilisé cette méthode sur les données françaises, en prenant en compte deux types de causes « concurrentes » pour lesquelles nous disposons d'investigations complémentaires : morts violentes indéterminées quant à l'intention et causes inconnues de décès [4, 14]. Les causes indéterminées quant à l'intention correspondent à des cas où le médecin n'a pas pu conclure, à des cas pour lesquels la certification du médecin n'a pas été assez précise, ou à des cas pour lesquels une enquête complémentaire était encore en cours au moment de la certification du décès. Les résultats d'une enquête réalisée sur un échantillon de ces cas auprès des médecins certificateurs indique que l'on peut estimer à 35 % la part des causes indéterminées qui sont en fait des suicides. L'autre source de biais considérée, les causes inconnues, s'explique souvent par une absence de retour d'informations suite à une enquête médico-légale. Deux enquêtes effectuées avec les instituts médico-légaux de Paris [17] et de Lyon [28] ont permis d'estimer qu'environ 25 % de ces cas étaient des suicides. Nous avons extrapolé l'ensemble de ces résultats aux décès survenus en France en 1999 et évalué, après correction, les changements dans les effectifs, les taux et les caractéristiques socio-démographiques des suicides. Cette étude a montré (i) que les taux de suicides déterminés à partir des données officielles étaient sensiblement sous-évalués (d'environ 20 %) ; (ii) mais que les caractéristiques socio-démographiques et géographiques du suicide changeaient peu après correction. Cette conclusion est importante car elle montre que, s'il est bien sûr essentiel de disposer d'une bonne évaluation de la fréquence du suicide dans un pays, on peut cependant caractériser les populations à risque et analyser les déterminants des conduites suicidaires sur la base des données actuellement disponibles, à la condition que les biais de déclaration restent relativement stables. ■

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 62.

De l'histoire de la prévention du suicide en France

Arnaud Campéon
Chargé de recherche
au Laboratoire
d'analyse des
politiques sociales et
sanitaires (ENSP)

Énigme posée à notre humanité, le suicide n'a eu de cesse, durant son histoire, de questionner l'esprit humain et de susciter les plus virulentes controverses. Et pour cause, il n'est pas de questionnement qui ne soit plus immanent que celui-là : « *juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue* » (Camus, 1965). C'est à l'aune de cette interrogation fondamentale que l'acte de se donner volontairement la mort a de tout temps été passionnément discuté à travers l'histoire. De l'invention du néologisme au XVIII^e siècle jusqu'à aujourd'hui, en passant par la pratique de l'exorcisme sacrificiel et l'enfermement en maison d'internement, l'oscillation de la réaction sociale mais également des conceptions philosophiques et spirituelles à son égard sont là pour en témoigner. Relégué au rang du plus abominable des crimes, puis considéré comme le symptôme d'une pathologie mentale menaçant l'ordre public, le suicide fait aujourd'hui l'objet d'une approche en pleine mutation, au point qu'il est considéré comme un problème de santé publique parmi les plus importants *tant par la perte de vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne*. Pour comprendre cet état de fait, il nous faut tout d'abord renoncer à l'idée selon laquelle un problème de santé publique est une réalité naturellement objective. En effet, identifier un problème de santé publique et le faire apparaître comme un enjeu de société inscrit à l'ordre de l'agenda politique¹ constitue un travail à la fois scientifique, culturel et politique de longue haleine. Dans cette perspective, l'objet de cet article va consister à reconstituer une partie de la généalogie de la politisation du suicide en France, politisation qui n'a pu exister qu'animée par la conviction que l'extension des suicides constituait un mal pour l'ensemble de la société.

Quelques repères historiques : le suicide en question

Aux excès des positions moralistes et du scientisme rigide des siècles précédents qui empêchaient toute réflexion de fond sur la compréhension de l'acte suicidaire et lui ôtaient tout ce qu'il pouvait avoir de dérangeant dans son questionnement existentiel, nous pouvons assurément remonter l'historique de la prévention du suicide durant la seconde moitié du XX^e siècle. En effet, pendant longtemps, l'idéologie chrétienne, portée par

l'affirmation du caractère sacré de la vie, a compromis le meurtre de soi-même dans les méandres d'une condamnation éthique irrévocable que l'habileté intellectuelle de certains penseurs de la Renaissance et du siècle des Lumières a eu du mal à combattre et à infléchir. Pourtant, au devant de critiques de plus en plus prégnantes et qui remettaient en cause les techniques corporelles punitives, la cause se fait entendre et met un terme à la vision monolithique la concernant. Première voie de désacralisation de l'acte, le Code pénal napoléonien promulgue la dépénalisation de l'acte suicidaire en 1810. Pour autant, et dans la droite lignée des mesures d'internement qui font disparaître la folie dans un monde neutre et uniforme d'exclusion dans le silence des asiles, les autorités morales et politiques s'emploient avec vigueur à refouler le suicide parmi la masse des interdits implicites et contre nature, instaurant par là même les conditions idéales à la perpétuation et au renforcement de ce tabou socialement et historiquement constitué [19]. Un tournant symbolique radical dans la façon de percevoir le suicide est néanmoins franchi et signe l'entrée de ce mal, en partie débarrassé de sa positivité mystique, dans le domaine de la science médicale et psychiatrique. C'est l'ère de l'intériorisation de la culpabilisation individuelle et sociale du suicide, qui, s'il n'est plus condamné, ne se libère pas pour autant de la réprobation morale qui lui est associée. Mais le XIX^e siècle marque également l'ouverture d'une ère de l'enthousiasme statistique qui va contribuer à offrir un tout autre éclairage, social cette fois-ci, au phénomène suicidaire. L'un des plus illustres représentants de cette période est Emile Durkheim qui, en 1897, va fournir une première explication sociologique, faisant de la sorte front aux thèses aliénistes dominantes. À l'aube du XX^e siècle, les termes du débat changent donc, et le fait que l'on s'interroge moins sur la nature morale ou immorale du suicide que sur sa nature psychologique et sociale n'implique pas les mêmes schèmes de réflexion dans l'appréhension de l'acte. Ainsi, de remises en cause successives en bouleversements culturels, la société, et à travers elle ceux qui la dirigent, a peu à peu levé le voile sur la problématique suicidaire. En proie à la diminution des interdits, à l'affaiblissement des positions chrétiennes sur le sujet et à l'ouverture des frontières disciplinaires le concernant, le suicide a fini par acquérir une plus grande visibilité au sein de l'espace publique, visibilité qui trouve son point de consécration au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

Phase de reconnaissance sociale du suicide : les forums associatifs et scientifiques en action

Le contexte est celui d'une société nouvelle en gestation qui marque les premiers pas d'un État-providence résolument décidé à s'occuper du droit à la santé et du bien-être de sa population. Dans ce terreau fertile et plus enclin à l'écoute de la souffrance d'autrui, un ensemble d'énergies se fédère. Un peu partout dans le monde, une pléthore d'initiatives privées se mettent en

1. « On peut définir assez largement l'agenda politique comme l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous quelque forme que ce soit, [...] qu'il y ait controverse publique, médiatisation, mobilisation ou demande sociale et mise sur le marché politique ou non » [8].



La prévention du suicide

place. Exemple type et pionnier en ce domaine, l'action initiée par le révérend Chad Varah (et de ses samaritains), qui lance l'aventure de la téléphonie sociale. Faisant école dans l'Europe entière, à quelques variantes près, l'initiative fait une apparition discrète en France à la fin des années cinquante sous la forme de centres d'accueil comme Recherche et Rencontre (1958) ou de centres d'écoute comme SOS Amitié (1961). Malgré des ressources financières limitées et une certaine réticence à leur création, notamment dans les milieux conservateurs, ces deux structures, et celles qui suivront trouvent assez rapidement leur place au sein du paysage associatif français. La demande sociale est forte et les structures rencontrent rapidement un vif succès. À titre d'exemple, l'association SOS Amitié est reconnue en 1967 d'utilité publique, soit quelques années seulement après sa création. Pour la première fois de son histoire, le suicide se voit reconnaître comme un fléau sur lequel il faut agir. Vecteur de sociabilité devant les difficultés apportées par l'atomisation de la société et l'individualisation des destins, l'urgence de la parole est le leitmotiv principal de ces structures associatives palliant de la sorte la faille des organismes publics dans la prévention et le traitement du mal-être et des conduites suicidaires. Mobilisés socialement et politiquement à travers une forme de participation et d'organisation, ces services philanthropiques de prévention, à la fois généralistes et ciblés, participent en première ligne à donner sens et forme à ce qui n'est jusqu'alors pas perçu comme un problème de société mais comme un problème de l'intime dissimulé.

Cette montée en généralité de la thématique suicidaire n'est malgré tout pas l'apanage du forum associatif. Très rapidement, une prise de conscience internationale de la nécessité d'agir émerge et transforme le suicide en un enjeu social à défendre au niveau des plus hautes sphères. L'un des événements marquants dans l'officialisation progressive de la thématique est la reconnaissance publique du problème par l'OMS, qui publie en 1969 (puis en 1975) un document consacré à la prévention du suicide dans le monde. Indiquant que la tâche est urgente et que les autorités de santé publique n'ont pas le droit de s'y dérober, l'appel est entendu. Devant la mise en évidence statistique du nombre de décès par suicide et des risques épidémiologiques qui y sont associés, le caractère d'urgence étaye la thèse de la nécessaire organisation des services existants au sein des différents pays et de la création d'instances nationales destinées à les coordonner. Affiliée en France à l'Association internationale pour la prévention du suicide (AIPS, créée en 1961), cette volonté se concrétise par la mobilisation de professionnels, dont de nombreux psychiatres, autour du Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS) en 1969². L'incidence du GEPS

2. Premier organe national représentatif de la problématique suicidaire, le GEPS est né, entre autres, des problèmes nouveaux posés par le nombre sans cesse plus élevé d'intoxications aux barbituriques volontaires, qui, relativement peu fréquentes avant

va être celle des prémices d'une entreprise de morale laquelle va concevoir de nouvelles manières de dire le suicide et de faire la prévention. Fort de l'ambition de lancer un vaste mouvement de suicidologie, le GEPS réalise un vaste travail d'information et de mise en visibilité du problème par l'intermédiaire de publications, d'organisation de congrès, de réunions... ainsi que de la mise en place et du suivi d'enquêtes et protocoles de recherche pour prouver l'importance objective et subjective du phénomène au sein de la société. Bien que son audience demeure réservée à un public déjà avisé, la constitution de tels groupements marque la formalisation de l'enjeu. Puissance de l'officialité oblige, le GEPS devient au fil des années l'un des interlocuteurs privilégiés de tous ceux qui veulent parler ou organiser des actions sur le suicide et sa prévention. L'effort n'est pas vain, puisque la sensibilisation opérée par ces différents forums contribue à porter incidemment la cause suicidaire aux portes du ministère de la Santé. Si rien n'est encore fait, tout porte néanmoins à croire que cette thématique vit l'une des plus grandes étapes de sa promotion publique.

Phase de spécification du suicide : l'arène politique en alerte

C'est en effet dès le début des années soixante-dix que la thématique du suicide est mise en avant sous la tutelle de Robert Boulin, alors ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Instituait une commission, le ministre entend faire le point sur ce fléau refoulé de la conscience collective en vue de combler « *le désert qui existe actuellement en matière de prévention du suicide* » et d'organiser « *une éventuelle prévention* ». Point de départ à la sensibilisation gouvernementale, le suicide des adolescents est le premier signe d'étonnement des pouvoirs publics qui voit, à travers l'importance de leur incidence suicidaire, l'expression paroxystique d'un manque de communication et d'écoute. Mais faute d'objectifs clairs, le débat est reporté dans l'attente de travaux et d'études plus approfondis. Les connaissances sont encore trop incertaines et lacunaires pour espérer une quelconque mobilisation d'ordre politique. Néanmoins, cette première étude montre qu'un travail cognitif et discursif de traduction est en cours pour que cette problématique puisse obtenir une réponse en termes d'intervention politique. Reste que pour cela, et conformément aux modalités d'inscription de tout phénomène sur l'agenda politique, pour qu'un problème social soit réellement entendu comme un enjeu politique, il doit être techniquement et idéologiquement codifié dans des termes qui sont ceux du jeu politique officiel. Si cette activité symbolique a déjà commencé, l'étude de la section de la Rationalisation des choix budgétaires (RCB) parachève le processus en montrant

les années soixante, ont crû rapidement au fil des années, au point d'inquiéter les centres de pathologies toxiques. Il est né de l'initiative des professeurs Moron (Toulouse), Soubrier (Paris), Védérinne (Lyon) et Pichot (Paris).

qu'une politique de prévention du suicide est, au-delà des avantages attendus sur le plan humain, économiquement rentable pour la collectivité (1971).

L'étude RCB sur le suicide prend son origine dans un contexte qui donne l'occasion d'élaborer une réflexion globale sur le système de santé (VI^e plan), avec une volonté clairement affirmée d'accorder une place plus importante à l'action préventive, parent pauvre du système de santé français. Motivé par la constatation d'une augmentation générale du taux de suicides (notamment chez les jeunes) et par la « découverte » de nombreuses tentatives liées à l'ingestion de plus en plus courante de médicaments (barbituriques), le constat est sans appel : la réanimation des suicidants est possible, mais suppose des services spécialisés à coût élevé. L'argumentaire est là. Le phénomène suicidaire (suicide et tentative) se traduit par des coûts pour la collectivité : coûts constitués principalement par des charges financières directes et par des pertes de production. Légitimé à travers l'importance du préjudice économique engendré pour la collectivité, le rôle de l'État est clairement exposé. Sa tâche en matière de lutte contre le suicide consiste moins en une prise en charge directe de ce problème qu'en un rôle de coordination et d'incitation par des mesures administratives (réglementation) et financières (subventions aux organismes existants). En d'autres termes, la nécessité de prévenir le suicide ne semble plus à démontrer, mais à organiser. L'étude RCB ne donne pourtant pas lieu à des mesures concrètes puisque ses objectifs, hormis pour quelques actions, restent vains. Exemple type de *non-décision*, cet échec n'est cependant pas lié à la particularité de la thématique, mais plutôt à la permanence de la pesanteur médicale « curative » qui persiste dans les questions de santé et, par voie de conséquence, des rapports de force et des orientations qui lui sont inhérents. L'impasse du politique en santé publique, dont témoigne Bruno Jobert dans *Le Social en plan* (1981), est ici révélatrice des obstacles rencontrés pour mettre en œuvre des mesures concrètes de prévention. Il est possible de supposer que les bénéfiques susceptibles d'être induits en ce domaine paraissent moins porteurs de découvertes décisives et de visibilité immédiate que ne pouvait l'être la résolution de problèmes liés à d'autres pathologies. En témoignent les propos de D. Weber et J. Védrette qui, en ce début de la décennie 1980, regrettent que « *le phénomène suicide préoccupe peu les pouvoirs publics par rapport à d'autres manifestations apparemment plus actuelles, mais infiniment moins mortifères, comme la toxicomanie* » [31]. Le suicide apparaît en effet moins prioritaire que d'autres problèmes à l'ordre de l'agenda gouvernemental. Faute de mobilisation effective et d'un répertoire d'actions suffisamment opérationnel par rapport à la mesure de son enjeu, le problème du suicide se voit ainsi relégué au rang des possibles avortés de l'agenda gouvernemental : « *On connaît l'anecdote : un mort c'est un drame, cinq morts c'est un événement, cent morts*

c'est une statistique » [10]. Par cette phrase laconique, André Haim témoigne finalement d'une situation qui n'a guère évolué depuis les années soixante, faisant craindre pour beaucoup l'acceptation implicite de la mortalité suicidaire par les pouvoirs publics.

Controverse et « identification » du suicide comme problème de santé publique

Si l'accès à l'agenda politique est de nature contingente (nature du problème, visibilité dans l'espace public...), force est de constater que l'identification d'un problème n'est en revanche pas systématiquement suivie de sa prise en charge effective. Pourtant, les décennies 1980 et 1990 bouleversent cet ordre tranquille par l'arrivée d'éléments catalyseurs qui accélèrent la dynamique de sa reconnaissance institutionnelle. L'un d'entre eux est la publication d'un livre subversif qui déstabilise l'ensemble des acteurs mobilisés autour de la prévention du suicide. Inspirés par un vaste courant euthanasique marginal mais bien ancré, Claude Guillon et Yves Le Bonniec entreprennent en effet de divulguer en 1982 des recettes « sans violence » pour mettre fin à ses jours dans un ouvrage au titre provocateur : *Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité*. Résolument hostile à toutes mesures de prévention, l'objectif du livre est explicite : donner à chacun les moyens et les informations nécessaires pour quitter sa vie « *en toute tranquillité* ». La publication et son équivoque succès témoignent d'une donnée essentielle quant à la réceptivité sociétale à l'égard du suicide. Se substituant à la condamnation et au blâme qui ont longtemps prévalu, l'attitude libertaire exprimée signe la banalisation du geste. Véritable bombe médiatique, la polémique s'engage rapidement au sein de l'espace public. Professionnels et associatifs engagés sont consternés devant cette tentative qui vise à obtenir l'approbation sociale et l'institutionnalisation du suicide comme acte de liberté par l'anéantissement des efforts faits pour tâcher de le prévenir. La mobilisation est intense et un véritable travail de lobbying commence pour tâcher de combler le vide juridique d'une telle provocation à la mort. L'événement donne lieu à la création de l'Association de défense contre l'incitation au suicide (ADIS) qui, en lien avec les professionnels concernés, cherche à faire voter une loi. Après maintes discussions, une proposition est adoptée en faveur d'une interdiction à la provocation. L'arrêté permet le retrait légal du livre en décembre 1987 (loi 87-1133). Accueillie par beaucoup comme la marque d'un investissement politiquement significatif à ne pas sombrer dans ce que P. Valadier nomme une société suicidaire, cette mesure ne fait pour autant pas l'unanimité des défenseurs des libertés individuelles qui y voient au contraire le signe de l'un des derniers sujets à être victimes de censure. Toujours est-il que le formidable coup de projecteur apporté à cette thématique, par la controverse engagée et sous l'action des médias qui en ont assuré simultanément la promotion, la représentation et la diffusion [8], a



La prévention du suicide

permis de lui faire acquérir une audience et un impact considérables.

Tandis que le problème « suicide » fait indirectement son apparition dans le domaine législatif, les années quatre-vingt-dix ouvrent parallèlement la voie à sa reconnaissance institutionnelle. Considéré par beaucoup comme la pierre de touche de l'institutionnalisation du suicide en enjeu de santé publique, le rapport élaboré par le Conseil économique et social en 1992 sous l'égide du professeur Michel Debout proclame que le suicide est la « seule grande question de société qui n'a jamais été abordée jusque-là par le Conseil économique et social ». Cherchant à présenter, tout en restant dans le registre de l'instruction rigoureuse et d'un dossier sans *pathos*, l'inquiétante réalité du phénomène (ampleur, causes, conséquences), les auteurs entendent démontrer le véritable enjeu de santé que le suicide représente pour notre société : « *Le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias* ». Forte d'une approche relativement exhaustive de la thématique étudiée, une série d'instruments de mise en forme et d'officialisation du problème est ainsi énumérée (nécessité d'une politique de recherche, d'une structure permanente...) pour concrétiser sa prise en charge effective. Accentué par la mort par suicide de l'ancien Premier ministre de l'époque, Pierre Bérégovoy (1993), le rapport fait l'objet d'une large diffusion dans la presse professionnelle et la presse nationale généraliste qui signe l'entrée définitive du suicide au sein de l'espace public. Cette officialisation quasi-étatique du problème témoigne en effet de la prise d'autonomie du thème. Véritable booster dans son processus de reconnaissance institutionnelle, le rapport propose des mesures concrètes dans le sens d'une mise en œuvre régionale individualisée, seule approche pertinente pour s'adapter aux spécificités locales (l'effet proximité), tout en étant suffisamment large pour ne pas s'y noyer. L'orientation préconisée correspond en outre à ce retour du local, initié au début des années quatre-vingt, dans le domaine de l'action sociale qui s'est vu profondément transformé par la mise en œuvre d'un nouveau référentiel d'action dit « territorialisé ». De façon comparable, face aux des difficultés sans cesse croissantes de solvabilité de la protection sociale, de l'émergence de préoccupations sanitaires majeures telles que la prévention du sida [...], et de l'impuissance de l'État et de ses instruments d'intervention trop verticaux et cloisonnés, la refonte du système sanitaire s'impose en France à l'aune des années quatre-vingt-dix, dans le sens d'une déconcentration régionale. Dans la mouvance

du congrès d'Alma-Ata (1978) et de la charte d'Ottawa (1986), la volonté de poser les conditions d'une véritable politique de santé publique apparaît comme une exigence politique inévitable. Premier acte de cette gestation, la création en 1991 du Haut Comité de la santé publique, qui oriente l'élaboration d'une politique de santé tournée vers la détermination de priorités. Permettant l'ouverture d'une fenêtre politique (*policy-window*), la thématique du suicide est reconnue comme une priorité nationale de santé par de nombreux experts en 1994 (méthode Delphi). Confortée par le choix de plusieurs régions dans leurs programmations de priorités de santé (dispositif des conférences et programmes régionaux de santé), la prévention du suicide apparaît même comme l'une des dix priorités nationales de santé publique lors de la première Conférence nationale de santé (1996). À l'image des grands fléaux de notre société, le suicide se voit ainsi dédié, sous l'action militante des *porteurs-constructeurs* du problème, une journée nationale chaque année. Une initiative qui consacre en outre l'engagement et l'intérêt de tous ceux pour qui le suicide n'est ni une fatalité ni une affaire personnelle et qui sont regroupés au sein de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS). Le phénomène acquiert désormais une visibilité politique suffisante. Il revêt le statut de « grande cause nationale » qui change progressivement sa nature sociale et son enjeu politique et attire, par voie de conséquence, une dynamique d'énergie et d'initiative institutionnelle. Parmi les faits les plus immédiatement visibles, sans doute doit-on ici réserver une place particulière aux programmes régionaux de santé (PRS), qui, à travers leurs originalités et spécificités, impulsent une réflexion, des pratiques et des savoir-faire innovants. C'est entre autres grâce à ces prises de position régionales que quelques mois plus tard, Bernard Kouchner, avec le concours de la direction générale de la Santé, proposa l'élaboration d'une réflexion nationale pour impulser et améliorer la prévention du suicide en France. La légitimité de la cause est désormais renforcée par cette impulsion politique décisive, qui entraîne la mise en place d'un programme national de prévention et d'une stratégie nationale d'action face au suicide (2000-2005).

De toute évidence, on ne peut que constater l'élan qui s'est créé, ces dernières années, autour de la problématique suicidaire. Reste maintenant à savoir si cette reconnaissance est le simple fait d'un processus incrémental où au contraire le témoignage d'une réflexion politique de fond sur l'ossature de la société et sur les épreuves que celle-ci fait vivre aux individus, au point d'ailleurs que certains en viennent à la quitter au nom de valeurs qui transcendent le cadre restrictif des *mortalités évitables* si chère à la santé publique. 📖

Les programmes de prévention

Suite aux recommandations de l'OMS en 1989, plusieurs pays européens ont développé des programmes de prévention du suicide avec des approches quelquefois différentes. La France, qui a un des plus grand taux de mortalité par suicide au niveau européen, s'est dotée d'une stratégie nationale d'actions face au suicide pilotée par le ministère de la Santé et programmée sur cinq ans.

La stratégie nationale d'actions face au suicide

Murielle Rabord
Attaché
d'administration
centrale, direction
générale de la Santé

Les données épidémiologiques sur la prévention du suicide (lire page 31), le fait que cette problématique figure parmi les 10 priorités de santé publique de la Conférence nationale de santé dès 1996, ainsi que le choix de 14 régions d'inscrire la prévention du suicide dans leur priorités régionales de santé ont conduit le ministère de la Santé à affirmer la prévention du suicide comme priorité nationale de santé publique dès 1997.

En effet, chaque année, en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en meurent. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, après les accidents de la route, et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. Il croît progressivement avec l'âge, et de manière plus marquée chez l'homme que chez la femme (notamment entre 15 et 40 ans, puis entre 65 et 95 ans ou plus). Les sujets âgés payent le tribut le plus lourd à la mortalité suicidaire. La France a un des plus grand taux de mortalité par suicide au niveau européen.

Il s'agit d'un phénomène complexe et multifactoriel caractérisé par la jonction fréquente de facteurs socio-

logiques et de facteurs psychopathologiques. Le suicide est certes un des symptômes du mal-être, de la souffrance psychique ou de la détresse morale. Cependant, de nombreuses études démontrent l'importance des facteurs psychiatriques : les plus fréquents étant la dépression (50 % des cas), l'alcoolisme (30 %) et la schizophrénie (6 %). Un trouble de la personnalité est, d'autre part, retrouvé chez environ 35 % des suicidés. Le rôle de l'anorexie mentale, de la toxicomanie et de certains troubles de la personnalité est particulièrement important chez l'adolescent et l'adulte jeune.

Ce vécu de souffrance, lorsqu'il est aigu ou trop invalidant, peut déstabiliser la relation d'aide ou les prises en charge sanitaires et rendre inopérants les outils d'intervention classiques dont disposent les professionnels. Cela conduit ces derniers à s'interroger, d'une part sur la nature du trouble et son impact sur les prises en charge, d'autre part sur leur propre compétence à prendre en charge la situation. Les personnes suicidantes sont par ailleurs parfois des usagers assez faiblement demandeurs de soins psychiques ou de rencontres avec les services de soins spécialisés, ou peu préparés à effectuer une telle démarche.

Ainsi, la souffrance psychique ou le trouble mental viennent complexifier les pratiques et ne cessent d'interroger les limites d'intervention et leur basculement possible dans un champ qui n'est plus tout à fait celui du travail éducatif ou social. Cette situation s'accompagne parfois d'un épuisement de ces professionnels, dit « burn out », ces problématiques émergent souvent



La prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires

Une mission ayant pour thème le suicide en prison dresse un état des lieux et propose une série de mesures de prévention.

L'existence de suicides chez les personnes détenues est largement connue, bien que ce phénomène ne représente qu'environ 1 % de l'ensemble des suicides (125 sur 10 268, en 1999, en France). La pendaison est utilisée dans plus de 90 % des cas, comme dans les milieux — l'hôpital également —, où l'accès aux autres moyens est contrôlé.

Les médias relatent avec constance tous les suicides qui surviennent, ce qui crée un incitatif permanent à la prévention. Le taux de suicides dans les établissements est parfois dénoncé comme un phénomène hautement inacceptable et, en même temps, la prévention comme une mission quasi impossible.

Ce contexte n'a pas empêché les acteurs pénitentiaires et sanitaires de faire porter leurs efforts sur la prévention de ce qui est toujours un drame. La mission récente que nous avons réalisée fait un état des lieux et débouche sur une série de propositions [27].

Les chiffres

La figure 1 montre une augmentation nette des suicides à partir de 1993, avec un pic à 138 en 1996. Depuis, le nombre est stabilisé autour de 120 mais aucun fléchissement n'est observé (122 en 2002, 120

en 2003), alors que le nombre de suicides diminue en population générale entre 1993 et 1999, dernière année disponible.

Pour cette même année, les taux de suicides étaient de 22,6 pour 10 000 en tenant compte du nombre moyen de détenus présents, et de 16,2 pour 10 000 entrants¹. Par comparaison, le taux est de 17 pour 100 000 habitants en population générale.

Ces comparaisons manquent de rigueur car les personnes détenues, prévenues ou condamnées, sont essentiellement des hommes et présentent de nombreux facteurs de risque de suicide. Une étude anglaise porte sur la comparaison entre les taux de suicides en détention et en liberté conditionnelle ou en travail d'intérêt général². Les taux observés sont similaires, ce qui limite la part

figure 1

Évolution du nombre et du taux de suicide depuis 1980 en métropole et en outre mer pour les personnes détenues



Source : Statistiques des suicides, direction de l'Administration pénitentiaire-EMS1.

Jean-Louis Terra

Professeur de psychiatrie, chef de service, CHS Le Vinatier, Bron, Laboratoire de psychologie de la santé, équipe d'accueil 3729, université Lyon 2

dans un contexte d'urgence voire de comportements violents.

Les principes de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)

Lancée le 19 septembre 2000, elle comporte 4 axes principaux : favoriser la prévention ; diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux ; améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants ; mieux connaître la situation épidémiologique.

La stratégie a comme postulat que le suicide est

accessible à la prévention ; le suicide étant, pour une part importante des décès, une cause de mortalités évitables.

La stratégie repose sur le modèle de la crise suicidaire qui répond à un processus dynamique étalé dans le temps, accessible au repérage et à une intervention pluridisciplinaire axée sur le lien ; conduisant ainsi à une triple évaluation : du risque suicidaire, de l'imminence d'un passage à l'acte, de la létalité du moyen de suicide disponible.

Par ce modèle d'intervention de crise, on considère aujourd'hui à bon escient que l'établissement d'un lien

de sursuicidité imputable à la stricte détention. Un tel constat n'a jamais été un motif pour ne pas faire de la prévention du suicide une priorité en milieu pénitentiaire.

Les facteurs de risque

Les facteurs de risque de suicide tels que la nature du crime (crime de sang, agression sexuelle sur mineur) ou du délit, le statut de prévenu ou de condamné, les événements de la vie judiciaire (reconstitution, procès, condamnation, refus de libération conditionnelle), et les événements de la vie pénitentiaire (écrou, primo incarcération, placement au quartier disciplinaire) sont bien connus et régulièrement étudiés par l'administration pénitentiaire.

Un effet lié aux caractéristiques des établissements est recherché avec soin selon de nombreux paramètres : maison d'arrêt ou centre de détention, taille, ancienneté, effectifs de personnels, surpopulation. De telles analyses fournissent des résultats complexes, montrant que l'effet structure peut donner des tendances mais ne peut expliquer à lui seul l'essentiel du phénomène suicide.

Les facteurs de risque de suicide en lien avec la psychopathologie sont en revanche moins connus. Une étude épidémiologique d'envergure est en cours à l'initiative de la direction générale de la Santé pour connaître la prévalence des troubles psychiques chez les personnes détenues. La Commission centrale de suivi des

actes suicidaires au sein de l'administration pénitentiaire ne dispose pas de données pour apprécier le poids des maladies mentales chez les personnes détenues décédées par suicide. Une perspective médicale serait indispensable pour tirer des enseignements afin d'améliorer la prévention.

La prévention du suicide

Les établissements pénitentiaires ont toujours été confrontés à ce problème mais, depuis plus dix ans, il existe un renforcement de la lutte. Les axes ont été l'amélioration des conditions de détention, une meilleure détection des facteurs de risque, une amélioration de l'accès aux soins, de la surveillance. Des établissements sont devenus des sites pilotes pour expérimenter les recommandations faites par les groupes de travail. Deux circulaires, en 1998 et en 2002, ont structuré la mission de prévention et scellé l'engagement du ministère de la Santé dans cette prévention.

Lors de la mission, il s'est avéré que le dépistage reste insuffisant puisque l'évaluation du risque de suicide et de l'urgence suicidaire n'est pas réalisée systématiquement. Les antécédents suicidaires ne sont pas assez recherchés, malgré une mise en place de commissions de prévention du suicide. Comme dans beaucoup de pays, le taux des personnes décédées par suicide qui ont été repérées précédemment reste trop faible. Cela pourrait laisser supposer qu'à partir du moment où le

repérage est fait, les mesures prises sont efficaces.

Le nombre de personnes ayant une prescription d'antidépresseur varie de 1 à 10 selon les établissements. La dépression non traitée restant la première cause de suicide, de telles variations demandent à vérifier s'il n'y a pas une perte de chance pour certaines personnes dépressives.

Le risque de suicide est considérablement augmenté dans les heures qui suivent le placement au quartier disciplinaire. En raison de cette accélération temporelle du risque, un examen par un psychiatre viendrait vérifier qu'une crise suicidaire ne se cache pas derrière un comportement violent. Cette mesure doit faire l'objet d'une expérimentation.

Une recommandation essentielle porte sur la formation à l'intervention en cas de crise suicidaire. Cette intervention n'est que l'attitude à avoir devant une personne en détresse psychique. L'objectif de former 2 200 personnes d'ici fin 2005 a été retenu.

La prévention du suicide en établissement pénitentiaire est un défi que plusieurs pays ont relevé avec succès. Chaque fois, c'est l'association entre l'investissement dans la formation des personnels et une organisation coordonnée entre les services pénitentiaires et sanitaires qui a été la clé de la réussite. 

1. Source : Statistiques des suicides, direction de l'Administration pénitentiaire-EMS1

2. Source : <http://cebmbh.warne.ox.ac.uk/cebmbh/elmh/nelmh/suicide/prison/>.

de confiance exige l'acceptation du comportement suicidaire et que le meilleur moyen pour établir un bon contact avec une personne suicidaire est d'aborder directement le sujet.

La stratégie nationale concerne tous les âges de la vie. Des études et recherches sont financées par le ministère de la Santé afin de mieux cerner le phénomène du suicide à tous les âges de la vie, afin d'adapter au mieux les actions de prévention et de prise en charge en regard (par exemple : le suicide chez les personnes âgées ; l'analyse du suicide par une approche de génération....).

La stratégie ne néglige aucun moyen d'action visant à la diminution du suicide. La complexité de la démarche de prévention justifie une multitude d'actions au plus près des personnes (par exemple : les travaux visant la réduction d'accès des moyens très létaux de suicide).

La stratégie privilégie une démarche ascendante et s'appuie sur l'expérience des programmations régionales de santé. Ce dispositif national privilégie le développement d'actions de proximité au plus près des situations de souffrance. L'intervention de l'administration centrale s'inscrit en appui technique des programmes



La prévention du suicide

régionaux de santé (PRS) et en complémentarité et subsidiarité des programmations d'actions locales. Cela permet d'une part d'éviter que des régions réalisent chacune isolément une même action et d'autre part le lancement d'actions modélisables dans toutes les régions. Il s'agit d'inciter à la diffusion et à l'implémentation, sur l'ensemble du territoire, d'actions jugées comme pertinentes et indispensables à une égalité d'accès aux soins de qualité.

Pour ce faire, la direction générale de la Santé (DGS) réunit régulièrement depuis 1998 l'ensemble des responsables des PRS « suicide », et depuis 2001 l'ensemble des référents des directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass) sur la prévention du suicide.

En effet, un référent sur la prévention du suicide a été désigné dans chaque Drass, afin de favoriser à terme l'émergence d'une programmation régionale, et à brève échéance la prise en compte d'un certain nombre d'actions indispensables eu égard à la problématique de santé publique en cause.

Aujourd'hui, il existe 11 PRS sur la prévention du suicide ; 2 PRS « santé des jeunes » intégrant fortement la problématique de prévention du suicide et un PRS « santé mentale des adolescents ». Par ailleurs, un tiers des actions des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) première génération concernent la santé mentale.

La stratégie nationale est une approche pluriprofessionnelle et interministérielle. Elle s'inscrit dans une approche globale et territoriale de la santé mentale. Cette stratégie est une politique de santé publique s'appuyant sur les principes suivants :

- l'intervention de l'État ne peut limiter le système de santé au seul système de soins ;
- les actions et les acteurs existent, mais on constate un manque d'objectif global de promotion de la santé.

Cela entraîne la nécessité d'une mobilisation des différents professionnels concernés par cette problématique. Pour ce faire, la DGS s'est également appuyée sur un comité d'experts et un comité de suivi regroupant les représentants d'autres départements ministériels ou institutions (Caisse nationale d'assurance maladie, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Fondation de France, sociétés savantes...).

Il est ressorti de cette approche interministérielle plusieurs travaux : circulaire Santé/Justice du 26 avril 2002 sur le suicide en prison et le rapport 2003 de la mission du P Terra sur la prévention du suicide en détention ; législation de 2002 sur les armes à feu instaurant une procédure administrative de retrait d'une arme à feu par le préfet lorsque, pour des raisons de santé, il y a risque de suicide ; prise en compte de la problématique du suicide dans le contrat-cadre de partenariat en santé publique de 2003 entre le ministère chargé de la Santé et le ministère chargé de l'Éducation nationale.

La stratégie est évolutive et vise l'amélioration des

pratiques professionnelles, la cohérence et la qualité des actions dans ce domaine, le renforcement de la coordination des actions et des interventions, et l'amélioration de l'information du public et des professionnels.

Les principales actions constituant la stratégie nationale

Améliorer la prévention du suicide

La direction générale de la Santé soutient financièrement, depuis plusieurs années, le mouvement associatif d'accompagnement des personnes suicidantes et de leurs familles, comme les associations d'accueil et d'écoute téléphonique fédérées autour de l'Union nationale pour la prévention du suicide.

Le développement de la prévention primaire ou de la promotion en santé mentale est un des axes majeurs de la stratégie, visant notamment le renforcement des actions d'éducation pour la santé, en amont de toute manifestation de comportements à risque ou de symptômes. Plusieurs travaux sont ainsi engagés avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, en lien avec la Cnamts (labellisation d'outils d'éducation pour la santé ; préparation de campagnes de communication sur la santé mentale ; expertise des actions de promotion de santé mentale).

Mieux connaître les circonstances des suicides pour limiter l'accès aux moyens létaux de suicide

Il s'agit de mieux connaître les circonstances des suicides pour limiter l'accès aux moyens létaux de suicide, notamment dans les cas de suicide dits impulsifs. À cet effet, par exemple, des travaux sont engagés sur le suicide dans le métro parisien et le suicide par armes à feu.

Améliorer la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants

Des formations de formateurs sur la crise suicidaire sont réalisées depuis deux ans, ainsi que leurs déclinaisons en formations territoriales pluridisciplinaires, à partir des conclusions de la Conférence de consensus, Anaes/Fédération française de psychiatrie, d'octobre 2000 sur « la crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge ». Il s'agit de permettre, aux personnes susceptibles d'être confrontées au cours de leur activité professionnelle ou bénévole à des personnes suicidaires, de repérer la crise suicidaire et de détenir des informations sur la conduite à tenir dans ce cadre. Il ne s'agit en aucun cas d'opérer un quelconque transfert de compétences des professionnels soignants.

Des audits cliniques sont réalisées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) auprès des établissements de santé pour l'application des recommandations Anaes parues en 1998 sur « la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide ». Il s'agit de ne pas banaliser

la tentative de suicide et de prendre en compte, non seulement les aspects somatiques induits, mais aussi la souffrance psychique (pré) existante.

Mieux connaître la situation épidémiologique

Un pôle d'observation du suicide a été mis en place à la direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) en novembre 2000. Ses objectifs sont notamment l'amélioration du recensement des tentatives de suicide et des suicides en population générale, ainsi que parmi les personnes suivies en médecine de ville, en institution sanitaire ou médico-sociale. En lien avec l'Institut national de veille sanitaire, ce pôle d'observation a un rôle d'alerte et de surveillance au plan régional.

Enfin, depuis 1998, dans le cadre du programme d'intérêt commun « santé mentale » DGS/Inserm, des études et recherches sont définies et réalisées dans ce domaine.

Les axes d'amélioration de la stratégie nationale

À mi-chemin, un premier bilan de la stratégie nationale d'actions face au suicide montre de nombreux points positifs. Il existe une forte mobilisation des régions et des acteurs locaux autour de cette priorité nationale de santé publique.

La stratégie nationale d'actions face au suicide a eu un impact plus global sur les soins en santé mentale : accroissement des capacités d'accueil en pédo-psychiatrie ; renforcement de la présence psychiatrique dans les services d'urgence ; renforcement des liens entre professionnels de champs différents (médecine de ville, hôpital, travailleurs sociaux, éducateurs...) ; intégration de la prévention du suicide dans les formations des futurs médecins et psychologues.

Cependant, certains axes de travail devraient être développés davantage, notamment celui de l'amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance et de leur entourage. Cela induit de mieux impliquer les professionnels soignants (médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie) dans la prévention du suicide.

Agir sur les déterminants de santé du suicide : le plan dépression

Le bilan de la stratégie nationale d'actions face au suicide souligne la nécessité de replacer la prévention du suicide dans un contexte d'ensemble concourant à la bonne prise en charge de la santé mentale des personnes. Cela conduit à développer une approche plus globale de la santé mentale, s'agissant notamment des actions de prévention et de prise en charge.

Il est désormais nécessaire de développer un axe fort sur les déterminants de santé du suicide, et notamment les facteurs dépressifs. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique fixe comme objectif quantifié de santé l'amélioration de la prise en charge de la dépression. Un plan dépression est actuellement en

cours de finalisation et devrait contribuer à la prévention du suicide.

Renforcer la prise en compte de l'impact du suicide sur l'entourage

Le suicide peut être considéré comme « une catastrophe en chaîne ». La notion d'impact sur l'entourage doit être prise au sens large : sur la famille et les proches (la post-vention pour les personnes endeuillées ; l'urgence médico-psychologique et le traitement post-traumatique), sur le professionnel assurant le suivi de la personne suicidée et sur l'institution.

La direction générale de la Santé participe à un groupe de travail sur le « deuil après suicide » mis en place en 2003 par l'UNPS. Il s'agit d'identifier les facteurs de risque du deuil après suicide au niveau psychologique, comportemental, voire suicidaire et de proposer des actions pertinentes de soutien des personnes endeuillées qui, outre le travail de deuil, doivent surmonter un choc traumatique et nourrissent des sentiments de culpabilité.

Développer des actions très ciblées auprès de publics particulièrement sensibles : la formation régionale de prévention du suicide en milieu carcéral

Les ministres de la Santé et de la Justice ont missionné le Pr Terra pour faire des propositions concrètes afin de mieux prévenir le suicide en prison (lire encadré p. 40). Les conclusions de ce rapport, rendu public en décembre 2003, font l'objet d'un plan national. Parmi les propositions du rapport, un des axes forts retenus par les ministres est la formation des personnels pénitentiaires sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire.

Conclusion

La diminution du nombre de décès par suicide figure parmi les objectifs pluriannuels quantifiés de santé inscrits dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique. Le ministre de la Santé s'engage dans ce cadre à réduire de 20 % le nombre de décès par suicide en France dans les cinq ans.

La politique rénovée de santé mentale menée réaffirme donc cette priorité de santé publique, tout en soulignant la nécessité de replacer la prévention du suicide dans un contexte d'ensemble concourant à la bonne prise en charge de la santé mentale des personnes. Elle incite également à la poursuite de l'inscription de la stratégie nationale dans le cadre d'une démarche qualité et scientifique. Est ainsi posée la question essentielle de l'évaluation des politiques nationales et locales dans ce domaine : évaluation d'impact sur le phénomène du suicide et évaluation de processus des actions composant cette stratégie. 



Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe

Agnès Batt
Inserm, faculté
de médecine,
Rennes

L'inventaire des taux de suicides dans différents pays du monde met en évidence que rares sont les pays épargnés. Les taux varient de 0 pour l'Égypte ou l'Azerbaïdjan à plus de 80/100 000 pour les hommes en Lituanie. La publication de taux extrêmement faibles pose spontanément la question des différences entre les modes de recueil de données sur les décès par suicide et/ou l'existence d'une possible sous-déclaration, elle-même non sans rapport avec les représentations du suicide et les caractéristiques culturelles ou idéologiques du pays. Comment croire, en effet, qu'un phénomène aussi multiforme et universel que le suicide puisse totalement épargner un pays ? Et pourtant, c'est bien vers cette improbable frontière que de nombreux pays ont décidé d'œuvrer à travers la mise en place de plans de prévention, eux-mêmes issus de réflexions diverses.

L'analyse qui suit a été réalisée à partir des programmes communiqués directement par leurs auteurs ou les représentants des pays concernés¹ et/ou par les compléments d'information recueillis lors des échanges dans le cadre du programme Mental Health in Europe².

Le suicide s'est imposé comme un problème de santé publique dès les années soixante-dix³, dans de nombreux pays. La nature multidimensionnelle du phénomène, son ampleur en termes de statistiques, de nombre de personnes concernées par un suicide (famille, entourage, milieu de travail) sont apparues lourdes. De plus, le coût du suicide en termes d'années de vie perdues et d'arrêts de travail, pour l'entourage des suicidés mais aussi bien sûr pour les auteurs de tentatives de suicide, a encouragé le monde médical et médico-social à se mobiliser.

Dès 1984, les États européens membres du bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adoptaient une résolution comprenant 38 objectifs concernant la « Santé pour tous en l'an 2000 ». Parmi ceux-ci, figurait le renversement de la tendance à l'augmentation des suicides dans le monde. En 1989, l'OMS recommandait à tous les États membres de développer un programme national de prévention, si possible en

lien avec les autres programmes de santé publique existant dans le pays. Il était en outre recommandé la mise en place de comités de coordination pour la prévention du suicide. Dans cette ligne, fut mis sur pied le groupe de travail qui devait donner naissance à l'étude multicentrique sur le parasuicide en Europe. Les 13 pays participants étaient représentés par au moins un « centre »⁴.

La démarche initiale n'a pas été la même dans tous les pays. Comment aurait-il pu en être autrement alors que les traditions de santé publique, les définitions du suicide et les paradigmes de prévention étaient différents ?

Prenons, par exemple, la notion de prévention du suicide. Depuis Caplan [3] il est classique de découper les actions (réelles ou possibles) de prévention en actions primaires, secondaires et tertiaires. De nos jours, ces notions ont quelque peu évolué et on identifie dans la littérature des définitions différentes (tableau 1).

Au-delà d'une simple discussion sémantique, on perçoit que les enjeux sont différents : pour Silverman et Felner [25] ainsi que pour Upanne [30], la prévention primaire consiste en la réduction de l'apparition de troubles psychiques, alors que dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS)-suicide en Bretagne, l'accent est surtout mis sur l'information en population générale, ce qui ne mobilise pas les mêmes paradigmes, les mêmes professionnels ni *a fortiori* les mêmes populations. De même, selon la définition retenue, la deuxième étape de la prévention mobilisera plus particulièrement des équipes psychiatriques, des associations et/ou des professionnels intervenant auprès de personnes et de groupes à risque, ou éventuellement de tout le corps social. Quant à la troisième étape, on notera qu'elle s'adresse dans la majorité des cas à des populations ayant déjà réalisé un geste suicidaire et mobilisera en priorité des équipes soignantes s'adressant à des individus dans une relation duale. Celle-ci s'inscrira dans une stratégie de santé publique si l'environnement politique, au sens large, est demandeur et se donne les moyens de l'appliquer. Au Québec, cette dernière étape, dite de *postvention*, s'adresse davantage aux endeuillés, activité encore peu développée dans notre pays.

On peut distinguer deux grands modèles théoriques de prévention du suicide : le modèle maladie/santé de Tudor [29], dans lequel le suicide est considéré comme une maladie ou un trouble [25]. La « solution » sera donc construite sur le modèle médical : recherche des symptômes, prévention de leur apparition et/ou de leur aggravation. L'intervention se situe logiquement après la manifestation du trouble. Le modèle se concentre sur les personnes ou les groupes à risque. De nombreux chercheurs considèrent que les actions qui vont dans le sens du modèle médical sont celles qui ont le plus d'impact [9, 11].

4. Pour la France ce furent Bordeaux et Cergy-Pontoise entre 1989 et 1991, puis Rennes à partir de 1994.

1. Une première analyse a été réalisée pour le conseil scientifique réuni à la DGS, en vue de l'établissement du Programme national de prévention du suicide en 1999 (Comment les nations...).

2. P. van den Heede, Mental Health in Europe.

3. Un premier centre de prévention du suicide avait été créé en 1950, à Los Angeles par E. Schneidman et N. Farberow.

tableau 1

Termes utilisés par un panel d'auteurs pour parler de la prévention du suicide

1	2	3	Références
Prévention : tout ce qui concourt, en population générale, à réduire les taux de troubles mentaux	Intervention précoce : cherche à réduire la prévalence des troubles	Traitement : intervention auprès des suicidants (après un premier geste suicidaire)	Silverman & Felner, 1995 [25]
Primaire : cherche à réduire l'incidence des taux de troubles psychiques	Secondaire : cherche à réduire la prévalence des troubles, leur intensité, sévérité et durée	Tertiaire : s'adresse aux personnes qui présentent des troubles sérieux. Elle vise la réduction de la récurrence suicidaire	Upanne, 2001 [30]
Promotion / Prévention : information des publics ciblés et/ou de tout public, transmission d'outils d'identification de personnes à risque, sensibilisation, accès aux moyens	Intervention : réponse à la crise suicidaire (ligne téléphonique, rencontre face à face, service de prise en charge et de soutien à court terme)	Postvention : activités thérapeutiques s'adressant aux personnes vivant le deuil suite au suicide d'un proche (réduction du niveau de détresse, des risques d'imitation, et favorisant le rétablissement et la résolution du processus de deuil)	Séguin, 2004 [22]
Générale : mesures de promotion de la santé (psychologie, social et éducation et prévention des accidents)	Indirecte : identification et traitement de la maladie [mentale] et des problèmes sociaux et relationnels dans les groupes ou les situations à risque	Directe : l'objectif est de combattre le processus suicidaire lui-même c'est-à-dire les idées suicidaires, les tentatives et le suicide	Programme national suédois, 1996
Primaire : s'adresse à un public très large (organisation sociale et registre culturel)	Secondaire : repérage et prise en charge de personnes présentant plusieurs facteurs de risques pathologiques ou environnementaux	Tertiaire : soins aux suicidants	Leguay, 2004 [18]
Primaire : information auprès du public, au sens large : information en population générale sur le suicide...	Secondaire : auprès de «groupes à risque», scolaires, Rmistes, personnes incarcérées, etc.	Tertiaire : auprès des suicidants, allant jusqu'à la prévention de la récurrence	PRS souffrance psychique et phénomène suicidaire, 1996

Par ailleurs, on note un modèle d'interaction ou de crise, celle-ci étant représentée comme « *la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité* » [16]. Dans ce type de modèle théorique, les problèmes résultent d'un processus de développement. La prévention doit donc anticiper ce processus en agissant là où le problème est susceptible d'apparaître (lieux, groupes, situations). Le modèle se concentre sur les circonstances et les interactions entre facteurs. Une très vaste part de la littérature accorde sa préférence au modèle d'interaction et au paradigme interventionnel, mais nous observerons des phénomènes de va-et-vient.

Les divergences de vues entre les tenants des deux modèles culminent dans la conception de la prévention primaire.

Les programmes nationaux

Dans une étude datant de 1997, Taylor et al. classaient les pays en trois groupes : ceux dans lesquels une stratégie d'ensemble et détaillée était en cours de mise en place (Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège, Australie et Suède), ceux dans lesquels il existait des programmes

pas nécessairement coordonnés entre eux et axés sur un nombre restreint d'objectifs (Pays-Bas, Angleterre, États-Unis, France et Estonie) et ceux dans lesquels il n'y avait pas d'action au niveau national (Japon, Danemark, Autriche, Canada et Allemagne).

Six années plus tard, la situation a beaucoup changé et on dénombre, pour la seule Europe, dix pays qui ont écrit un programme de prévention du suicide : Finlande, Norvège, Suède, Danemark⁵, Estonie, Écosse, Angleterre, Allemagne, France et Slovénie [16].

Il n'est pas possible dans les limites d'un article de détailler tous ces programmes. Par contre, voyons comment les principaux programmes se positionnent, en privilégiant trois aspects : le cadre de la démarche, la stratégie d'action et les modalités de réalisation.

La Finlande : référence de tous les programmes

Dans le groupe I, le programme de prévention implanté en Finlande est la référence de tous les programmes, de par son antériorité et de sa construction. Il découle, en première instance, des recommandations de l'OMS « La santé pour tous en l'an 2000 ». Il a été initié par le ministre des Affaires sociales et de la Santé et est placé sous la responsabilité du Centre national de

5. Versions transmises par P. van den Heede, Mental Health in Europe.



La prévention du suicide

recherche et de développement pour le bien-être et la santé (Stakes)⁶.

En préalable au démarrage du programme, une procédure de grande envergure a été conduite pour acquérir une connaissance empirique du suicide dans la culture finlandaise. Une enquête utilisant l'autopsie psychologique a porté sur tous les suicides commis en Finlande pendant l'année 1987. Le corpus d'informations recueillies sur les facteurs de risque de suicide en population générale, utilisé en parallèle du modèle théorique de prévention mis au point pour le contexte local, a servi de base pour écrire le Programme national de prévention du suicide. Celui-ci incluant un modèle pour la prévention du suicide, les descriptions détaillées des défis et des recommandations pour mettre en place les pratiques dans différents champs se sont transformées en stratégie d'actions.

Elle se situe clairement dans une logique interventionniste de santé publique et se propose d'attirer l'attention du corps social sur la complexité du suicide (avec référence particulière au service public), de lancer le projet dans l'ensemble du pays (régions et secteurs), d'intégrer le projet dans la routine du secteur public, et enfin de soutenir des activités susceptibles d'affecter le système de santé en particulier.

D'emblée, la coopération de tous les acteurs, là où ils se trouvent, à leur niveau et dans leur secteur, est recherchée. Chaque sous-projet a ses objectifs et utilise un mode opératoire spécifique et s'appuie sur les organismes locaux déjà impliqués dans une politique de prévention. Notons que la décision de ne pas effectuer des interventions limitées à l'information sur le suicide dans les écoles a été clairement affichée. Par contre, l'accent a été mis sur le support dans des situations de crise, la reconnaissance des facteurs de risque et le renforcement des facultés de « coping ».

Le projet a été financé par le ministère pour dix ans (1986-1996).

En Norvège : un programme interactif

Le Plan national de prévention du suicide norvégien (1994-1998) s'est lui aussi appuyé sur une expérience locale : le modèle de Baerum. Depuis l'année 1978, les travailleurs sociaux et le personnel médical pointaient l'arbitraire du traitement des tentatives de suicide dans la région. En 1981, un groupe d'étudiants avaient répertorié les besoins de soins des tentatives arrivant à l'hôpital et, au printemps 1983, un projet coopératif était mis en place entre la municipalité de Baerum (proche d'Oslo) et l'hôpital. Le modèle de Baerum comprenait 4 étapes : la prise en charge somatique et le recensement, une intervention psychosociale et/ou psychiatrique, les soins de post-cure par une infirmière de santé publique et le suivi continu à domicile ou à l'hôpital. Le programme détaille les tâches du personnel et comporte aussi des recommandations pour son bien-être.

6. Ministry of Social Affairs and Health et National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes).

En 1989, à l'initiative du P^r Retterstol, directeur de la Norwegian Directorate of Public Health avec le concours de la Norwegian Psychiatric Association et le département of Medical Behavioural Science de l'Université d'Oslo, s'est concrétisé le passage d'un programme initialement basé sur un modèle santé/maladie à un programme interactif. Le plan de prévention du suicide écrit visait à :

- augmenter l'attention portée par les politiques et les administratifs de la santé et du secteur social, sur les problèmes associés au suicide, les facteurs de risque (drogue, alcool, maladie mentale et problèmes sociaux);
- promouvoir et développer la mise au point de directives en direction des services de santé et du service social;
- promouvoir la coopération avec les médias;
- mettre en place des programmes d'éducation en suicidologie pour les différents professionnels;
- promouvoir la recherche existante et encourager de nouvelles recherches;
- favoriser la mise en réseau des organisations existantes (gouvernementales ou ONG) aux niveaux régional et national.

En 1998, le programme a été prolongé d'un an puis reconduit, pour trois ans, sous le nom « Efforts against suicide »⁷. L'accent de cette extension est mis sur la recherche, la vulgarisation des connaissances sur le suicide et la mise en place de protocoles de traitement et de suivi des tentatives de suicide. Ce qui est tout à fait nouveau, c'est le ciblage de certains groupes : les enfants et les adolescents, les homosexuels, les personnes âgées et les « survivants » (endeuillés).

La Suède développe le traitement de la dépression

En Suède, un changement significatif est peut-être en train de s'opérer. Après avoir mis en place (1996) des directives fixant des objectifs se référant principalement à un modèle d'interaction, un tournant est perceptible, suite à la publication de Isacson [11] sur les effets du traitement de la dépression en population générale. L'étude ne sous-estime pas les nombreux obstacles susceptibles de fausser les interprétations « *il faudra des années pour traduire les résultats dans la réalité* » mais « *le traitement accru de la dépression dans la population est une stratégie efficace de prévention du suicide* » [12]. Par contre, on ne peut ignorer que cette position avait fait l'objet de débats très intenses lors du 9^e Symposium européen sur le « suicide et comportement suicidaire » qui s'est tenu à Warwick (Royaume-Uni) du 14 au 17 septembre 2002, le P^r Van Praag (Université de Maastricht, Pays-Bas) présentant des études dont les résultats étaient totalement opposés et allant, éventuellement, à l'inverse de l'effet attendu.

Angleterre et Pays-Bas : des programmes récents

Les pays du groupe II de Taylor [26] ont changé de statut.

7. Non traduit en anglais. Information D^r H. Hjelmeland.

L'Angleterre, les Pays-Bas et la France ont rédigé (ou sont en cours de rédaction d'un programme).

La Grande-Bretagne étant un pays très décentralisé, l'Angleterre a rédigé sa propre stratégie nationale de prévention du suicide, en 2002, indépendamment de l'Écosse qui a produit un autre programme : « Choisir la vie : une stratégie d'action et un plan pour prévenir le suicide en Écosse ».

La stratégie élaborée en Angleterre est l'issue d'un long processus qui a dû prendre en compte l'absence de continuité des politiques. Elle repose sur 4 principes : couvrir l'ensemble des champs, se baser sur une connaissance scientifique ayant fait l'objet de publications, être construite sur des actions spécifiques, pratiques et susceptibles d'être suivies et enfin être évaluée.

Elle se fixe 6 objectifs :

- la réduction des risques dans les groupes à risque ;
- la promotion de la santé mentale positive dans la population générale ;
- la réduction de l'accessibilité et la létalité des moyens ;
- l'amélioration de la façon dont les médias rapportent les suicides ;
- la promotion de la recherche ;
- et l'amélioration de la surveillance de la progression des actions allant dans le sens des directives « *saving lives : our healthier nation* ».

Les Pays-Bas avaient fait le choix de ne pas implanter de politique nationale, mais plutôt d'encourager les différents corps professionnels à assumer leurs responsabilités et à développer les meilleures procédures pour le traitement, la prise en charge hospitalière, le recours à la psychiatrie et la formation des généralistes, avec le support du gouvernement. Pour cela, ils avaient créé un Centre national de formation et d'éducation et augmenté les subventions à la recherche appliquée. Ils se sont récemment rangés du côté des pays qui rédigent un plan de prévention du suicide. Au moment où ce rapport est écrit, celui-ci n'est pas encore disponible.

Danemark et Allemagne : des stratégies nationales

Enfin, dans le groupe III de Taylor, le Danemark et l'Allemagne ont aussi rédigé une stratégie nationale.

Au Danemark, les travaux du Conseil national de santé ont commencé en 1997 et les recommandations ont été publiées en août 1998. Tout est basé sur l'affirmation, clairement énoncée, qu'il est « *inacceptable que des personnes mettent fin à leurs jours* ». Trois niveaux de prévention ont été définis : une prévention centrée spécifiquement sur l'individu et le processus suicidaire ; une prévention centrée sur des facteurs de risque et des groupes à risque donnés ; et une prévention générale délivrant des informations susceptibles d'améliorer la qualité de la vie en général, incluant les capacités de « coping » en situations de problèmes et de crise.

Les objectifs incluaient :

- une meilleure connaissance des facteurs de risque

et des groupes à risque de manière à renforcer les actions en direction de ces groupes ;

- l'identification et la prise en charge de toute personne suicidaire ;
- l'amélioration des ressources pécuniaires et la réduction de la pression sociale sur les individus ;
- l'accroissement des compétences des professionnels en contact avec des personnes suicidaires ;
- l'augmentation des connaissances sur le suicide par la recherche, l'éducation et l'évaluation ;
- et enfin, la lutte contre une tendance à percevoir le suicide comme un acte acceptable et normal.

Le programme était prévu pour une période de cinq ans et des programmes régionaux ont été construits parallèlement au programme national.

En Allemagne, le programme national de prévention du suicide⁸ a la structure d'un tableau carré : horizontalement se trouvent les groupes spécifiques qui doivent bénéficier du programme (enfants et adolescents, personnes âgées, etc.) et verticalement les différentes mesures qui sont transversales à tous les groupes (travail avec les médias et la publicité, limitation des moyens, etc.). La structure de l'ensemble constitue une matrice ouverte, dans laquelle les personnes, les institutions ou les organisations intéressées par la prévention du suicide peuvent facilement s'intégrer.

Parallèlement à ce programme se développe l'Alliance contre la dépression, à partir d'une expérience menée à Nuremberg en comparaison de ce qui se fait à Würzburg. Il s'agit d'un dispositif comportant quatre niveaux :

- l'optimisation des soins de santé primaire, en collaboration avec les médecins généralistes ;
- une campagne de relations publiques sur la dépression et visant à réduire la stigmatisation de la maladie. Cette campagne se fait par l'intermédiaire de toute sorte de supports : prospectus, brochures, posters, vidéos, spots télé et cinéma, etc. ;
- coopération avec les « amplificateurs »⁹ : il s'agit des enseignants, des conseillers, des prêtres, des infirmières gériatriques, des policiers, des pharmaciens, etc.
- enfin la création d'une ligne téléphonique ouverte 24h/24h pour les suicidants ou les personnes en crise ou leurs proches et, conjointement, la création de groupes d'entraide.

Évaluation

Un seul pays, la Finlande, a procédé à une évaluation (interne et externe) de sa programmation et est donc en mesure de chiffrer la diminution des taux de suicide. L'évaluation interne ou externe¹⁰ n'a pas porté sur les données épidémiologiques « dures ». Les évaluateurs sont même assez critiques vis-à-vis de programmes où seules des actions qui ont déjà donné lieu à des évaluations

8. Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. A. Schmidtke, DP G. Fieldler, mars 2003.

9. « Multipliers » dans la traduction anglaise.

10. L'évaluation externe a été réalisée par un panel de chercheurs non finlandais.



La prévention du suicide

chiffrées seraient considérées comme susceptibles de figurer dans un plan de prévention.

L'évaluation interne a été jugée favorable sur le fait qu'il est possible de préparer et d'implanter un programme à l'échelle d'un pays; qu'une approche globale de la prévention du suicide était faisable; qu'il était possible d'introduire le sujet de la prévention du suicide dans les institutions sociales; que même dans une institution autoritaire et masculine comme l'armée il est possible d'augmenter les capacités de «*coping*» et de support et qu'une approche par la prise en compte des problèmes de la vie courante est possible.

Selon l'évaluation externe, les points positifs étaient : la couverture de larges secteurs du public dans tout le pays, la mise sur l'agenda social de la question du suicide, le développement de modèles interactifs pour la promotion de la santé, la publication de nombreux guides, l'influence sur les organisations et les professionnels du secteur public.

De plus, des pré-requis se sont révélés importants. Citons «*l'engagement de l'administration centrale et des niveaux de supervision, la coopération d'un très grand nombre de professionnels au-delà des professionnels de santé mentale, l'adaptation aux conditions de vie réelles [des personnes], le travail coopératif et non pas l'utilisation de modèles tout faits, le fait de parler le même langage, le respect de la culture et des pratiques dans le champ en question et le fait de viser des modèles d'action pratiques*».

L'Alliance contre la dépression, à Nuremberg, présente une évaluation à douze mois. Il y est noté la forte acceptation du programme et le désir de coopération des professionnels locaux, ainsi que la très grande participation du public. Une journée «*anti-dépression*» a attiré un millier de visiteurs dans le principal établissement responsable. Des enquêtes de population ont montré que la prise de conscience de la dépression avait augmenté. Enfin, les auteurs annoncent une diminution du suicide de 25 % et des tentatives de 21 %, ainsi qu'un changement notable des habitudes de prescriptions des médecins généralistes, mais concèdent que la procédure d'évaluation doit être poursuivie.

Discussion

On observe une nette tendance à se situer dans un modèle d'interactions ou de crise, impliquant l'ensemble du corps social pour répondre aux multiples facettes du phénomène suicidaire. Une place plus ou moins large est faite à la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique, selon les pays et selon les époques. Mais la seule référence à un modèle théorique ne suffit pas à la réussite d'un plan. Voyons donc les points qui paraissent des points d'assise forts.

La volonté politique est présente, à des degrés divers, dans les pays cités. Toutefois, l'exemple de l'Angleterre (mais aussi de l'Écosse) montre que, tant que cette volonté n'est pas traduite en actions, elle n'est pas à l'abri de changements de politique, sources

potentielles de retard. Dans les pays nordiques cités, la volonté politique a été concrétisée par la rédaction de directives, qui elles-mêmes s'appuyaient sur des recherches fondamentales. Le développement des liens avec les politiques et la meilleure connaissance de leur attitude vis-à-vis du suicide font l'objet, au sein de l'Assemblée des régions européennes (AER)¹¹, d'une recherche spécifique.

En réponse à la complexité de la question, plusieurs pays ont créé un Centre national de prévention du suicide (appelés centres régionaux de référence en Norvège) dont le but est de regrouper, potentialiser, renforcer les recherches nécessaires pour approfondir la connaissance du phénomène suicidaire et être capable de fournir des données locales.

Pour être opérationnelles, et éventuellement être porteuses d'améliorations, les directives doivent être déclinées en interventions mobilisant des intervenants et s'adressant à des populations cibles. En Finlande et en Norvège, les cibles et les acteurs impliqués ont été multiples et, dès le démarrage, la coopération de tous les acteurs a été recherchée. La mise en œuvre à l'échelon local s'est effectuée sous la responsabilité d'autorités locales en utilisant les données épidémiologiques locales. Au total, en Finlande, environ 100 000 professionnels des secteurs de la santé, du travail social, de l'enseignement, de l'Église protestante, de la police et de l'armée ont participé.

En Norvège, l'accent a été mis, dès le démarrage, sur la nécessité d'augmenter le nombre de formations et de postes de formateurs, ainsi que sur les facteurs organisationnels, afin que les professionnels puissent mettre en pratique au mieux leurs acquis. Pour cela, il a été souligné que le travail doit être interdisciplinaire, transversal et intégré dans les services existants.

La diversité des approches, en fonction des régions ou des populations, a été prise en compte en Finlande et en Norvège, comme elle l'a été dans des pays qui ne font pas partie de cette étude : Québec, Australie, Nouvelle-Zélande. D'autre part, la coopération avec les médias est de plus en plus mise en œuvre, y compris dans des pays comme la Bosnie-Herzégovine, la Slovénie et les pays Baltes.

En définitive, si l'on regroupe les différents points forts des programmes exposés plus haut, il se dégage une liste de mots clefs pour qu'un programme de prévention atteigne son but¹² :

- Une volonté politique
- Des orientations à partir de valeurs partagées

11. Salander-Renberg E., Fartace R., Fekete S., Galiene D., Hjelmeland H., Nindl T., Osvath P., Skruibis P. *Politicians Attitudes Towards suicide : a European interregional study*. Communication 212 : 1. IASP Congress. Stockholm; 10-14 septembre 2003 (auteurs représentant la Suède, l'Autriche, la Hongrie, la Lituanie et la Norvège).

12. Notons que cette liste, qui avait été proposée à la SFSP lors de la consultation dans le cadre de la préparation du projet de loi de programmation quinquennale en santé publique, avait été très largement retenue dans ses propositions.

- Des objectifs clairement exprimés
- Une coordination des actions tant sur le plan national que régional ou local
 - Une organisation de la coopération entre institutions, secteurs, réseaux d'acteurs
 - Un budget (financements directs et indirects, poste de coopération)
 - De la recherche
 - Une évaluation
 - Du temps.

Conclusion

La démarche globale exposée ci-dessus représente la traduction des aspirations et de la méthode d'un certain nombre de responsables sensibles ou sensibilisés à une approche de santé publique. Elle fait ressortir qu'il a été possible, pour des acteurs d'horizons et de formations divers au sein de différents pays, de partager certaines valeurs, dans le cadre de modèles conceptuels définis pour rédiger et mettre en place des programmes de prévention du suicide. Compte tenu de la nature polymorphe du suicide, cela représente une étape. Pourtant, il convient de se garder d'un optimisme excessif et de penser que la mise en place d'un programme de prévention sera le garant d'une diminution des taux de suicides. Des difficultés peuvent apparaître.

Un article récent paru dans le *British Journal of Psychiatry* [5] discute les difficultés traditionnellement avancées pour rendre compte des lentes avancées dans le domaine (complexité du phénomène, type d'enquêtes, temps, moyens, manque de groupe de définition, méconnaissances des biais d'enquêtes), mais aussi de questions moins souvent abordées (difficultés de mise en place de travaux réellement pluridisciplinaires, faibles références aux mises en garde méthodologiques publiées, etc.), auxquelles s'ajoute le contexte politico-financier dans lequel travaillent les chercheurs (financement à court terme, durée de vie des instances gouvernementales d'autant moins prêtes à s'investir qu'elles ne sont pas certaines d'être encore là lors du renouvellement des programmes, etc.). D'autre part, entre ce sur quoi les plans de prévention se proposent d'agir (situations personnelles et/ou de désintégration sociale, morbidité, personnalités, cultures médicales, etc.) et l'objectivation d'une diminution de la mortalité par suicide, se situent une multitude d'imprévus (augmentation soudaine du chômage, conflit armé, évolution de la situation économique), de biais (changement de politique sanitaire), d'effets pervers (poids de la modernisation pour certaines classes sociales, succès d'une nouvelle médication) qui sont susceptibles de brouiller l'image que l'on peut de se faire de la « réussite » du plan. On peut, peut-être, faire l'hypothèse que plus il y a d'acteurs impliqués, plus il y aura de relais d'alerte, mais rien n'est sûr et, à ce jour, aucune équation du genre [plus de moyens et plus d'actions] = [plus de résultats et moins de suicides] n'a été mise en évidence.

En outre, des variations inattendues et non contrôlées peuvent interroger les acteurs sur des questions qui pouvaient paraître « résolues ». Ainsi, comme le souligne de Leo dans l'éditorial du *Bulletin de l'IASP* de décembre 2002, commentant la diminution des taux dans un certain nombre de pays du monde occidental, y compris en l'absence de programmes de prévention, « ceci a amené à des spéculations sur un effet de cohorte éventuel, mais il n'est pas évident [de comprendre] quelles composantes de cet effet peuvent faire la différence; [...] nous avons formulé des hypothèses relativement convaincantes pour expliquer l'augmentation passée des taux de suicides [...] et maintenant nous sommes confrontés à des questions embarrassantes sur le rôle des traitements antidépresseurs, l'augmentation du nombre d'intervenants en santé mentale (mieux formés), etc. ». On comprend mieux l'intérêt d'une programmation portant sur du long (très long) terme. 📖

Association internationale de prévention du suicide

L' Association internationale pour la prévention du suicide (IASP) s'adresse à ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention. Elle compte des membres dans plus de 50 pays : cliniciens, scientifiques, intervenants de crise, volontaires et/ou endeuillés. Sont aussi membres, des associations et des organisations nationales et internationales.

Les principaux objectifs de IASP sont de :

- fournir une plate-forme commune aux professionnels engagés dans la prévention,
- permettre des échanges d'expériences acquises dans différents pays ;
- favoriser la mise en place d'organismes de prévention du suicide ;
- aider à la vulgarisation des principes de base auprès des professionnels et du public ;
- organiser des formations dans

le domaine de la prévention du suicide ;

- encourager la recherche, particulièrement celle donnant lieu à des coopérations internationales.

Le congrès bisannuel, le journal trimestriel *Crisis*, les bulletins d'informations semestriels et le site web sont autant de media d'échange.

L'association IASP est présidée par le P^r Lars Mehlum, Université d'Oslo (Norvège), entouré par un bureau de 7 membres. Un représentant de chaque pays assure la circulation de l'information entre l'échelon national et le comité exécutif de l'Association internationale et vice versa.

Agnès Batt, représentant national (France)

Chercheur Inserm, Faculté de Médecine, Rennes

Mél. : agnes.batt@univ-rennes1.fr



Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide

Les associations ont joué un rôle important dans l'histoire de la prévention du suicide. À leur initiative a lieu le 5 février de chaque année, depuis 1997, la Journée nationale de prévention du suicide, maintenant organisée par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

P^r Michel Debout

Membre du Conseil économique et social, président de l'Union nationale pour la prévention du suicide

La prévention du suicide est née en Angleterre le 2 novembre 1953. Un pasteur anglican, le révérend Chad Varah, apprend le suicide d'un jeune. Bouleversé par cet événement tragique, il fait passer cet entrefilet dans tous les grands quotidiens de Londres : « Avant de vous suicider, appelez Man 9000 ». Dès le lendemain, les appels téléphoniques affluent.

Le révérend Chad Varah a été le premier à comprendre combien il est parfois difficile aux personnes isolées, délaissées, de faire appel, de lancer un SOS et surtout de trouver une réponse au moment où elles en ressentent le besoin. Il est le premier à utiliser le téléphone pour venir en aide à toutes les personnes en détresse ou désespérées. C'est grâce à lui que commence la fabuleuse aventure de la « téléphonie sociale ».

Le succès de cette initiative impose au pasteur de s'entourer de bénévoles qui répondent à leur tour aux appels dont le nombre progresse, et ainsi se constitue l'association « des samaritains » consacrant une partie de leur temps à l'écoute de la détresse des autres.

Dès son origine, la prévention du suicide est le fait de non-professionnels.

Au fil des années, devant le nombre de situations difficiles auxquelles les écoutants doivent faire face, il est décidé qu'au-delà de la relation téléphonique anonyme et donc vécue parfois comme distante, impersonnelle, la rencontre directe entre les appelants et les écoutants devient possible. C'est ainsi que sont ouverts les lieux d'accueil en face à face, venant compléter le dispositif téléphonique.

Cette association des samaritains connaît un

large écho en Angleterre et fait des émules bien au-delà des villes britanniques. En France en 1961, la fédération SOS Amitié met en place un numéro d'appel et un réseau d'écouter joignables 24 heures sur 24, avec, comme principe, le respect de la parole de l'appelant et la non-intervention dans ses idées et ses choix.

Dans la même période et grâce aux progrès considérables de la réanimation, de nouveaux services se dessinent dans les hôpitaux pour être capables d'accueillir les malades et les blessés dans des situations médicales critiques et de les raccrocher à la vie : ces lieux disponibles et performants sont les services d'urgence ; c'est là que sont accueillies les tentatives de suicide.

Très vite, les réanimateurs comprennent que ces patients d'un type particulier ont certes besoins de soins physiques, mais nécessitent surtout une écoute et un soutien psychologique. Les psychiatres s'installent donc dans les services d'urgence ; ils sont les pionniers de la psychiatrie d'urgence, mais également les « premiers professionnels » à s'engager pour la prévention du suicide.

En 1969, les professeurs Moron de Toulouse, Soubrier de Paris et Védrette de Lyon, soutenus par le professeur Pichot, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne de Paris, le premier président, créaient le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS). Le GEPS se donne comme but de favoriser les échanges entre l'ensemble des professionnels : psychiatres, médecins hospitaliers, médecins de ville, psychologues, personnels soignants, mais aussi de toutes celles et ceux qui se sentent engagés dans la prévention du

suicide, et principalement les écoutants de SOS Amitié.

Le groupement, malgré la qualité de ses travaux, ne reçoit aucune aide officielle des pouvoirs publics et reste longtemps confidentiel : pendant ces longues années, la prévention du suicide est le fait de quelques initiés... mais «tabou» pour le plus grand nombre.

La parution d'un livre vient bouleverser l'ordre tranquille des choses : *Suicide, mode d'emploi*. Il suscite de vives réactions qui se cristallisent après la découverte de personnes décédées avec, à côté d'elles, le livre ouvert à la page donnant la «recette» qu'elles ont utilisée pour leur suicide. Proposer au suicidant un mode d'emploi, c'est lui lancer un défi, le sommer de ne pas se «rater», comme si l'essentiel était qu'il meure et non qu'il survive.

L'émotion provoquée par ces morts, même si, heureusement, ils sont peu nombreux, amène les familles, le Pr Soubrier et d'autres professionnels, puis les élus de la nation, à réagir : quatre ans après la publication du livre, le 31 décembre 1987, le Parlement vote à l'unanimité une loi pénale condamnant la provocation au suicide.

Celle-ci dispose dans son premier article que : «*le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende lorsque la provocation a été suivie de la mort ou d'une tentative*».

Il restait alors à passer du refus de la provocation à l'engagement dans la prévention.

La Journée nationale pour la prévention du suicide

En septembre 1991, je suis nommé membre de la section des Affaires sociales du Conseil économique et social.

Je m'aperçois à cette occasion que la seule «grande» question de société qui n'a jamais été abordée jusque-là par le Conseil — troisième assemblée constitutionnelle de notre pays, après l'Assemblée nationale et le Sénat — est celle du suicide, considéré alors comme relevant d'abord d'un choix personnel et d'une question morale...

Derrière ce positionnement se révèle le poids du tabou qui continue à peser fortement sur les relations de la société française et de ses instances publiques avec le fait suicidaire.

Mais plusieurs arguments permettent de convaincre l'Assemblée de réaliser une étude sur le suicide : le nombre de morts (12 000 par an), le nombre de tentatives (160 000), l'intérêt des politiques de prévention mises en

place à l'étranger, la nécessité de prendre en charge les suicidants, de leur venir en aide ainsi qu'à leurs familles et à celles des suicidés.

Le 6 juillet 1993, l'étude du Conseil économique et social consacrée au suicide est présentée à la presse.

Les principes qu'elle énonce peuvent se résumer en quelques termes : ne jamais banaliser un acte ou une pensée suicidaires ; mettre en place des lieux d'accueil dans tous les hôpitaux, pour que chaque suicidant soit écouté ; organiser en réseau les structures de soins publics et privés et les associations d'aide ; insister sur la place des familles des suicidants et suicidés sur le rôle spécifique des services de médecine légale en cas de décès de la personne ; considérer enfin le suicide comme un grave problème de santé publique et donc développer une véritable stratégie pour sa prévention devant mobiliser les pouvoirs publics et l'ensemble du corps médical et social.

Ce texte, grâce au caractère officiel qui est le sien, a marqué une étape dans la mobilisation.

À partir de là, les contacts entre les représentants de différentes associations et de nombreuses personnalités du champ médical et social se développent.

Depuis SOS Amitié en 1960, d'autres associations ont vu le jour : SOS Phénix Suicide en 1978, qui pratique l'entretien direct en face à face avec les personnes en détresse.

L'association Recherche et Rencontre s'est, elle aussi, mobilisée pour la prévention du suicide. Fondée en 1959, elle est à vocation très généraliste : la lutte contre l'isolement et sa prévention. Elle intervient dans le champ large des maladies mentales, de la marginalisation sociale, et par voie de conséquence du suicide.

L'association Phare Enfants-Parents, qui rassemble les parents endeuillés après le suicide d'un enfant, et qui milite pour une meilleure prise en compte des difficultés rencontrées par les adolescents et leurs proches.

L'implication des pouvoirs publics reste, elle, plus prudente. Certes, à la suite de l'étude du CES, le Haut Comité de la santé publique a placé le suicide parmi les priorités de santé publique et une dizaine de conférences régionales de la Santé¹ ont retenu la prévention

1. Conférence régionale de santé : instance représentant les différents acteurs de santé publique d'une région — professionnels et associatifs — chargés de définir les actions prioritaires. Elles ont été mises en place par le ministre Hervé Gaymard.

du suicide, principalement chez les jeunes, dans leur champ d'intervention.

Il manque en France une structure fédérative capable de rassembler ces forces éparses, parfois même constituées par scission les unes des autres.

C'est ainsi qu'au cours de l'année 1996, l'idée est venue d'organiser une Journée nationale pour la prévention du suicide.

Il n'y a en fait rien d'original à vouloir organiser une telle journée : ce type de manifestation existe pour sensibiliser l'opinion sur de nombreux thèmes sociaux ou médico-sociaux (la lèpre, les maladies cardiaques, le tabac, le sida...).

Mais si, depuis quelques années, l'approche du suicide dans la société française est en train de changer, il reste toujours difficile de parler du suicide, notamment dans sa dimension sociale et collective, de briser le silence.

En 1996, la direction générale de la Santé n'est pas complètement acquise à la nécessité d'organiser une telle journée.

D'ailleurs nous-mêmes, nous nous sommes interrogés sur les risques potentiels que pourrait comporter une telle manifestation, surtout médiatisée comme nous le souhaitons. L'idée de la contagiosité suicidaire traverse toujours nos esprits et il est légitime d'en tenir compte.

D'autres raisons peuvent expliquer aussi certaines réticences : le fait que ce soient des associations représentant les écoutants bénévoles et les familles de suicidants et suicidés qui sont à l'origine de la journée, et non principalement des médecins reconnus qui garantissent aux yeux de l'administration le sérieux scientifique.

Mais malgré les difficultés à l'organiser, cette journée a bien lieu.

Le 5 février 1997 : succès de la première Journée nationale

La presse nationale est au rendez-vous. La presse régionale relaie les différentes manifestations de province ; les radios insistent sur la dimension de santé publique du fait suicidaire, la télévision, avec notamment l'émission *La Marche du siècle* consacré à la prévention du suicide à laquelle nous ont conviés Jean-Marie Cavada et Xavier Pommereau, est diffusée sous l'égide de la Journée.

Depuis 1997, sept années ont passé... Nous en sommes aujourd'hui à préparer la 8^e journée. À l'occasion de la deuxième, Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, a annoncé sa décision d'un programme national pour la prévention du suicide avec un



objectif : faire baisser de 10 % le nombre de morts ; la diminution du nombre de suicidés (derniers chiffres publiés en 1999 : moins de 11 000) nous encourage dans cette voie.

Chaque année, la journée est l'occasion de rencontres entre professionnels et public, de mise en réseau des différents acteurs ; la presse amplifie, par l'écho qu'elle en donne, notre engagement. Le public suit, comprend, s'informe et s'intéresse. Le 5 février est ainsi devenu un rendez-vous attendu par les journalistes, les professionnels et les bénévoles.

Prévenir par la parole

C'est une question qui a longtemps partagé les experts et les médias : faut-il parler du suicide ?

Les réticences à le faire ont souvent été justifiées par l'évocation de la « contagiosité suicidaire ». S'il est vrai que des épisodes de ce type, notamment chez les jeunes, permettent d'évoquer des « épidémies » de suicides, ces faits restent en fait marginaux et l'on a pris conscience à l'inverse que c'est le silence qui, lui, pouvait renvoyer chaque personne tentée par le suicide à la solitude de son désespoir.

Aujourd'hui, lorsque par sondage² on interroge les Français, ils sont 72 % à considérer que c'est une bonne chose de parler du suicide dans les grands médias et à l'occasion de manifestations publiques. Ils sont même 74 % à considérer qu'en parler peut être préventif et limiter le nombre de tentatives.

Ces réponses constituent un encouragement à persévérer dans cette direction et à nous convaincre que, en ce qui concerne le suicide, rien n'est pire que le silence.

Les sondés confortent encore ce point de vue : lorsqu'on leur demande si, pour eux, le fait de parler du suicide et des tentatives de suicide aux adolescents dans les établissements scolaires est une bonne chose car cela peut limiter le nombre de tentatives, ils sont 77 % à approuver cette initiative, et 19 % à penser que cela peut inciter au suicide.

Ainsi, les Français encouragent la pratique des groupes de parole après le suicide d'un collègue ou lycéen déjà développée par certains établissements scolaires, soutenue aujourd'hui par le ministère : il importe que ces pratiques ne se fassent pas seulement dans l'urgence, après la survenue d'un événement tragique, mais qu'elles soient réfléchies en amont avec l'ensemble des acteurs du système éducatif et des intervenants extérieurs qualifiés pour une telle démarche.

2. Sondage réalisé par la Sofres à l'initiative de l'UNPS [7].

Agir

Le comportement suicidaire est complexe, il relève de nombreux facteurs médicaux, familiaux, sociaux.

Prévenir, c'est éviter le passage à l'acte. Il faut sensibiliser les médecins généralistes et autres soignants sur la tentation que peuvent éprouver certains de leurs patients : des programmes de formation sont déjà entrepris, ils doivent être poursuivis. Ils sont intégrés dans le programme national de prévention du suicide mis en œuvre par le ministère de la Santé.

Lorsque le passage à l'acte n'a pu être évité et que le suicidaire survit à son acte, il doit trouver du temps, de l'écoute et du lien, quel que soit l'endroit où il vit et se fait soigner. Il est du devoir de l'ensemble des structures hospitalières de développer des lieux d'accueil pour tous les suicidants, de façon que leur parole puisse être entendue après les soins apportés à leur corps. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années, mais il reste encore des manques, qu'il faut corriger.

La prise en charge des suicidants par des spécialistes formés à l'écoute doit permettre aussi une meilleure connaissance de la tentation suicidaire : beaucoup d'équipes sont déjà engagées dans la recherche, mais ces recherches gardent trop souvent un caractère local ; il manque des études multicentriques engageant de nombreuses structures de soins dans une approche nationale qui permette d'approfondir nos connaissances.

Lorsque la mort survient, le corps du suicidé est confié au service de médecine légale, qui devient ainsi l'observatoire de la mort par suicide. Les informations dont disposent ces services sont largement sous-utilisées, trop peu d'études, notamment épidémiologiques, sont réalisées à partir des données disponibles, aucune recherche multicentrique n'a encore été réalisée. Il est urgent de remédier à ces carences.

La connaissance des antécédents médicaux des personnes suicidées peut être largement améliorée par l'utilisation, dans le respect de l'anonymat, des dossiers médicaux gérés par les caisses d'assurance maladie : une telle recherche à l'échelle nationale permettrait de porter un regard neuf et une compréhension nouvelle sur la mort par suicide.

D'autres initiatives peuvent être prises, comme la limitation de l'accès à certains moyens particulièrement létaux.

C'est le cas de l'accès aux armes à feu : des études canadiennes ont montré l'effet

positif sur le nombre de morts par suicide de la limitation de l'accès aux armes et de leur entreposage selon des règles de protection strictes ; la France doit, à son tour, s'engager dans cette voie.

Il faut lutter contre les exclusions, le chômage, la précarité et les discriminations, notamment le rejet homophobe ou celui des immigrants à faible intégration sociale.

Il faut se préoccuper de certaines situations qui peuvent devenir suicidogènes comme l'usure et de la souffrance au travail, qu'elles soient liées au stress ou au harcèlement professionnel. D'autres situations doivent être évoquées, comme la réclusion pénale ou le placement en institution, concernant les personnes âgées, qui — s'il est mal préparé — peut faciliter l'involution dépressive et la tentation du suicide.

Être pour la prévention du suicide, c'est être conscient qu'au-delà de la question morale, le geste suicidaire s'inscrit d'abord dans la détresse de la personne et qu'il faut savoir se montrer attentif — personnellement, socialement et médicalement — à cette détresse.

L'Union nationale pour la prévention du suicide, que nous avons créée en 2000, organise maintenant la Journée nationale. Elle regroupe près de 30 associations³, qui toutes interviennent à des degrés divers auprès de suicidants ou de familles de suicidés, de façon professionnelle ou bénévole. Nous devons poursuivre dans cette direction : prévenir le suicide c'est l'affaire des professionnels, des bénévoles, des familles, soutenus par les pouvoirs publics. Il manque encore des moyens — comme un centre de documentation — mais il existe une vraie mobilisation : cette année autour de l'opération « Un message pour la vie »⁴ nous souhaitons convaincre beaucoup de nos concitoyens qu'ils peuvent être eux aussi acteurs de la prévention du suicide et que la tentation suicidaire comme la dépression doivent sortir de la honte (ancestrale) et du silence. 📖

3. Dont les associations à l'origine de la première journée : SOS Amitié ; l'Association Phénix Suicide ; Suicide Écoute ; le GEPS ; l'association Recherche et Rencontre ; l'association Phare Enfants-Parents.

4. Cette opération consiste à demander par voie médiatique à chaque Français de faire connaître à l'UNPS le message (une parole, un livre à lire, une musique à écouter, un film à regarder...) qu'il souhaiterait adresser à un proche en détresse ou qu'il aimerait recevoir s'il était lui-même en détresse. Le contenu de ces messages sera analysé puis publié.

Parole d'un représentant d'association

Phare Enfants-Parents souhaite faire prendre conscience de la nécessité de réagir au phénomène suicidaire. Des progrès ont été faits, mais la prévention et la prise en charge du suicide sont encore largement insuffisantes : pas assez d'information et de soutien, et des dysfonctionnements et carences du système de soins.

Thérèse Hannier

Présidente de Phare Enfants-Parents, association de prévention du mal-être et du suicide des jeunes

Phare Enfants-Parents œuvre depuis douze ans pour la prévention du mal-être et du suicide des jeunes. Elle fonde sa démarche et ses actions sur l'éducation : l'éducation des enfants, l'éducation des parents, partant du principe que tout s'apprend. Dans cet objectif, elle cible deux publics : les parents en priorité et les adolescents, jeunes adultes. C'est pourquoi elle organise ou participe à des conférences et, par ailleurs, intervient dans les lycées auprès des élèves.

Parmi ses actions, figurent la rédaction et l'édition de deux ouvrages : *Repères pour une attitude éducative*, guide pour les parents destiné à leur donner des éléments de réflexion en vue d'éviter les erreurs graves qui peuvent générer le mal-être chez l'enfant ; et *Difficile adolescence, signes et symptômes de mal-être*, guide qui a pour but essentiel de faire connaître les signes de mal-être afin de pouvoir intervenir à temps et éviter les passages à l'acte.

Pour les jeunes, nous avons réalisé un dépliant *Envie de mourir? Oser en parler...* très largement diffusé en milieu scolaire, dans les lycées. Il permet au lecteur d'identifier son mal-être, de se déculpabiliser par rapport à la souffrance, d'envisager de s'adresser à une personne adulte et d'appeler aux numéros communiqués.

Au fil des années, notre savoir s'est enrichi, non seulement des travaux de rédaction d'ouvrages, mais aussi et surtout grâce aux témoignages que nous recevons au quotidien. Ce sont des appels téléphoniques de parents en grande difficulté avec leur enfant (fugue, toxicomanie, violence, troubles de l'humeur,

comportements à risque ou suicidaires). Ce sont aussi des parents d'enfant suicidé que nous entendons soit en entretiens individuels soit dans le cadre des groupes de parole que nous organisons depuis plus de dix ans. Notre rôle consiste à écouter avec bienveillance et sans jugement, à orienter et parfois à conseiller. Cette écoute neutre et bienveillante a pour effet immédiat d'apporter aux parents un soulagement, un sentiment d'être entendus, compris, de sortir d'une solitude dans laquelle les difficultés graves les plongent. Ils appellent souvent lorsqu'ils vivent une situation de crise, ne sachant plus comment agir, réagir. Leurs pleurs parfois ne peuvent être contenus. Ils sont dans une grande détresse.

D'une façon générale, nous constatons un très grand désarroi de la part des parents, mais aussi du corps enseignant, face au mal-être des jeunes.

Premier constat : une situation de détresse

Phare Enfants-Parents n'est pas répertorié dans les numéros d'écoute. Pourtant, c'est plus de 1 000 appels qui ont été traités au cours de l'année 2003 dans le registre des difficultés que les parents rencontrent. Ces appels sont consécutifs à des articles de presse généralement, ou au bouche à oreille, aucune publicité n'étant faite par l'association pour se faire connaître.

Voici ce que nous retrouvons fréquemment comme situations.

Les appelants sont des femmes essentiellement, les mères ou un membre de la famille, la grand-mère, la tante qui se préoccupe de son petit-fils ou neveu. Ce sont aussi souvent



des familles monoparentales, ou, lorsque le père est présent au foyer, celui-ci est passif, sans autorité (ou parfois trop autoritaire) est souvent dans l'incapacité d'établir le dialogue avec son enfant ou a un comportement négatif.

Les jeunes concernés ont entre 13 et 25 ans.

Les problèmes souvent évoqués (et souvent cumulés pour chacun des cas) sont :

Pour les collégiens et lycéens, les mineurs :

- refus de l'autorité, refus des contraintes, de l'effort,
- rejet de l'école jusqu'à la phobie scolaire,
- recherche du plaisir immédiat,
- goût immodéré pour les loisirs : copains, jeux vidéo télévision, Internet,
- violence, verbale ou physique,
- symptômes de la dépression nerveuse,
- consommation de produits : tabac, alcool, cannabis,
- recours à l'auto-agression : scarification, tentative de suicide.

Pour les jeunes adultes : troubles mentaux, troubles du comportement. La consommation de cannabis est souvent évoquée et semble avoir des conséquences communes à tous les cas de figure : désocialisation, crises de violence verbale ou physique, actes de délinquance (vol des parents), dépression nerveuse, jusqu'au geste suicidaire.

Ce tableau peut sembler banal, car connu par bon nombre de spécialistes et même par le grand public puisque certaines émissions télévisées dévoilent cette réalité. Néanmoins, lorsque l'on écoute au quotidien les récits de ces parents et que l'on perçoit leur grand désarroi, il n'est pas excessif de penser que ces situations graves sont à multiplier par dizaine de milliers dans notre pays. En effet, nous constatons que les parents qui nous appellent ont un bon niveau intellectuel, culturel, et manifestent un vif désir de trouver la meilleure solution pour l'enfant concerné. Ils ont pris la peine de rechercher un numéro — souvent relevé dans un article conservé depuis plusieurs mois — ; ils ont eu le courage de décrocher le téléphone et de parler de ce qu'ils vivent, de leurs difficultés, de leurs inquiétudes. Combien, parce que moins bien informés, trop enfermés dans leur drame, restent muets, donc inconnus ?

Face à cette grande détresse, quelles réponses ? Quels recours, quelles solutions possibles ? Force est de constater, pour nous, intermédiaires intervenant dans une démarche

d'aide et de soutien, une certaine défaillance de nos structures sociales et éducatives ainsi qu'une grande carence en matière de soins appropriés en ce qui concerne principalement la toxicomanie au cannabis et la tentative de suicide. Si notre écoute bienveillante, voire la compassion qui s'y ajoute, favorise un soulagement immédiat de la tension et si l'éclairage neutre que nous apportons permet d'orienter, de conseiller, il n'en demeure pas moins que nous sommes souvent confrontés à un sentiment d'impuissance.

Deuxième constat : des dysfonctionnements et des carences

En matière de prévention du suicide, il est incontestable que nous pouvons noter depuis quelques années des évolutions qui vont dans le bon sens : des régions se sont mobilisées pour agir, mettre en place des actions concrètes, des associations qui se sont regroupées sous forme d'union, l'Union nationale pour la prévention du suicide (à la création de laquelle Phare Enfants-Parents a participé) ont contribué à faire avancer la prévention du suicide, de par leurs actions conjuguées et surtout à sensibiliser les pouvoirs publics et le grand public en organisant, depuis 1997, une Journée nationale de prévention du suicide le 5 février chaque année. Le tabou pèse un peu moins lourd, même s'il est toujours présent dans bien des esprits. Un plan national de prévention du suicide a été lancé en octobre 2000 ainsi qu'une conférence de consensus, dans la même période, qui, pour le premier, a permis d'affirmer une volonté politique et d'en définir les axes, pour la seconde, de publier des recommandations pour reconnaître et intervenir dans la prise en charge des crises suicidaires.

Toutes ces mesures et ces actions sont relativement récentes et n'ont pas encore porté tous leurs fruits. Néanmoins, on ne peut que constater, à ce jour, une grande lenteur dans la mise en place des mesures préconisées, concernant notamment la multiplication des lits d'accueil en milieu hospitalier pour les suicidants, la durée de leur séjour, la consultation systématique d'un psychiatre ou d'un psychologue, enfin la prise en charge de l'entourage.

Voici ce que nous sommes amenés à observer à travers les plaintes des parents.

Pour les primo tentatives de suicide :

- séjour à l'hôpital encore trop souvent extrêmement court : les soins médicaux pratiqués, le suicidant est renvoyé chez lui,

- entretien psychologique superficiel, parfois inexistant,

- absence de diagnostic ou, s'il est fait, ni le patient, ni l'entourage ne sont informés,

- absence de dialogue avec le suicidant et avec les parents ou proches sur l'interprétation du geste, la recherche des causes profondes de la souffrance ainsi exprimée,

- paroles maladroites, voire blessantes au suicidant ou aux proches,

- absence d'orientation vers une structure d'accueil, quand la demande est formulée ou s'avère nécessaire.

Aux parents qui expriment leur inquiétude, il est fréquemment répondu de ne pas s'inquiéter, les propos rassurants permettant sans doute d'éviter toute information précise sur l'état de santé du jeune. De même que la réponse laconique du psychiatre qui reçoit dix minutes les parents, « *il arrive fréquemment que des psychoses se développent à l'âge de l'adolescence* », ne renseigne absolument pas les parents et n'est pas de nature à les aider. Au contraire, ils rentrent chez eux un peu plus inquiets avec leur enfant, dont ils voient bien qu'il n'est pas complètement rétabli.

Pour les « récidivistes », même difficultés que pour les primo, auxquelles s'ajoutent :

- prescription de traitements médicamenteux trop lourds, transformant le sujet en zombie,

- parfois refus de rencontrer les parents, que l'on désigne *a priori* comme coupables du mal-être du suicidant,

- transfert souvent décidé dans un service psychiatrique non adapté, où la promiscuité avec des malades séniels ou gravement atteints de troubles mentaux plonge le suicidant dans une plus profonde désespérance et provoque chez lui le rejet de toute prise en charge psychiatrique,

- absence de soutien aux parents.

Pour ceux qui sont suicidaires mais ne sont pas encore passés à l'acte :

La plupart des appels que nous recevons concernent ces personnes... Les parents, les mères généralement, perçoivent le mal-être de leur enfant. Les questions que nous leur posons nous permettent d'évaluer s'il est potentiellement en danger.

Bien souvent, les parents sont confrontés à des situations paradoxales : l'enfant est déjà suivi par un psychologue ou par un psychiatre, mais il ne va pas mieux pour autant ; ou bien l'enfant refuse catégoriquement toute consultation d'un « psy » et s'enfonce dans un mal-

être sous le regard des parents impuissants, complètement démunis.

Dans le meilleur des cas, les parents, aidés par nos soins à comprendre la situation, acceptent et obtiennent le consentement de l'enfant pour la consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre. Mais il n'en demeure pas moins que la solution idéale n'est pas forcément trouvée et que le risque suicidaire peut perdurer.

C'est dans cette phase, si importante de l'évolution de la crise suicidaire, que l'absence de structure adaptée se fait cruellement sentir. Combien de parents nous demandent s'il existe des centres pour accueillir leur enfant suicidaire en consultation et en thérapie? Les centres médico-psychologiques sont généralement saturés et des semaines voire des mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous, et les services psychiatriques traditionnels ne sont absolument pas adaptés à la problématique des suicidaires. Le modèle des centres de prévention du suicide, tels qu'ils sont conçus au Québec, serait le plus conforme aux besoins exprimés aujourd'hui.

Quand le geste suicidaire a été fatal :

De la bouche des parents d'enfant suicidé, nous entendons souvent qu'ils ont la conviction, à tort ou à raison, que tout n'a pas été fait pour sauver leur enfant. «Tout» au sens médical, psychologique et humain. Ils pointent souvent l'erreur de diagnostic : «*je savais que ma fille allait très mal et il m'a été répondu que c'était moi qui allait mal*». Tel père accuse la psychiatrie d'avoir aggravé l'état de sa fille. On l'avait soignée pour une schizophrénie; puis changement de diagnostic, c'était une psychose. Les séjours répétés en psychiatrie fermée l'ont déstructurée, «achevée», affirme ce père meurtri. Dans le cadre des groupes de parole, il est souvent évoqué cette dureté de vie imposée par la psychiatrie : gavage de médicaments, peu de paroles, peu de surveillance, peu de moments favorables pour se reconstruire. En quelque sorte, une forme de maltraitance.

D'autres ont à déplorer le suicide de leur enfant dans l'enceinte du service hospitalier. Ils avaient placé leur confiance dans la médecine, ils étaient rassurés de savoir leur enfant «pris en charge». Trop de suicides se produisent en milieu hospitalier! Ne pourraient-ils pas être évités si le personnel était plus attentif, plus vigilant, plus sensible au risque suicidaire?

Si les statistiques présentent une diminution du nombre de morts par suicide de

1994 (12 041 suicides) à 2000 (10 837), il semble que le nombre de tentatives de suicide augmente. Mais en l'absence de chiffres précis, cela reste difficile à évaluer. Néanmoins, ce que l'on observe sur le terrain nous conforte dans l'idée qu'il est urgent que la prévention du suicide soit réellement une priorité de santé publique. 



Les Pays de la Loire ont mis en œuvre un programme régional de santé de prévention des suicides et des tentatives de suicide permettant d'œuvrer au plus près des intervenants.

Prévention du suicide : une priorité des Pays de la Loire

Juliette Daniel
Chef de projet du programme régional de santé « Prévention des suicides et des tentatives de suicide », médecin inspecteur de la santé publique, Ddass de Loire-Atlantique

La région des Pays de la Loire est l'une des trois régions qui ont expérimenté, depuis déjà près de dix ans, la conduite des programmes régionaux de santé. Même si les termes ont changé, la programmation d'actions de santé connue sous le terme de « PSAS » a été la toute première étape d'une démarche qui n'a fait que se poursuivre au cours de ces dix ans. Ainsi, le 18 décembre 1995, se tenait à Nantes une conférence régionale de santé expérimentale, la seconde du genre après celle de Strasbourg qui a eu lieu en septembre 1995. Les ambitions de ces conférences étaient claires : parler de santé publique, mais surtout déjà définir pour la région des priorités de santé. Cette conférence disposait d'un jury et a bénéficié de travaux préparatoires conséquents. Ils ont associé une synthèse actualisée de la connaissance sur l'état de santé de la population des Pays de la Loire réalisée par l'observatoire régional de la santé et une enquête réalisée par la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) des Pays de la Loire à partir d'une méthodologie proposée par la direction générale de la Santé. Cette enquête a sollicité un ensemble de 200 acteurs repérés de la région et répartis équitablement dans chacun des cinq départements de la région. Ces acteurs ont répondu à trois questions : les problèmes de santé prioritaires, les déterminants de santé les plus importants et les populations qui devraient bénéficier d'actions spécifiques. Le jury de la conférence, formé de représentants issus de quatre groupes (décideurs financeurs, professionnels, institutions et représentants d'associations), a eu pour rôle de formuler un choix de priorités de santé pour les cinq ans à venir.

Un contexte favorable à la préparation et la mise en œuvre

Dès 1995, le thème du suicide est apparu comme une question prioritaire pour la région, exprimée sous un intitulé plus vaste : suicides, tentatives de suicide et dépressions. Les déterminants principaux étaient la précarité et les conduites d'alcoolisation. Enfin, les populations prioritaires repérées ont été les jeunes et les personnes en situation de précarité.

La décision de mettre en œuvre un programme régional de santé sur le thème du suicide fut prise en 1996 dans un contexte radicalement modifié par les ordonnances d'avril 1996. Elles confèrent à ces dispositifs de programmes et de conférence régionale de santé une base légale.

La région lançait alors simultanément trois programmes de santé sur les thèmes du suicide, de la précarité et du sida. Ce lancement simultané rendait la démarche plus conséquente en créant une vraie dynamique. Pour conduire ces projets, un appel large à candidatures a été réalisé en insistant sur trois critères : la motivation, l'engagement sur une année à conduire le programme et le volontariat. Le chef de projet, nommé par le préfet, avait comme rôle de conduire et d'animer la démarche en bénéficiant d'un soutien méthodologique de l'École nationale de la santé publique et du département de santé publique du professeur Chaperon de l'Université de médecine de Rennes.

Cette question du suicide a fait l'objet déjà en 1996 d'une étude détaillée réalisée par l'observatoire régional de la santé pour la caisse régionale d'assurance maladie des

Pays de la Loire. Elle constitue un état des lieux détaillé et complet pour élaborer un programme. D'un point de vue synthétique, on peut résumer ce constat en cinq points essentiels :

- en Pays de la Loire, le suicide provoque plus de décès que les accidents de la route (soit à l'époque plus de 800 décès par an dans la région),
- le suicide est pour la région la première cause de mortalité prématurée chez les hommes,
- la mortalité régionale en Pays de la Loire dépasse de 25 % la moyenne nationale,
- les disparités sont nombreuses, tant concernant la répartition géographique dans la région (milieu rural, départements plus touchés même au sein de la région) que les catégories socioprofessionnelles concernées,
- environ 8 000 personnes ont été admises en 1995 dans les hôpitaux de la région pour tentatives de suicide.

Le groupe projet a donc été constitué en début d'année 1997, incluant 26 membres avec le chef de projet. Ils sont originaires de la région : médecins hospitaliers, directeurs d'établissement, représentants des services de l'État (ministère de la Santé, Éducation nationale), assurance maladie (CPAM, Cram, Mutualité sociale agricole, Service médical), associations, collectivités locales (municipalités et conseils généraux), et praticiens libéraux (généralistes ou spécialistes).

Le programme régional de santé (1998/2002)

Le choix des objectifs du programme a été une étape importante au cours de cette élaboration, compte tenu de la période de cinq ans pour le mettre en œuvre, à savoir 1998-2002. Fallait-il sur une période aussi courte afficher des objectifs quantifiés ? Si des objectifs quantifiés étaient affichés et retenus, lesquels étaient les plus pertinents ?

Concernant le premier point, l'élément décisionnel a été de permettre à terme une évaluation des résultats, évaluation considérée comme intégrée à tout programme de santé publique. Afficher un objectif quantifié était à l'époque, d'une certaine façon, osé mais témoigne d'une volonté de transparence et d'évaluation sachant qu'à tout moment sur cette question si complexe nous savions que de nombreux facteurs allaient agir sans que l'on puisse forcément les quantifier ou même parfois les envisager, voire les connaître. Le choix des 20 % trouve son origine dans le bilan de l'existant qui identifie une surmor-

talité régionale de 25 % par rapport à la moyenne nationale. Il nous a semblé déjà ambitieux de se rapprocher de cette donnée nationale et l'application de cet objectif spécifique aux suicidants s'explique par l'importance quantitative de ces derniers. Ils représentent une réelle population à risque de suicide avéré.

Ainsi, les objectifs ont été exprimés de la manière suivante :

- Objectif général : réduire dans les 5 ans à venir la mortalité par suicide dans la région des Pays de la Loire.
- Objectifs spécifiques : réduire de 20 % en cinq ans le taux de mortalité par suicide dans la région ; réduire de 20 % en cinq ans le taux de récurrence des primosuicidants accueillis dans les hôpitaux de la région des Pays de la Loire.

Pour atteindre ces objectifs, cinq grands champs d'action ont été envisagés par les membres du groupe pour ce programme :

1. Des actions dans le champ de la communication : actions de toutes sortes tant concernant les supports utilisés que les publics visés. Ainsi, il est envisagé : des plaquettes, des journées thématiques, des forums, des documents spécialisés ou grand public.
2. Des actions de formation de toute nature : formation à l'écoute, formation à l'accueil, formation au repérage de la crise suicidaire ensuite.
3. Des actions concernant l'organisation des soins.
4. Des actions de lutte contre l'isolement et les dispositifs d'aide.
5. Des actions de recherche.

L'évaluation a fait l'objet d'un chapitre, certes tenu mais bien individualisé.

Chaque point précédemment cité fait l'objet d'un développement précisant les modalités des actions envisagées. L'ensemble a abouti en une année à l'élaboration du programme présenté à la conférence régionale de santé en 1998. Le programme d'une durée de cinq ans (1998/2002) a été diffusé très largement aux acteurs de la région : professionnels, associations, établissements, institutions...

Mise en œuvre du programme dans la région

La mise en œuvre s'est appuyée sur plusieurs piliers :

- L'inclusion du volet « organisation des soins » dans les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire a permis de réellement considérer cette question du suicide comme une priorité budgétaire et d'utiliser l'outil

qu'est le contrat d'objectifs et de moyens pour mettre en œuvre ces objectifs. La réelle implication du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans cette démarche a permis en particulier de renforcer les dispositifs d'accueil de suicidants aux urgences, en conformité avec les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, et de développer les dispositifs de soins en faveur de publics à risque élevé (santé mentale, addictions...)

- Le choix a été de mettre en œuvre un comité de pilotage régional restreint. Celui-ci, qui a peu varié durant ces cinq années, avait une fonction de suivi et de coordination. La mise en œuvre et l'impulsion ont été jugées plus pertinentes au niveau départemental, associant autant que possible un binôme « État/assurance maladie ». Chaque département a opté pour une stratégie de mise en œuvre différente. Certains ont rapidement constitué des comités de pilotage co-animés et d'autres ont privilégié des liens plus directs des membres référents du comité de pilotage avec les acteurs du département concerné.

- La stratégie nationale d'actions contre le suicide (2000/2004) a été considérée comme un atout et un élément structurant de ce programme, permettant l'impulsion d'actions cohérentes. Elles ont concerné principalement trois grands champs du programme : la formation concernant la prise en charge de la crise suicidaire suite à la conférence de consensus d'octobre 2000 [16], les audits cliniques dans le champ sanitaire et des actions de communication sous forme de colloques régionaux ou inter-régionaux.

- Une dynamique régionale évidente, sachant que les acteurs de tous les champs tant sociaux que sanitaires se sont engagés dans cette mise en œuvre. Des manifestations exceptionnelles, comme la Conférence européenne de septembre 2000, qui s'est tenue à Nantes sur la prévention du suicide chez les jeunes, ont contribué à cette mobilisation mais ont aussi permis de valoriser des actions réalisées dans la région. Cette manifestation a permis de comparer des pratiques et d'inciter encore à agir. De même les actions de formation au repérage de la crise suicidaire ont connu un essor exceptionnel, sachant que plusieurs binômes de formateurs ont pu donner à cette action phare une véritable ampleur et une reconnaissance parmi les acteurs concernés par le repérage des personnes à risque suicidaire. Le fait d'avoir bénéficié en Loire-Atlantique de l'organisation des formations de formateurs a donné une chance



La prévention du suicide

de disposer de plus de binômes (psychiatres et psychologues) engagés ensuite dans cette réalisation.

Les difficultés et les points positifs

Les actions réalisées sont nombreuses et elles ont concerné tous les champs du programme tel qu'il avait été conçu. Il serait impossible de lister toutes ces actions.

Néanmoins, je souhaite mettre en avant les points forts, mais aussi les difficultés rencontrées pour cette mise en œuvre.

Les difficultés majeures sont à mon sens au nombre de trois.

- Les réelles difficultés à mobiliser et à impliquer les acteurs du secteur libéral, et tout particulièrement les médecins généralistes, dans des actions de prévention et d'information auprès des usagers, mais aussi de pouvoir leur permettre de participer à des formations interdisciplinaires, comme celle du repérage de la crise suicidaire. La prise en compte de leurs contraintes a permis néanmoins d'organiser occasionnellement ces formations le soir, mais sans le caractère pluridisciplinaire si spécifique de cette formation.

- Les modalités de financement des actions sous forme d'appel à projet d'une année sur l'autre, et donc avec en général peu de perspective en termes d'actions pluriannuelles, sont un frein à la mobilisation des acteurs. Cela est particulièrement visible dans les actions partenariales en milieu scolaire, ainsi que le champ de la postvention, mais aussi les lieux d'écoute.

- Les difficultés à disposer de données épidémiologiques fiables et en temps réel, tant concernant les données de mortalité que celles, par exemple, concernant les tentatives de suicide admises dans les établissements hospitaliers.

Les points positifs à valoriser sont aussi au nombre de trois.

- Le suicide a été réellement reconnu comme une priorité pour la région, c'est-à-dire par les acteurs et donc leurs institutions. Cette priorité reconnue favorise ainsi la mobilisation des acteurs et leur engagement dans l'action.

- La stratégie nationale d'actions contre le suicide a permis d'impulser des actions de qualité, comme celle de la formation au repérage de la crise suicidaire qui s'appuie sur une conférence de consensus et des méthodes pédagogiques adaptées. Il en est de même pour les actions d'évaluation, comme celle

de l'accueil des suicidants aux urgences en lien avec l'Anaes.

- La région a bénéficié des opportunités de mobilisation des acteurs sur ce thème au travers de manifestations très exceptionnelles. Il convient de retenir tant la toute première conférence de santé expérimentale de 1995 que la conférence européenne de prévention du suicide des jeunes dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne ou le colloque interrégional sur « la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale », en partenariat avec la direction générale de la Santé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Fédération nationale de la Mutualité française, a permis la promotion du guide d'action *Prévention primaire du suicide des jeunes : recommandations pour les actions régionales et locales* en partenariat avec la Mutualité et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

L'impact direct du programme en termes de mortalité et de morbidité est difficile à définir précisément, compte tenu de la complexité de cette question et donc des multiples facteurs susceptibles d'interférer. Les données chiffrées actuellement disponibles laissent envisager une baisse de la mortalité, mais il convient de les prendre avec prudence et modestie.

Conclusion

Les programmes régionaux de santé et les conférences régionales de santé ont permis un réel développement d'une culture de santé publique. Les « outils » que sont les programmes de santé et les conférences régionales de santé ont favorisé cette démarche de santé publique et ont été mobilisateurs. Le choix d'un affichage d'objectifs quantifiés nous permet une évaluation quantitative des résultats tant au niveau de la région que pour chacun des cinq départements. Sur des thèmes reconnus comme des priorités, les acteurs de la région ont pu œuvrer avec des objectifs communs. Une réelle dynamique s'est mise en place. Cette première étape permet maintenant d'aller plus loin, tant sur le travail par objectif que le développement de l'évaluation et de la programmation. Elle a placé la prévention au cœur des enjeux de santé publique à venir, même s'il reste encore beaucoup à faire. La loi d'orientation en santé publique sera l'occasion de faire passer cette démarche de l'adolescence à l'âge adulte. ■

Prévenir le suicide des 15-34 ans : priorité du Poitou-Charentes

Le programme de prévention du suicide de Poitou-Charentes est basé sur le partenariat des institutions et un fonctionnement en réseaux des intervenants

Les conférences régionales de santé ont permis l'expression des priorités de santé, traduction des besoins locaux de ce que veulent les individus. C'est ainsi qu'en 1996, la première conférence régionale de santé du Poitou-Charentes retient comme une des priorités régionales de santé « le suicide et la dépression ».

Sur l'initiative du préfet de région, la déclinaison spécifique d'un programme régional sur le thème du suicide en Poitou-Charentes est engagée dès 1997. Le choix d'une population cible, les 15-34 ans, a été discuté, privilégiant un raisonnement en termes de potentiel d'années de vie perdues, une vision sanitaire qui favorise les jeunes tranches de population.

C'est un choix de santé publique, même si en Poitou-Charentes la surmortalité par suicide reste modérée : 420 décès par suicide par an, dont 70 suicides de jeunes entre 15 et 34 ans avec une dominance féminine. Mais les tentatives de suicide accueillies dans les établissements hospitaliers sont d'environ 4 000 par an, concernant 70 % de jeunes, ce qui justifie un effort de prise en charge. Il était espéré que le programme se répercute sur toute la population, en particulier chez les personnes âgées dont le nombre de suicides est plus élevé.

Le programme se devait de proposer, sur cinq ans, des orientations susceptibles de réduire ou limiter la morbidité et la mortalité liées aux dépressions, aux suicides et aux tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune. Pour en définir le plan d'actions, une consultation de 400 institutions et associations dans les quatre départements

du Poitou-Charentes a été conduite en 1997. C'est ainsi que les quatre objectifs généraux du programme se déclinent en quinze actions qui intéressent les domaines de :

- l'information,
- la formation,
- la promotion de la santé,
- la prise en charge et le suivi des patients et des familles,
- la connaissance épidémiologique,
- la mise en réseau et la coordination des professionnels.

Ce programme est prévu sur cinq ans, soit 1998-2002. Un calendrier prévisionnel de réalisation a été élaboré en tenant compte de six actions estimées prioritaires par les acteurs consultés, à savoir :

- la création de réseaux départementaux,
- le renforcement de l'accueil spécialisé dans les services d'urgence,
- la formation inter-institutionnelle des professionnels,
- le développement des programmes de promotion de santé,
- la mise en place de recommandations concernant la prise en charge des tentatives de suicide,
- l'amélioration des conditions d'incarcération.

La troisième conférence régionale de santé, en mars 1998, a été le lieu de présentation du programme.

Une déclinaison locale du programme par une coordination départementale

La mise en place d'une coordination départementale de réseau est une des priorités

Anne Barbail
Médecin inspecteur régional adjoint,
Drass Poitou-Charentes



d'actions du programme. Elle a pour finalité d'impulser et d'animer la mise en réseau des professionnels et de mettre en œuvre, avec eux, les différentes actions du programme au niveau départemental ou infra-départemental. Cette action a fait l'objet d'un appel d'offres de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé pour porter ce projet de coordination qui comprend un temps plein de cadre de santé, un temps de supervision médicale et un temps de secrétariat.

Depuis 1999, cinq établissements hospitaliers, un par secteur sanitaire, ont été soutenus pour promouvoir cette coordination locale du programme. Elle est, dans la plupart des cas, portée par un secteur de psychiatrie, mais il convient de souligner l'implication du centre d'examen de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, en lien avec le centre hospitalier psychiatrique pour ce qui concerne le réseau Charente.

Ces réseaux départementaux de prévention, prise en charge et suivi sont en bonne voie grâce à l'impulsion donnée par les coordinateurs départementaux du programme. Les coordinations ont initié le fonctionnement en réseau en cooptant les partenaires concernés, professionnels, institutions et associations volontaires. La mobilisation des acteurs s'est faite grâce au développement de la communication sur le thème du suicide par le biais de forums ou de séminaires, qui ont été proposés dans chaque département, mais également à travers les actions concernant l'information sur les professionnels et les structures spécialisées, la mise en place de l'accompagnement des familles de suicidants et suicidés, le développement de projets de promotion en santé mentale.

Les formations favorisant la mise en réseau

Une des actions du programme est consacrée à la mise en place de formations inter-institutionnelles des professionnels des divers champs d'intervention auprès des jeunes (justice, éducation nationale, mission locale, santé, etc.). Cette action, organisée par territoire, vise à faciliter le repérage et l'orientation des adolescents et adultes jeunes présentant un risque de dépression ou un risque suicidaire.

Depuis 1999, plus de 450 professionnels ont suivi cette formation, organisée sur trois jours et financée par l'État et l'assurance maladie. L'évaluation des premières sessions a montré l'intérêt des professionnels, l'importance du caractère inter-institutionnel et

territorial dans la réalisation de ces formations pour la connaissance des uns et des autres. Les professionnels engagés se sont révélés par la suite être des relais aux autres actions du programme.

En 2002, et en lien avec la stratégie nationale de prévention du suicide impulsée par la direction générale de la Santé, cette formation est relayée par les formations sur la crise suicidaire. Chaque coordination départementale du programme (médecin et cadre de santé) a suivi une formation de formateurs à la crise suicidaire, lui permettant ainsi de former les acteurs de son réseau local.

Le thème du suicide intégré dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Le renforcement de l'accueil spécialisé des suicidants dans les services d'urgence trouve sa mise en œuvre au travers des volets urgences et psychiatrie des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ils ciblent prioritairement l'accueil psychiatrique aux urgences, le développement d'unités d'hospitalisation spécialisée pour adolescents. L'inscription de ces orientations dans les schémas en fait une priorité d'accompagnement budgétaire, qui s'est traduite par le renforcement en personnel des services d'urgence et de psychiatrie, la mise en place de lits-portes supplémentaires aux urgences ou le renforcement de services de post-urgences, la création d'unités intersectorielles pour adolescents.

En parallèle, l'élaboration des recommandations de prise en charge des tentatives de suicide était également inscrite dans le programme. Cette action, souhaitée également dans d'autres régions, a été reprise au niveau national (conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Anaes). Dans le même temps, l'Anaes a proposé, sur la base des recommandations sur la prise en charge hospitalière des tentatives de suicide parues en 1999, une évaluation des pratiques professionnelles selon la méthode de l'audit clinique. Sous le pilotage du correspondant régional de l'Anaes, treize établissements de santé du Poitou-Charentes se sont engagés dans la démarche d'audit. L'analyse des pratiques a montré que les actions correctives ont concerné surtout l'organisation de la prise en charge aux urgences et moins souvent l'articulation de la sortie ou la qualité des relations avec l'environnement du suicidant, alors que l'évaluation montrait des écarts au référentiel plus fréquents sur ces deux catégories de critères.

La prévention

Le développement des programmes de promotion de santé s'est concrétisé par le financement de plus d'une centaine de projets de promotion en santé mentale qui ont concerné des actions telles que les ateliers bien-être, les soirées théâtre-débats, les forums-santé, etc. Leur développement s'est accompagné du renforcement de l'aide méthodologique aux porteurs de projet, aide apportée par le comité régional d'éducation en santé en lien avec les comités départementaux. Des groupes prévention, en partenariat avec l'Éducation nationale et les associations, se sont mis en place dans les départements sous l'égide des coordinations du programme.

Les actions d'information (plaquettes, répertoire, divers produits d'information) et de communication, par l'organisation de congrès, communications ou manifestations autour du thème par chaque coordination départementale, ont été accueillies très favorablement par les partenaires du réseau.

Les actions en milieu carcéral

L'importance des suicides en milieu carcéral a justifié de décliner une action spécifique sur l'amélioration des conditions de détention dans ce programme, d'autant que sept établissements pénitentiaires en Poitou-Charentes accueillent chaque année plus de trois mille détenus. Les formations inter-institutionnelles, puis ensuite les formations à la crise suicidaire, ont associé à la fois le personnel de l'administration pénitentiaire et celui des unités de consultations et de soins ambulatoires. En 2003, au moins une formation aura été réalisée dans chaque établissement pénitentiaire. D'autres projets ont émergé, en lien avec les associations et les services de probation et d'insertion : livret d'accueil, mise en place de groupes de parole, de permanences associatives pour traiter les difficultés médicales, sociales et psychologiques rencontrées lors de l'incarcération. Une réflexion est actuellement en cours avec l'administration pénitentiaire pour coordonner et harmoniser ensemble les projets d'éducation à la santé en milieu carcéral.

L'accompagnement des familles

Ce volet du programme proposait de mettre en place un accompagnement aux familles de suicidants et suicidés sur chaque département. Ce travail s'est appuyé sur les nombreuses associations œuvrant déjà dans ce domaine : Estuaire, Jonathan Pierres Vivantes, Vivre son deuil, l'association Phare

Enfants-Parents, etc.), ou le réseau hospitalier psychiatrique et l'Union nationale des amis et familles de malades (Unafam). C'est ainsi que les lieux d'écoute et d'accompagnement ont été recensés, identifiés ou mis en place si besoin.

Il convient de souligner l'action originale développée par la coordination de Charente-Maritime en partenariat avec l'Éducation nationale, qui a permis d'élaborer un guide de recommandations lors d'un événement traumatique dans une communauté éducative; ce guide sera diffusé à tous les établissements scolaires du département. Une diffusion sur les trois autres départements est actuellement envisagée.

Résultats et enseignements

Le programme régional de santé «Suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune» a fait l'objet d'une mise en œuvre concrète depuis mi-1999, période à laquelle l'ensemble des cinq coordinations départementales ont été mises en place. À ce jour, douze des quinze actions prévues du programme ont été réellement réalisées, dont les six actions définies initialement comme prioritaires.

L'analyse des résultats en 2003 permet de dégager des éléments favorisant la mise en œuvre du programme. Tout d'abord, un tel programme n'a pu se faire sans un indispensable engagement commun de l'État, de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. C'est grâce à ce partenariat, qui a fait du suicide une thématique régionale prioritaire, qu'il a été possible de soutenir :

- la mise en place des coordinations départementales du programme, par appel à projet de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé,
- le renforcement des services d'urgence et de la psychiatrie dans les centres hospitaliers,
- le développement privilégié des projets de promotion en santé mentale inscrits dans l'appel à projet commun État-Urcam.

D'autre part, une déclinaison locale de programme implique un effecteur, en l'occurrence un pilotage local par une coordination avec l'aide du réseau d'acteurs. Cette organisation soutenue par l'agence régionale de l'hospitalisation a servi la légitimation du programme. En ce sens, la labellisation hospitalière de la coordination est déclarée comme facilitant la reconnaissance institutionnelle.

Trois actions portées par les coordinations locales apparaissent comme particulièrement

fédératrices pour la mise en place de réseaux locaux :

- la formation inter-institutionnelle au repérage et à l'orientation du sujet présentant un risque suicidaire, qui a permis de réunir des professionnels ayant des intérêts et des interrogations en commun, mais qui ne se connaissent pas ni parfois ne se reconnaissent, de partager un même savoir et de révéler leur souhait d'être acteur de prévention;
- les actions de communication et d'information, en raison de l'intérêt marqué des partenaires du réseau à disposer de supports d'information, de leur forte mobilisation autour des questions «qui fait quoi? pour qui? à quel moment?»;
- la structuration du réseau d'accompagnement des familles compte tenu de l'intérêt majeur pour cette action reconnue à la fois par les professionnels, les associations et le grand public.

À l'inverse, des difficultés ont pu être identifiées dans la déclinaison de ce programme, à savoir :

- les possibilités réduites d'accéder dans de brefs délais à des consultations spécialisées en psychiatrie en raison soit de la saturation du dispositif, soit de l'absence de psychiatres sur certains secteurs;
- la difficile mobilisation des médecins généralistes, des psychiatres libéraux; le dispositif de formation médicale continue reste peu lisible et le rôle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville dans la constitution de réseaux demeure complexe. L'identification de médecins leaders sur certains territoires pourrait être un objectif pour développer, en lien avec le secteur psychiatrique, des réseaux gradués de prise en charge;
- le développement des actions de prévention s'est heurté à l'insuffisance du réseau d'acteurs locaux formés à la méthodologie de projets, probablement en lien avec l'absence d'un cadrage national sur les objectifs et les contenus d'une politique de promotion en santé mentale. Par ailleurs, bien que, à l'instar d'autres régions, un appel à projet commun entre l'État et l'assurance-maladie ait été mis en place en Poitou-Charentes, les acteurs soulignent la complexité des financements dédiés à la prévention et la multiplicité des financeurs potentiels;
- trois des actions du programme n'ont pas été déclinées sous la forme prévue initialement, soit parce qu'elles relevaient d'un niveau national (par exemple : mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique, développement des programmes de recherche) soit

parce qu'elles n'ont pas été jugées pertinentes (par exemple : la création d'un registre des suicides et des tentatives de suicide non retenue par le Comité national des registres). Cependant, elles ont été reprises à travers la création, localement, de lieux d'accueil et d'écoute, et la réalisation d'études régionales contribuant à la connaissance des suicides.

Enfin, il convient de poser la question de la mesure de l'impact du programme en termes de réduction de mortalité et de morbidité. L'absence de données facilement «collectables» sur les tentatives de suicide, la disponibilité des données de mortalité en temps réel restent des obstacles pour mesurer les évolutions des tendances épidémiologiques au fur et à mesure du déroulement de la programmation.

Conclusion

La mise en œuvre d'un programme régional de santé sur le thème du suicide, tel que celui proposé en Poitou-Charentes, a nécessité un engagement prioritaire des trois principaux partenaires institutionnels régionaux que sont les services déconcentrés de l'État, l'agence régionale de l'hospitalisation et l'Urcam. Ce partenariat a largement contribué à instaurer une dynamique et à dégager les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le programme d'actions. En ce sens, la mise en place de coordinations départementales a été le relais indispensable pour fédérer les partenaires locaux autour de la déclinaison territoriale des actions.

Au terme des cinq années prévues pour ce programme régional, il s'agit d'envisager de nouvelles perspectives. En lien avec les orientations du schéma régional d'éducation et de prévention en santé et du projet de loi d'orientation en santé publique, quatre domaines d'interventions sont à privilégier dans le champ de la santé mentale : la promotion de la santé, l'information, la formation et l'animation du travail en réseau. Quatre populations seraient prioritairement ciblées : les jeunes, les précaires, les détenus et les personnes âgées. Pour cela, il s'agit de faire évoluer le rôle des coordinateurs départementaux vers une coordination territoriale en suicide-santé mentale, tout en conservant leur positionnement à partir des centres hospitaliers.

Tel est le sens des réflexions actuelles qui devront nous conduire à définir le contenu et les modalités de réalisation des orientations retenues pour cette évolution du programme régional de santé vers la déclinaison régionale de cette priorité de santé publique. ■



bibliographie

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Beck A. T., Schuyler D., Herman I. « Development of suicidal intent scales ». In : Beck A., Resnick H., Lettieri D (eds). <i>The Prediction of Suicide</i>, 1974 : 45-55. 2. Benoit M. « Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire ? » In : <i>La Crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge</i>. Paris : John Libbey Eurotext. 2001, 21-31. 3. Caplan G. <i>Principles of Preventive Psychiatry</i>. New York : Basic Books, 1964. 4. Chappert J.-L., Pequignot F., Pavillon G., Jougla E. <i>Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention</i>. Drees série Études, avril 2003, 45 p. 5. De Leo D. « Why are we not getting any closer to preventing suicide ». <i>British Journal of Psychiatry</i>, 2002 ; 181 : 372-374. 6. Debout M. <i>La France du suicide</i>. Paris : Stock, 2002. 7. Debout M. « Les Français et la prévention du suicide ». In : <i>L'état de l'opinion 2001</i>. Paris : Éditions du Seuil. 8. Garraud P. « Politiques nationales : élaboration de l'agenda ». <i>L'Année sociologique</i>, 1990, n° 40, p. 27. 9. Gunnel D., Frankel S. « Prevention of Suicide : aspirations and evidence ». <i>British Medical Journal</i>, 1994 ; 308 : 1227-1233. 10. Haim A. <i>Les Suicides d'adolescents</i>. Paris : 1, d. Payot, 1969. 11. Isacsson G. « Suicide prevention : a medical breakthrough ? » <i>Acta Psych Scandinavica</i>, 2000, 102 : 113-117. 12. Isacsson G., Lesage A., Grunberg F., Séguin M. « Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression : une stratégie efficace de prévention du suicide ? ». <i>Santé mentale au Québec</i>, 2002, XXVII, 2 : 235-259. 13. Jougla E., Pavillon G., Rossollin F., De Smedt M., Bonte J. « Improvement of the quality and comparability of causes of death statistics inside the European Community ». | <p><i>Rev. Epidémiol. santé publique</i> 1998 [46] : 447-456.</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jougla E., Pequignot F., Chappert J. L., Rossollin F., Le Toulec A., Pavillon G. « La qualité des données de mortalité sur le suicide ». <i>Rev. Epidémiol. santé publique</i>, 2002 ; 50 : 49-62. 15. Jougla E., Rossollin F., Niyonsenga A., Chappert J. L., Johansson L. A., Pavillon G. « Comparability and quality improvement in European causes of death statistics ». Eurostat, Project 96/S99-5761/EN., 2001 : 190 p.
http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_1998_frep_04_en.pdf 16. <i>La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus ; 19-20 octobre 2000</i>. Paris : John Libbey/eurotext/FFP, 2001. 17. Lecomte D., Hatton F., Renaud G., Le Toulec A. « Les suicides en Île-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans. Résultats d'une étude coopérative ». <i>BEH</i> 1994 ; 2 : 5-6. 18. Leguay D. « Quelles campagnes de prévention contre le suicide ? » In : <i>Prévention du suicide et santé publique</i>. Batt. A., Jourdain A. (dir.). Rennes : 2004 (à paraître). 19. Minois G. <i>Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire</i>. Paris : Fayard, 1995. 20. Pommereau X. <i>L'Adolescent suicidaire</i>. Paris : Dunod, 1996. 21. Rutz W., von Knorring L., Walinder J. « Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression ». <i>Acta Psychiatr Scand</i>, 1992, 85 [1] : 83-88. 22. Séguin M. « Les stratégies de prévention a Québec ». In : <i>Prévention du suicide et santé publique</i>. Batt. A., Jourdain A. (dir.). Rennes : 2004 (à paraître). 23. Séguin M. « Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? Place de la prise en charge psychologique ». In : [16] : 235-242. 24. Séguin M., Huon P. <i>Le Suicide. Comment</i> | <p><i>prévenir, comment intervenir ? Outremont (Québec)</i> : Éd Logiques, 1999, 194 pages.</p> <ol style="list-style-type: none"> 25. Silverman, M. M., Felner, R. D. « Suicide prevention programs : Issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness ». <i>Suicide and Life-Threatening behavior</i>, 1995 ; 25 [1], 92-104. 26. Taylor S. J., Kingdom D., Jenkis R. « How are nations trying to prevent suicide ? An analysis of national suicide prevention strategies ». <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 1997 ; 95, 457-463. 27. Terra J.-L. <i>Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention</i>. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, décembre 2003, 222 p. 28. Tilhet-Coartet S., Hatton F., Lopez C., Péquignot F., Miras A., Jacquart C., Jougla E., Malicier D. « Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès ». <i>La Presse Médicale</i>, 2000 ; 29 : 181-185. 29. Tudor, K. <i>Mental Health Promotion. Paradigms and practise</i>. London : Routledge, 1996. 30. Upanne M. « A Model-based analysis of professional practices in suicide prevention ». <i>Scandinavian Journal of Public Health</i>, 2001 ; 29, 1-5. 31. Vedrinne J. et al. <i>Suicide et conduites suicidaires</i>. Paris : Masson, coll. Médecine légale et de toxicologie médicale, 2 tomes, 1981-1982. 32. Walter M. « Évaluer le risque suicidaire ». <i>Revue du Praticien</i>, 2003, 53 : 1186-1190. 33. Walter M. « Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien ». In : [16] : 35-44. 34. Zurcher K. <i>Santé publique et subjectivité : déterminants et conséquences d'une spécialisation dans l'organisation des soins en psychiatrie</i>. Thèse de médecine, Brest, 2002. |
|---|--|--|

adresses utiles

UNPS

Union nationale pour la prévention du suicide
4-6, place de Valois
75001 Paris
téléphone : 01 40 20 43 34
www.infosuicide.org

Phare Enfants-Parents

13, rue Caumartin
75009 Paris
téléphone : 01 42 66 55 55
www.phare.org

Direction générale de la Santé

Sous-direction Santé et Société
Bureau Santé mentale
8, avenue de Ségur
75007 Paris