



Rapport du comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la politique de prévention du suicide

Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN,

Ministre de la santé et des sports

par

Monsieur David LE BRETON

Professeur de sociologie à l'université de Strasbourg

Mars 2009

Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

TABLE DES MATIERES

A. MÉTHODE DE TRAVAIL	3
B. INTRODUCTION	5
C. EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE EN FRANCE	7
I. Evolution des taux de décès par suicide.....	7
II. Prévalence des tentatives de suicide et pensées suicidaires	9
III. BIBLIOGRAPHIE.....	12
D. LA POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION DU SUICIDE	15
E. PROPOSITIONS DES GROUPES	19
I. GROUPE JEUNES	19
II. GROUPE ADULTES.....	21
III. GROUPE PERSONNES AGEES	22
IV. GROUPE INSTITUTIONS	23
F. PROPOSITIONS TRANSVERSALES	25
I. Améliorer la connaissance épidémiologique et qualitative	25
II. Etablir une charte éthique avec les médias.....	25
III. Améliorer la prévention	26
IV. Améliorer la postvention.....	27
V. Rendre plus difficile l'accès aux moyens létaux	28
G. SYNTHÈSE RAPPORT	29
I. PRECONISATIONS GENERALES	29
II. PROPOSITIONS SPECIFIQUES.....	32
H. LISTE DES SIGLES UTILISÉS	35

* * * * *

2^{ème} fascicule : rapports de groupe

3^{ème} fascicule : contributions

A. MÉTHODE DE TRAVAIL

MÉTHODE

Le comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration de la politique de prévention du suicide a été installé par Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, le 30 juin 2007.

Sa présidence a été confiée à Monsieur David LE BRETON, professeur de sociologie et d'anthropologie à l'université de Strasbourg. La lettre de mission envoyée par Madame la Ministre à Monsieur LE BRETON figure ci-dessous, tandis que l'annexe 2 reprend la liste des membres composants ce comité de pilotage pluridisciplinaire et interinstitutionnel, associant professionnels de terrain et représentants associatifs. Le secrétariat de ces travaux a été confié au bureau de la Santé mentale de la Direction générale de la santé.

Lors de la première réunion du comité de pilotage, il a été décidé que les travaux seraient répartis en quatre thématiques pris en charge par quatre groupes composés de membres du comité, un rapporteur étant chargé d'assurer la coordination de chacun :

- « Jeunes » (rapporteur : Monsieur David LE BRETON)
- « Adultes » (rapporteur : Monsieur le Professeur Michel DEBOUT)
- « Personnes âgées » (rapporteur : Madame le Professeur Anne-Sophie RIGAUD)
- « Institutions » (rapporteur : Madame François FACY).

Chaque rapporteur de groupe a coordonné la rédaction d'une synthèse reprise dans le deuxième fascicule.

Parallèlement à ces grandes thématiques, différents thèmes transversaux concernant les trois groupes populationnels ont été identifiés. Ces thèmes ont fait l'objet de contributions particulières regroupées à la fin de ce rapport. Ces contributions ont été soit portées par des membres du comité de pilotage (contributions 1 à 9), soit demandées à des personnalités extérieures (contributions 10 à 13). Certaines de ces personnalités choisies pour leur engagement sur le thème de la prévention du suicide ont été auditionnées en réunion plénière du comité de pilotage. Les contributions fournies par les personnalités extérieures au comité de pilotage n'engagent que leur auteur.

Quatre réunions plénières, une dizaine de rencontres en groupe ainsi que de nombreux échanges par courrier électronique ont permis d'écrire ce rapport, remis en mars 2009 par Monsieur LE BRETON à Madame la Ministre.

B. INTRODUCTION

Le suicide est rarement une recherche de la mort, il vise d'abord la fin d'une souffrance, c'est pourquoi le plus souvent il est accessible à une forme de prévention. À défaut de trouver une solution pour s'extirper d'une impuissance, et assuré du sentiment que la situation est irréversible, l'acteur voit en la mort la seule issue pour mettre un terme à une insupportable tension.

En 2005, 10 707 décès par suicide ont été enregistrés, dont 7 826 hommes et 2 881 femmes. Si l'on prend en compte le phénomène de sous-déclaration, généralement évalué à 20 %, le total s'établit alors à près de 13 000 décès par suicide par an. Les décès les plus nombreux touchent la classe d'âge comprise entre 35 et 54 ans : 21 % en 2002, soit 1 343 décès. Cette même tranche d'âge connaît un taux élevé de mortalité par accident (30% dont 21% d'accidents de la route), surtout chez les hommes (31%). Mais le taux de suicide est le plus élevé chez les hommes de 85 ans et plus.

Selon l'enquête sur la santé mentale en population générale (SMPG) réalisée entre 1999 et 2003, environ 8% de la population métropolitaine adulte déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de son existence, soit 9% des femmes et 6% des hommes de plus de 18 ans. 16% des personnes divorcées ou séparées ont déclaré avoir fait une tentative au cours de leur existence, de même que 10% des célibataires et 14% des chômeurs.

Selon le CépiDc de l'INSERM, une crise suicidaire (période pouvant durer de 6 à 8 mois au cours de laquelle l'hypothèse du suicide devient une solution) est estimée à 4% de la population.

En 2002, autour de 195 000 tentatives de suicide ont donné lieu à un contact avec le système de soin (DREES, 2006). La tendance générale est à une légère baisse depuis 1993 (Mouquet, Bellamy, Carasco, 2006).

Le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (45% des décès par suicide en 2002), ensuite viennent les suicides par arme à feu (16%), l'intoxication (15%) et les sauts d'un lieu élevé (8%). Les suicides par pendaison ont augmenté (38% des cas en 1997), en revanche ceux par arme à feu ont diminué (24% en 1997).

Les motifs d'un suicide sont sans doute inextricables car ils mêlent trop de liens, trop de résonances secrètes, trop de blessures ou de vaines attentes, trop de silence. Le moment de l'acte est le plus souvent un point d'aboutissement qui aurait pu ne pas être si les circonstances avaient alors été autres. Le grain de sable qui précipite l'acte n'aurait sans doute pas eu le même impact quelques jours avant ou après. Aucun profil de suicidaire ne se dégage avec clarté. Il n'est pas possible de distinguer l'expérience d'une personne qui va se donner la mort de celle d'une autre qui continue à résister aux mêmes adversités. Beaucoup de données entrent en jeu. Nul homme n'est une île, bien sûr, et les personnes qui l'entourent, bien ou mal, le contexte social, culturel, mille autres faits interviennent dans le choix du suicide ou dans celui de le différer ou dans l'impossibilité d'envisager une telle issue. Si Durkheim a démontré que le suicide est un fait social dont le taux varie peu, il ne s'agit pas non plus d'en déposséder les acteurs en les percevant comme des atomes indifférents venant apporter leur contribution involontaire à la reconduction des taux. Le suicide est toujours un fait de signification. Il traduit l'attitude du moment face à une situation. On ne se tue pas à cause d'une séparation, d'un deuil, de sa solitude, de sa vieillesse ou de sa misère, mais parce que l'existence ne paraît plus possible après la séparation ou le deuil, parce que la solitude, la

vieillesse ou la misère sont vécus comme des tragédies sans issue. Ce n'est pas l'événement en lui-même qui induit la volonté de mourir, mais l'interprétation qu'en donne l'individu au regard de son existence. Si certains suicides paraissent, a posteriori, inéluctables, logiques (mais combien d'hommes ou de femmes continuent à vivre des souffrances terribles sans penser un seul instant à mettre fin à leurs jours), d'autres, la plupart sans doute, relèvent de l'imprévisible.

Le suicide n'est pas nécessairement lié à des circonstances précises. Il était là, lové au cœur de l'existence, comme une fissure qui ne cessait de s'élargir mais de façon insensible. Parfois ce sont sans doute des blessures d'enfance qui trouvent leur issue bien des années plus tard. Des hommes ou des femmes ont pu ainsi connaître de longues années d'une vie régulière et sans doute heureuse, ils ont eu un métier, ils ont aimé, parfois eu des enfants, et puis un jour ils disparaissent, sans que rien ne laissait suspecter leur geste. Ils étaient dans leur existence comme dans une sorte d'exil, leur aspiration était ailleurs. Ils pensaient sans doute souvent à la mort comme à un havre prochain.

Certains revendiquent un droit mettre eux même un terme à leur existence comme affirmation de leur liberté. Le suicide est perçu parfois, notamment par la tradition stoïcienne, comme le fait d'instaurer soi-même sa propre limite. Il traduit le fait de rester maître de soi jusqu'au dernier souffle. La mort se mue dès lors en « seul appui de notre liberté » (Montaigne, *Essais*, I, XV). Bien d'autres auteurs ont défendu cette idée. « La mort volontaire est bien le chemin de la liberté, la recherche du grand air, et non la liberté ou le grand air eux-mêmes (...) Tout ce qu'on peut ressentir, c'est l'absurdité de la vie et de la mort, et quand celle-ci est volontaire, une absurde ivresse de liberté. Vivre cette ivresse n'est pas une piètre expérience », écrit ainsi Jean Amery (1996, 155). Stig Dagerman voyait lui-aussi dans le suicide est « la seule preuve de la liberté humaine » (*Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*, p. 15).

La prévention du suicide n'a pas la transparence d'une prévention contre une maladie car elle engage une part d'insaisissable de la condition humaine et une part de revendication de liberté. Elle est sans cesse confrontée à l'ambivalence, même si une telle remarque ne suspend pas nos responsabilités à cet égard. Par ailleurs prévenir le suicide, c'est aussi faire en sorte que les conditions d'existence soient plus heureuses pour la plupart.

C. EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE EN FRANCE

La France se classe parmi les pays occidentaux à forte mortalité par suicide, après la Finlande, le Danemark et l'Autriche (Mouquet *et al.* 2006).

I. Evolution des taux de décès par suicide

1. Prévalence des décès par suicide

a) Taux brut

Au cours des dernières décennies (1979-2005), les taux bruts de décès par suicide se sont relativement stabilisés évoluant dans une fourchette comprise entre 17 et 23 décès par suicide pour 100 000 habitants (*cf.* Tableau 1). Après une hausse relative des taux de suicide entre 1979 (20,3 pour 100 000) et 1987 (23,1) observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la tendance depuis 1987 est à la baisse (*cf.* Graphique1). Une diminution constante du taux de suicide a été enregistrée entre 1987 et 2005. De 23,1 décès par suicide pour 100 000 habitants entre 1985 et 1987, le taux de suicide est descendu à moins de 18 (pour 100 000 habitants) entre 2003 et 2005.

Le suicide représentait, en 2005, 2,9% des décès masculins et 1,12 % des décès féminins (soit au total 2 % des décès), l'incidence étant de 26,6 pour 100 000 hommes et de 9,2 pour 100 000 femmes, soit une incidence totale de 17,7 suicides pour 100 000 habitants. Si la surmortalité des hommes par suicide est restée stable au cours des dernières décennies (autour de 3 fois plus de décès masculins par suicide), le pourcentage de suicide dans le total des décès a évolué différemment selon les catégories d'âge.

La part des suicides dans le total des décès, tous âges confondus, a diminué entre 1987 et 2005, passant de 2,3 % à 2 %. Cependant cette évolution n'a bénéficié qu'au plus de 65 ans. Chez les moins de 65 ans la proportion des suicides a augmenté, passant de 6,4 % entre 1985 et 1987 à 7,2 % des décès entre 2003 et 2005.

Tableau 1 : Evolution des effectifs et des taux bruts de suicide par sexe entre 1979 et 2005 (source : INSERM, CépiDC)

Période	Effectif masculin	Taux brut masculin	Effectif féminin	Taux brut féminin	Effectif Total	Taux brut Total
1979-1981	7333	31.9	2993	11.0	10326	20.3
1982-1984	8387	35.9	3405	12.2	11792	22.6
1985-1987	8781	36.4	3609	12.6	12390	23.1
1988-1990	8248	33.2	3317	11.2	11565	21.0
1991-1993	8503	33.2	3288	10.9	11791	20.9
1994-1996	8546	32.3	3158	10.2	11704	20.2
1997-1999	7759	28.4	2879	9.0	10638	17.8
2000-2002	7783	27.7	2854	8.7	10636	17.3
2003-2005	7903	27.2	2884	8.5	10787	17.0

b) Prévalence par âge et par sexe : dernières données (2005)

Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'avancée en âge. Son incidence est de 7,2 (pour 100 000) chez les 15-24 ans, de 23,1 chez les 35-44 ans, de 23,5 chez les 55-64 ans, de 34,6 chez les 75-84 ans et enfin de 48,4 chez les 85-94 ans (*cf.* Tableau 2).

Cependant, si la mortalité par suicide parmi les jeunes demeure plus faible que chez les personnes plus âgées, c'est parmi les 15-44 ans que l'importance relative des décès par suicide est la plus élevée. Elle représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans (14,6 %), juste après les accidents de la route, et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans avec plus d'un décès sur cinq (21,3 %). Le suicide représente encore 15,7 % des décès chez les 35-44 ans. Le pourcentage de décès par suicide descend ensuite à 7,3 % chez les 45-54 ans, à 3,1 % chez les 55-64 ans avant de ne représenter plus que 1,5 % des décès chez les 65-74 ans et moins de 1 % chez les 75-84 ans (*cf.* Tableau 2).

L'évolution des suicides au cours de l'âge évolue différemment selon le sexe. La tranche d'âge pour laquelle l'importance relative des décès par suicide est la plus élevée reste cependant la même pour les deux sexes (25-34 ans). Ensuite l'importance relative par tranches d'âges diffère selon le sexe. Pour les femmes, la deuxième tranche d'âge qui se trouve être proportionnellement la plus exposée est l'adolescence (15-24 ans) avec 13,1 % de décès par suicide (15,5 % pour les hommes) alors que c'est la période 35-44 ans pour les hommes avec 18 % de décès par suicide (contre 11 % pour les femmes).

La différence hommes/femmes qui reste faible à l'adolescence (15,5 % pour les hommes et 13,1 % pour les femmes) se creuse entre 25 et 44 ans (le suicide représente entre 23 et 18 % des décès chez les hommes contre 15 à 11 % chez les femmes). L'écart se réduit ensuite très nettement à partir de 45 ans (7,5 % chez les hommes contre 6,7 % chez les femmes) et pour la première fois, la tendance s'inverse à partir de 55 ans. L'importance relative des décès par suicide est alors plus élevée chez les femmes (3,5 %) que chez les hommes (2,9 %). Au-delà de 64 ans, bien que faible (inférieure à 2 %) la part des décès dans le total des suicides redevient plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 2 : Nombre, pourcentage et taux de suicides accomplis par sexe et par âge en 2005 (source : INSERM, CépiDC)

	Sexe	Total	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
Nombre de suicides	M	7826	0	21	439	946	1535	1657	996	908	974	333	17
	F	2881	0	8	128	239	473	685	515	359	323	139	12
	Total	10707	0	29	567	1185	2008	2342	1511	1267	1297	472	29
% de suicide sur le nombre total de décès	M%	2.9	0	4,6	15,5	23,6	18	7,5	2,9	1,7	1,1	0,7	0,2
	F%	1.12	0	2,5	13,1	15,4	11	6,7	3,5	1,3	0,4	0,2	0,04
	Total %	2.03	0	3.7	14.8	21.3	15.7	7.3	3.1	1.5	0.8	0.35	0.08
Taux brut sur 100000	M	26.6	0	0.6	11.0	23.3	35.6	40.1	31.5	39.2	67.0	120.1	82.4
	F	9.2	0	0.2	3.3	5.9	10.8	16.0	15.8	12.9	14.1	19.9	13.5
	Total	17.7	0	0.4	7.2	14.6	23.1	27.9	23.5	24.8	34.6	48.4	26.5

c) Prévalence par Région

Si la prévalence des suicides présente un certain nombre de disparités en fonction de l'âge et du sexe, elle est aussi inégalement représentée en fonction des régions d'habitation. Les données enregistrées par région et par sexe sur la période 2003-2005 montrent (*cf.* graphiques 2 et 3) une surmortalité par suicide aussi bien chez les hommes que chez les femmes dans la région Bretagne et Basse-Normandie (respectivement 42,1 et 38 pour 100 000 hommes contre 26,6 en moyenne et 14,1 et 10,6 pour 100 000 femmes contre 9,2 en moyenne). Ces régions ne s'opposent pas pour autant au mouvement de réduction des taux de suicide amorcé depuis 1987. La Bretagne et la Basse Normandie enregistraient en 1987 un taux de suicide de respectivement 59,4 et 51,8 pour 100 000 habitants, taux qui n'ont cessé de diminuer jusqu'en 2005.

De façon générale, les régions les plus exposées au suicide des hommes (taux de plus 20 % supérieur à la moyenne nationale), sur la période 2003-2005, sont les régions du nord (Nord-Pas-de-Calais, Picardie), de l'ouest (Bretagne, Haute et Basse-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) et du centre (Centre et Limousin) (pour plus de détails se reporter au tableau 3 et 3 bis ainsi qu'aux graphiques 2 et 3). Si l'on ne considère que le suicide des femmes, les régions qui enregistraient les taux les plus élevés de suicide entre 2003 et 2005 sont la Bretagne, la Basse-Normandie et la Champagne-Ardenne.

Inversement, c'est la région Île-de-France qui affiche le taux de suicide le plus faible quel que soit le sexe considéré, avec un taux de 13,4 pour les hommes et de 5,1 pour les femmes. Avec l'Île-de-France, deux autres régions affichent un taux de suicide des hommes de plus de 20 % inférieur à la moyenne nationale, la région Midi-Pyrénées et la région Alsace.

2. Limites des données portant sur les suicides accomplis

La comptabilité des suicides accomplis souffre de nombreux défauts d'enregistrement et de classification, spécifiques à la nature du décès (Chappert et al. 2003, Jouglu et al. 2002, Merllié 1992), avec pour conséquence des risques élevés de biais par sous-déclaration. Cela n'invalide cependant pas l'étude des tendances de la mortalité par suicide sur de courtes périodes historiques puisque le biais peut être alors considéré comme constant. En conséquence, les variations observées au cours du temps peuvent être considérées comme valables (Nizard et al. 1998). Le biais de sous-déclaration étant estimé à 20 ou 25 %, cela porterait le nombre de décès par suicide en 2005 à environ 13 100.

II. Prévalence des tentatives de suicide et pensées suicidaires

En France, les TS ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant¹ n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital (ce qui serait le cas de 80 % des TS par intoxications médicamenteuses, et moins pour d'autres formes de suicide n'ayant pas eu recours à un moyen létal). Les limites sont là aussi importantes puisque toutes les tentatives ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale et que les pratiques divergent d'une région à une autre, notamment lorsque les conséquences de la tentative sont jugées peu graves sur le plan somatique. En 2002, le nombre de tentatives de suicide prises en charge par le système de soin était estimé à 195 000 (Mouquet et al. 2006).

¹ *Suicidant* : personne ayant survécu à un geste ayant pour but de mettre fin à ses jours.

En conséquence les tentatives de suicide et les pensées suicidaires ont été étudiées, au moyen d'enquêtes avec questionnement rétrospectif (en général sur les 12 derniers mois ou sur la vie entière) menées auprès de la population générale. Ces enquêtes permettent d'estimer des incidences et des prévalences, et de comparer les suicidants aux personnes n'ayant pas eu de pensées ni d'actes suicidaires, permettant ainsi de repérer des caractéristiques pouvant constituer des indicateurs de risque ou des facteurs de protection. De tels travaux posent la question de l'extrapolation des résultats obtenus à partir des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires, mais des études européennes et américaines montrent un lien fort entre TS et suicide accompli (Hawton et al. 1998) et entre pensées suicidaires et TS (Kessler et al., 1999).

1. Prévalence des tentatives de suicide en population générale

L'estimation de la prévalence des TS au cours de la vie en population générale varie selon l'enquête : 5 % pour le Baromètre Santé 2005 et 8 % pour l'enquête santé mentale en population générale (SMPG).

Dans le cas des femmes, si les taux de mortalité sont moins importants (en moyenne trois fois moindre), les tentatives de suicide sont plus fréquentes que chez les hommes. Mouquet et collègues estiment à partir de l'enquête SPMG la prévalence des tentatives de suicide (non suivies du décès de la personne) au cours de la vie à 9 % pour les femmes et 6 % pour les hommes (Mouquet et al. 2006), tandis que Michel et collègues fournissent à partir de l'enquête Baromètre Santé de l'INPES une estimation de 7 % pour les femmes et de 3 % pour les hommes (Michel et al. 2007).

Les prévalences de tentatives de suicide varient également en fonction de l'âge (*cf.* Tableau 4). Le taux de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois le plus important, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, est observé chez les adolescents (15-19 ans). Ces derniers sont 0,5 % chez les hommes à avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois et 1,3 % chez les filles. Le taux de tentative de suicide diminue ensuite progressivement ; de 0,9 % entre 15 et 19 ans, il passe à 0,3 % entre 20 et 34 ans, à 0,2 % entre 35 et 54 ans avant de s'approcher de 0 % au-delà de 55 ans. Il apparaît cependant que la diminution du nombre de tentatives de suicide intervient plus tôt chez les hommes (entre 45 et 54 ans) que chez les femmes (entre 55 et 64 ans).

Tableau 4 : Prévalence (%) des TS (12 derniers mois) en fonction de l'âge et du sexe (BS 2005)

	Sexe	15-19	20-25	26-34	35-44	45-54	55-64	65-75
12 derniers mois	M	0,5	0,2	0,2	0,3	0,1	0,0	0,0
	F	1,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,1	0,0
	Total	0,9	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0

2. Prévalence des pensées suicidaires en population générale

D'après les données du Baromètre santé 2005, 5 % des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. La survenue, au cours des 12 derniers mois, de pensées suicidaires varie en fonction de l'âge (*cf.* Tableau 5). Très fréquentes à l'adolescence (15-19 ans), elles diminuent rapidement à partir de 20 ans (5,3 %).

Elles restent ensuite relativement stables entre 20-25 ans (5,3 %) et 55-64 ans (5,4 %), pour diminuer à nouveau nettement à partir de 65 ans (2,9 %).

Avec l'âge, le sexe est une variable essentielle dans la survenue des pensées suicidaires. Ce sont les adolescentes entre 15 et 19 ans qui ont le plus déclaré avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois avec un taux de 11,4 % (contre 5,9 % pour les garçons du même âge). Chez les filles, les idées suicidaires diminuent très nettement entre 20 et 34 ans (4,5 % pour les 20-25 ans et 4,7 % pour les 26-34) ; elles augmentent ensuite entre 35 et 64 ans, évoluant dans une fourchette de 6 à 7 %, avant de redescendre à moins de 3,5 % chez les 65-75 ans.

Chez les hommes, la survenue des idées suicidaires semble plus stable au cours de l'âge que chez les femmes. Parmi les 15-54 ans, le pourcentage d'hommes déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois varie dans une fourchette étroite de 1 % entre 5,1 et 6,1 %. Les taux les plus importants sont observés dans les tranches d'âge 15-19 et 20-25 avec respectivement 5,9 % et 6,1 % d'adolescents et de jeunes hommes ayant pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. La fréquence des pensées suicidaires diminue assez nettement à partir de 55 ans (4,2 % contre 5,6 % entre 45 et 54 ans) et très nettement à partir de 65 ans (2,4 %).

Tableau 5 : Prévalence (%) des pensées suicidaires (12 derniers mois) en fonction de l'âge et du sexe (Baromètre santé 2005)

	Sexe	15-19	20-25	26-34	35-44	45-54	55-64	65-75
12 derniers mois	M	5,9	6,1	5,4	5,1	5,6	4,2	2,4
	F	11,4	4,5	4,7	6,0	7,0	6,5	3,4
	Total	8,5	5,3	5,0	5,6	6,3	5,4	2,9

3. Facteurs associés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide

Au-delà des effets de l'âge et du sexe déjà présentés dans les sections précédentes, un certain nombre de facteurs psychosociaux et comportementaux sont associés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide. Nous présenterons les principaux facteurs identifiés dans les modèles de régression logistique réalisés sur les données de l'enquête Baromètre santé 2005 (Michel et al., 2007).

Les principaux facteurs associés à la présence de pensées suicidaires sont liés à la santé mentale (anxiété, dépression et boulimie), à la violence (antécédents de violence sexuelle et physique subies), à l'usage de toxiques (alcool, cannabis) ainsi qu'aux conditions de vie.

Concernant les facteurs en relation avec la santé mentale, le risque de survenue d'idées suicidaires est multiplié par 5 (OR=5,3) pour les personnes souffrant de troubles anxieux et par plus de trois (OR=3,7) pour les personnes dépressives. La consommation régulière de cannabis est également associée à un risque plus important de pensées suicidaires (OR=2,5) ainsi que la symptomatologie boulimique mais avec un risque plus faible (OR=1,5). Parmi les facteurs relatifs aux violences subies, les antécédents d'agressions sexuelles et physiques prédisent fortement l'apparition d'idées suicidaires avec, respectivement, un risque relatif de 3,1 et 2,1. Les facteurs liés aux conditions de vie sont aussi des paramètres vulnérabilisant vis-à-vis des idées suicidaires, comme le fait de vivre seul (OR=1,8) et d'être au chômage (OR=1,3)

Concernant le lien entre le suicide et la santé mentale, les troubles mentaux constituent un facteur significatif de suicide. Comparativement à des sujets de contrôle issus de la population

générale, le risque de suicide est 6 à 22 fois supérieur chez les personnes souffrant d'un trouble mental avéré. Les études par reconstruction psychologique réalisées aux USA et en Europe du nord (Angleterre, Suède, Finlande) ont montré l'existence d'un trouble mental chez plus de 90% des suicidés (Bioulac et col 2000). Les diagnostics les plus fréquemment notés étaient la dépression (60 %), l'alcoolisme (30%), les troubles de la personnalité (35%), les schizophrénies (6%).

Parmi les facteurs associés à un plus grand risque d'avoir effectué une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois figurent, comme pour les pensées suicidaires, des facteurs liés aux conditions de vie. Le fait de vivre seul et d'être au chômage augmente par 3 le risque d'avoir fait TS au cours des 12 derniers mois.

Concernant les facteurs associés à la santé mentale, le facteur qui est le plus associé à la survenue d'une tentative de suicide est le fait d'être atteint d'un trouble anxieux. Le risque d'avoir effectué une TS est multiplié par 28 chez les anxieux. Ce résultat est toutefois à manier avec précaution étant donné la faible taille des effectifs de TS considérés (n=53). Si l'on considère les violences, contrairement aux pensées suicidaires, ce ne sont pas les violences subies qui augmentent le risque de TS, mais les violences « agies », c'est-à-dire le fait d'avoir été violent et/ou d'avoir blessé quelqu'un au cours des 12 derniers mois. Ces violences augmentent par près de 6 le risque de tentative de suicide. Ce résultat confirme le lien, souvent observé, entre auto-agressivité et hétéro-agressivité. Enfin, concernant l'usage de substances psychoactives, l'élément le plus fortement corrélé aux conduites suicidaires (mais aussi aux pensées) est l'âge du premier usage de cigarette et de la première ivresse alcoolique.

Les facteurs de risque présentés ne doivent cependant pas être considérés isolément les uns des autres. C'est l'interaction et le cumul de ces facteurs qui inscrivent l'individu dans une vulnérabilité vis-à-vis des idées ou des conduites suicidaires.

III. BIBLIOGRAPHIE

Anguis M., Cases C., Surault P. 2002 « L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », *Etudes et Résultats*, n°185.

Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jouglu E. 2007 « Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004 », *BEH*, n°35-36, p.308-314.

Michel G, Aquaviva E, Aubron V, Purper-Ouakil D. (2007) « Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. in Beck F, Guilbert P, Gautier A (dir) *Baromètre santé 2005* , St Denis, INPES, 487-518.

Bioulac S, Bourgeois M Ekouevi DK et al. Facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *Encéphale*. 2000 ; 26(1) : 1-7.

CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

Chappert J.L., Péquignot F., Pavillon G., Jouglu E. 2003 *Evaluation 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 leur intention »*, document de travail n°30, Paris : DREES.

Jouglu E., Péquignot F., Chappert J.L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. 2002 « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 50(1):49-62.

Merllié D. 1992 « Suicides : modes d'enregistrement », in Besson (dir.) La cité des chiffres ou l'illusion des statistiques, série « Sciences en société », Paris : éditions Autrement, p.100-115.

Mouquet M.C., Bellamy V., Carasco V. 2006 « Suicides et tentatives de suicides en France », *Etudes et Résultats*, n°488.

Nizard A., Bourgouin N., Divonne G. 1998 « Suicide et mal-être social », *Population & Sociétés*, n°334.

D. LA POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION DU SUICIDE

Cf. diaporama DGS pour la réunion d'installation du comité de pilotage, le 30 juin 2008 (fascicule 3)

Avec plus de 10 000 morts par an, 13 000 environ si l'on tient compte la sous-évaluation de ce type de décès, le suicide apparaît comme un enjeu majeur de santé publique.

Reconnu en tant que tel depuis le début des années 90 (*cf.* rapport du Haut Comité de santé publique en 1994, *La Santé en France*), le suicide a fait l'objet d'une attention de plus en plus soutenue avec :

- le Plan national de prévention du suicide, lancé en 1998 et destiné à dresser un état des lieux complet ;
- la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 ;
- un objectif de réduction du nombre de suicides en annexe de la loi relative à la politique de santé publique de 2004.
- le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 qui prévoit la prolongation des actions de la stratégie, l'évaluation de cette dernière (réalisée en 2006), et le lancement d'un nouveau plan de prévention.

Les premières avancées ont été réalisées dans le domaine de la prise en charge des personnes qui ont tenté de se suicider, plus particulièrement des jeunes. Impulsées par la direction générale de la santé, les recommandations de l'ANAES sur « la prise en charge hospitalière des adolescents ayant fait une tentative de suicide » (1999) ont permis d'améliorer l'accueil de ces personnes, en référence à des protocoles de prise en charge.

Des audits cliniques, auto-évaluation des établissements de santé, ont été généralisés par la HAS (ex-ANAES) sur l'ensemble du territoire pour mettre en œuvre ces recommandations de pratiques.

1) La Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)

La Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) a été lancée en septembre 2000 dans le cadre de la Présidence Française de l'Union Européenne. Elle comportait 4 axes :

- Favoriser la prévention
- Diminuer l'accès aux moyens létaux
- Améliorer la prise en charge
- Améliorer la connaissance épidémiologique

Cette priorisation au niveau national a relayé certaines initiatives locales faisant notamment l'objet de programmes régionaux de santé, spécifiques à la prévention du suicide et/ou dédiés à un public particulier (jeunes, détenus, personnes âgées...). Un référent DRASS « prévention du suicide » a été désigné dans chaque région pour l'animation et le suivi des actions.

Les réalisations

L'évaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) a souligné la place particulière des formations pluridisciplinaires sur le repérage de la crise suicidaire

reconnues au sein des trois « actions nationales prioritaires - formations, audits, annuaires » comme étant l'élément moteur de la mobilisation des acteurs autour de la stratégie. Les audits cliniques ayant pour but d'améliorer la prise en charge hospitalière des personnes en crise suicidaire et les annuaires créés pour faciliter la mise en réseau de l'ensemble des acteurs intervenant sur la problématique du suicide ont mobilisé plus difficilement les professionnels, surtout sur la durée.

La mise en œuvre de l'axe 2 (diminuer l'accès aux moyens létaux) résulte pour partie de chantiers législatifs et réglementaires qui excèdent le champ sanitaire. Des textes sont parus renforçant les exigences pour la détention d'armes à feu, mais certaines pistes de travail comme la prévention du suicide dans le métro parisien n'ont pas abouti.

En ce qui concerne les actions prévues dans les axes 3 et 4 (améliorer la prise en charge ; améliorer la connaissance épidémiologique), elles sont majoritairement réalisées ou engagées, avec notamment des créations de lits en pédopsychiatrie et une sélection de projets d'études.

Mobilisation des acteurs autour de la Stratégie

- *Au niveau national*

Parmi les administrations centrales associées, la DAP s'est particulièrement mobilisée pour la prévention du suicide, y allouant des ressources significatives. De nombreuses autres administrations se sont mobilisées autour de cette question, des contrat-cadres de santé publique passés entre la DGS et d'autres administrations centrales, comme l'Education nationale permettant de mutualiser les efforts dans ce champ.

De nombreux autres partenaires institutionnels ou associatifs se sont parallèlement mobilisés autour de la prévention du suicide.

- *Au niveau régional*

Un impact positif de la stratégie nationale a été constaté au niveau des régions. Les référents régionaux nommés dans les DRASS ont pu porter les orientations ministérielles au niveau local. La stratégie a notamment permis de renforcer la mobilisation des différents partenaires dans les régions qui avaient préalablement adopté un programme régional de santé sur le suicide (PRS).

Les acteurs régionaux de santé (assurance maladie, centres hospitaliers, ARH), les inspections académiques et autres (associations, ORS, CRES, CODES...) se sont fortement mobilisés et de façon pérenne. La mobilisation régionale dépend de la disponibilité et de la pérennité des animateurs, de la stabilité des réseaux existants et de la temporalité des PRS/PRSP.

L'effort financier réalisé pour la mise en œuvre de ces actions s'élève à près de 1,5 M€ au niveau national pour la période 2000-2005 et environ 20 M€ sur 2000-2004 au niveau local.

2) L'objectif de santé publique :

La diminution du nombre de décès par suicide figure également parmi les 104 objectifs quantifiés de santé inscrits en annexe de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. L'objectif est de réduire de 20 % le nombre de décès par suicide d'ici 2008, soit une diminution de 12 000 à environ 10 000.

3) Le Plan psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

Le Plan psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 rendu public en avril 2005, intègre un programme spécifique de prévention du suicide avec notamment la poursuite de la Stratégie nationale d'actions au-delà de son évaluation (réalisée en 2006).

Ce plan insiste cependant sur le fait que la prévention du suicide doit s'intégrer dans une approche plus globale de prévention et de soins en santé mentale. Il intègre des mesures générales qui contribueront fortement à la prévention du suicide, par exemple :

- la sensibilisation de la population sur les problèmes de santé mentale ;
- le renforcement de l'accès aux soins spécialisés, notamment par le développement de l'offre de soins en pédopsychiatrie afin d'assurer une prise en charge de proximité apportant des réponses graduées, diversifiées et coordonnées ;
- le développement de pratiques coordonnées de prise en charge entre médecins généralistes et spécialistes (psychiatres et psychologues) ;
- l'amélioration de la prise en charge de la dépression (principal déterminant de santé du suicide).

E. PROPOSITIONS DES GROUPES

I. GROUPE JEUNES

1. En direction des jeunes

Renforcer les actions de promotion de la santé, en intensifiant la mise en œuvre de programmes :

- d'éducation pour la santé qui prennent réellement en compte les réalités de la vie, de la maladie et de la mort;
- d'éducation à la sexualité, en intégrant la question de l'homophobie ;
- d'information sur les risques liés aux comportements dangereux ;
- de développement des compétences psychosociales des jeunes, par des activités citoyennes, éducatives, culturelles, sportives, ...

Améliorer la connaissance des jeunes sur les ressources et les dispositifs d'écoute, d'aide, d'orientation et de soin ambulatoires, institutionnels et associatifs existants, en renforçant :

- les stratégies d'information sur les lieux et espaces fréquentés par les jeunes (établissements scolaires et universitaires, maisons de jeunes, clubs sportifs, points info jeunes (PIJ) et bureaux info jeunesse (BIJ), espaces virtuels,...) ;
- les actions de prévention sur les risques liés à l'usage des blogs ou des forums et l'émission de messages d'alerte systématiquement associés à certains des mots clés.

Promouvoir les dispositifs de prévention et prise en charge dédiés aux jeunes, particulièrement ceux dédiés aux jeunes en situation vulnérable :

- en confortant leur fonctionnement et, après évaluation, en favorisant leur pérennisation (maisons des adolescents, espaces santé jeunes, points accueil écoute jeunes, centres de santé universitaires, centres d'accueil et de crise, lieux de téléphonie sociale, missions locales,...) ;
- en intervenant par des actions appropriées à chacune des étapes de la crise suicidaire et dans l'après-coup du geste suicidaire ;

Plus spécifiquement en direction des jeunes incarcérés, renforcer :

- l'accueil pluridisciplinaire personnalisé ;
- la formation des professionnels au repérage des jeunes fragiles;
- les relations entre tous les professionnels dans les établissements pour mineurs et quartiers de mineurs incarcérés.

2. En direction des familles

Soutenir les parents dans leur mission de premier éducateur:

- en les confortant dans leur légitimité de parents à poser des règles et à accompagner leurs adolescents pour faire respecter ces règles ;
- en renforçant les actions de sensibilisation en direction des familles concernées par le mal-être de leur adolescent ;

- en favorisant les possibilités de « regards croisés » et échanges entre les parents et intervenants au contact d'adolescents (professionnels éducatifs, professionnels de santé, animateurs,...) ;

Consolider les services d'accueil, d'accompagnement et de soutien des familles :

- en s'appuyant notamment sur les dispositifs existants tel que le REAAP (réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement aux parents) qui peuvent favoriser l'expression et l'échange entre parents sur des préoccupations liées à l'adolescence ;
- en s'assurant que l'information est disponible dans les espaces dédiés : points info-familles (PIF) lorsqu'ils existent ;
- en s'appuyant sur des services de téléphonie sociale ;

Généraliser la prise en compte des familles dans le parcours de soin des jeunes ayant fait une tentative de suicide :

- par la mise en œuvre d'actions spécifiques (groupe de paroles, de soutien,...) ;
- par l'établissement des conditions propices à l'émergence d'une alliance thérapeutique autour de ces jeunes.

Développer les actions de soutien aux familles endeuillées par le suicide de leur adolescent :

- par la mise en œuvre d'une aide psychologique adaptée;
- par la mise en place dans des lieux publics ou stratégiques (hôpitaux, mairies, cabinets médicaux, pharmacies, gares, stations métro, etc.) ou Internet, d'informations relatives aux dispositifs d'aide existant.

3. En direction des professionnels

Agir en prévention en privilégiant :

- la mobilisation des intervenants au contact des jeunes, professionnels et bénévoles, et leur formation au repérage des signes de mal-être, à l'identification des facteurs de risque -individuels, familiaux et environnementaux- et de protection, au dépistage précoce des jeunes en risque suicidaire et à leur orientation ;
- la coordination des structures et des professionnels concernés par le mal-être des jeunes (ateliers santé ville, comités d'éducation pour la santé, établissements scolaires (à travers les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, services téléphoniques d'aide aux jeunes...), services universitaires de médecine préventive... ;
- la connaissance mutuelle des intervenants et dispositifs (annuaires, débats,...).

Améliorer la prise en charge des jeunes et de leur famille en renforçant :

- la formation des professionnels de soins : au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire, au traitement et au suivi ambulatoire des jeunes ayant fait une tentative de suicide (personnels hospitaliers, médecins généralistes, autres professionnels des soins concernés...) ; et au soutien des familles endeuillées par le suicide ;
- la consolidation des dispositifs de prise en charge et de suivi des jeunes suicidants en envisageant notamment la systématisation sur le territoire d' « espace de transition » à la sortie de l'hôpital du jeune après une tentative de suicide, un lieu de crise pour adolescent qui serait un lieu de bilan de santé au plan physique, psychologique et psychiatrique, et social, mais aussi d'évaluation des difficultés familiales, un lieu d'aide et de soutien animé par une équipe pluridisciplinaire. Et en maintenant un lien

avec le jeune par un appel mensuel pendant au moins 12 mois de l'un des membres du service ;

- la coopération entre les professionnels des soins, les démarches collectives de travail en réseau, le décloisonnement et la coordination des dispositifs spécifiques de prise en charge..
- Pour les jeunes en errance, favoriser le soutien psychologique et l'aide à travers les points d'accueil des jeunes précaires, favoriser l'action d'équipes soignantes mobiles en lien avec les travailleurs sociaux et les consultations de secteur psychiatrique

Favoriser la connaissance, la cohérence, l'harmonisation et la mutualisation :

- des données épidémiologiques, des référentiels et outils mobilisables ;

II. GROUPE ADULTES

1 - Améliorer les connaissances

- Rechercher les différents facteurs de co-morbidité liés à la mort par suicide ;
- Autopsie psychologique ;

2 - Former au repérage du risque suicidaire.

3 - Dépister le risque suicidaire

- En population générale : dans le cadre des bilans de santé proposés aux assurés sociaux ;
- Après des personnes souffrant de pathologies mentales, en favorisant le repérage des pathologies addictives associées ;
- Après des personnes en situation de handicap ;
- Dans le milieu du travail ; Développer les consultations « souffrance et travail » ; consultation sur le terrain par des équipes pluridisciplinaires après un suicide sur les lieux de travail ou lié de façon avérée aux conditions de travail ;
- En cas licenciement ou de perte d'emploi : suivi post-licenciement par le médecin du travail ;
- Lors de plans sociaux : mettre en place un dispositif de soutien médico-psychologique et de prévention

4 – Prendre en charge la crise suicidaire

- Développer les centres d'accueil et de crise.

5 - La post-vention : le soutien de l'entourage

De celles et ceux de l'entourage qui ont découverts le corps, de l'entourage professionnel, y compris soignants et aussi social.

6 – Réduire l'accès aux moyens létaux

Il ne concerne pas spécifiquement les adultes, il s'agit d'une politique générale que devra être mise en œuvre pour les 3 âges concernés par le suicide.

III. GROUPE PERSONNES AGEES

1 - Améliorer les connaissances

- Développer une meilleure connaissance quantitative et qualitative des itinéraires (« autopsie psychologique » ou reconstruction psychologique) lors des suicides ;
- Instaurer un programme de recherche et d'évaluation des actions. Plusieurs interventions décrites dans la littérature s'avèrent prometteuses et mériteraient d'être évaluées en France telles que :
 - l'intervention visant à rompre l'isolement des personnes âgées ;
 - L'intervention visant à informer les personnes âgées sur la dépression ;

2 - Informer et communiquer

- Informer le grand public sur les troubles mentaux en particulier la dépression chez la personne âgée ;
- Promouvoir la coopération sur le sujet du suicide avec les médias ;

3 - Promouvoir la santé

- Développer et promouvoir des programmes de prévention portant sur le bien-vieillir à la fois physique et psychique pour les personnes âgées ;

4 - Améliorer le repérage et la prise en charge

- Renforcer les actions de formation de tous les professionnels en contact avec les personnes âgées ou bénévoles au repérage de la crise suicidaire chez la personne âgée, à la prise en charge des endeuillés après suicide ;
- Renforcer les actions de formation des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des facteurs de risque chez la personne âgée ; La sensibilisation et la formation des professionnels à la détection et à la prise en charge des états dépressifs pourraient être également développées dans des services de soins spécialisés dans lesquelles les personnes âgées sont prises en charge pour d'autres pathologies ;
- Poursuivre la formation des spécialistes (psychiatres et psychologues).
- Développer et diffuser des outils à destination des professionnels (par exemple le guide de la bien-traitance en EHPAD ;
- Développer des équipes d'interventions psycho-gériatriques au sein des filières de soins gériatriques ;
- Accroître l'accessibilité à des consultations spécialisées pour les personnes âgées ayant des troubles psychiatriques et un risque suicidaire ;
- Soutenir les membres de la famille endeuillée ;

5 - Limiter l'accès aux moyens létaux

Armes à feu, substances toxiques.

IV. GROUPE INSTITUTIONS

1 - Intégrer la thématique « prévention du suicide » dans la politique globale de l'institution.

Favoriser l'émergence d'une sensibilisation et d'une mobilisation collectives au niveau des institutions, éducatives, sociales ou sanitaires.

2 - Améliorer le niveau de connaissance quantitative et qualitative relatif au risque suicidaire.

Harmoniser les systèmes d'information : Installer un observatoire intersectoriel dédié au suivi des programmes de prévention.

3 - Faciliter l'articulation entre institutions sanitaires, médico-sociales, associatives...

- au niveau interne, entre professionnels et intervenants
- en fonction des logiques pour les territoires de santé (régions...) et les ministères
- au niveau d'un territoire de santé : obligation de conventions entre institutions sur les thèmes d'information, de formation et d'organisation de suivi
- au sein des Agences Régionales de Santé, le suicide est un axe obligatoire à aborder en termes de santé publique (Article L 1432-1 projet de loi hôpitaux patients santé territoires) dans le cadre des commissions de coordination des politiques associant services de l'état, collectivités territoriales et organismes de Sécurité Sociale
- fixer un objectif de réduction au sein du futur Plan Régional de Santé, à décliner dans le schéma régional de prévention par territoire de santé (Article L1434-5)

4 - Communiquer auprès des équipes de soins et des collectivités sur les stratégies et actions développées en prévention et postvention.

Pour les phases de repérage, orientation et prise en charge, des outils sont largement réclamés par les professionnels et les acteurs de prévention.

5 - Faciliter les recours aux associations spécialisées en suicidologie et améliorer la connaissance des structures d'aide et de soins, pour les responsables institutionnels pour les personnes concernées.

6 - Impliquer les assurances et les mutuelles dans la prévention et la promotion de la santé.

7 - Promouvoir des expérimentations Article L 313-1-1.

F. PROPOSITIONS TRANSVERSALES

I. Améliorer la connaissance épidémiologique et qualitative

- **Développer une meilleure connaissance quantitative et qualitative des itinéraires lors de suicides et tentatives :** Le développement de l'autopsie psychologique, peut-être en réfléchissant davantage sur l'emploi de ce terme. Le terme « autopsie psychologique » est brutal et sans doute inacceptable pour les familles ou les proches. A. Holderegger (2005, 95) parle plus simplement de « reconstruction biographique », en misant sur le désir de parole des proches, leur souci de comprendre. Cette démarche consiste en une étude approfondie, après la mort de la personne, de son itinéraire individuel et de son groupe familial, dans un souci de comprendre les antécédents familiaux, les tensions, les moments douloureux vécus dans le groupe familial, et simultanément de reconstruire l'histoire de vie de la personne afin de mieux identifier les moments où la cassure s'est produite et le moment où elle a suscité la mort. Ces connaissances permettraient de fonder les dispositifs de prévention sur une base plus solide. Elles doivent par ailleurs s'accompagner d'une recherche plus systématique au niveau médical (systématisation des investigations médico-légales en cas de mort violente). D'où la nécessité d'un travail systématique des médecins légistes sur les causes de mort. Pour la dimension quantitative et épidémiologique un recensement systématique des cas de suicide est nécessaire dans les institutions. Un travail de mutualisation des données serait précieux et pourrait être réalisé par un Observatoire du suicide.

➤ **Instaurer un programme de recherche et d'évaluation.** Plusieurs études sont à promouvoir au niveau de populations en milieux de vie ordinaires (exemple transports en commun) et au niveau de patients accueillis en milieux hospitaliers (urgences, traumatologie) et en structures médico-sociales dédiées aux souffrances psychiques. Dans le cadre des soins de proximité de médecine générale, des études d'interventions, via des consultations spécifiques de prévention chez les adolescents, constitue une modalité nationale opérationnelle de repérage et d'organisation de l'aide. Au plan individuel comme au plan de la santé des populations, elles visent à mieux définir des stratégies d'action, selon la nature, le degré de fragilité psychique et sociale, les risques suicidaires, en impliquant de façon volontariste les dispositifs existants.

II. Etablir une charte éthique avec les médias

➤ **Établir une charte éthique avec les médias :** Les médias ont un impact important sur les mentalités. Non seulement le temps qui leur est consacré quotidiennement est devenu considérable à notre époque, mais aussi ils constituent une voie d'accès privilégiée, voire exclusive, sur certains sujets comme la mort. Or ils la présentent selon leur propre logique. On peut relever une affinité marquée des médias pour la mort en général et pour les morts impromptues en particulier. Celles-ci peuvent en effet être traitées comme une véritable nouvelle, ce qui suppose, selon la théorie de l'information, que le message délivré comporte des données inédites. Les médias affectionnent particulièrement les morts violentes, qui suscitent en outre de fortes réactions émotionnelles. Ces existences brutalement interrompues, surtout lorsqu'il s'agit de stars, fixent l'éclat de leur vie et

suscitent un arrêt sur des images glorieuses qui se trouvent ainsi préservées des outrages du temps et des affres d'une possible déchéance. L'effet pathétique est encore exalté lorsque la mort violente est consécutive à une décision volontaire. L'exemplarité est alors renforcée par la célébrité de l'idole disparue. De nombreux travaux pointent un accroissement du suicide dans les jours qui suivent le suicide d'une personne connue (Mishara, Toussignant, 2004, 119). Les médias accordent aussi une notoriété rapide à des anonymes dont le suicide peut être présenté comme un sacrifice transcédé par une cause. Du choix de se donner la mort au nom de la dignité à celui de mourir en kamikaze (Hintermeyer, 2007), les voies de l'héroïsation par le suicide bénéficient d'une couverture médiatique exceptionnelle.

Le traitement du suicide par les médias n'est pas sans incidence. Le seul fait de son énoncé rend sans doute pensable le même acte pour des personnes en crise, surtout si la personne qui s'est tuée était connue et appréciée. Le risque de contagion par ouverture d'un possible s'accroît si le traitement est spectaculaire et le suicide traité comme une solution. Surtout s'il énonce un fait déjà répété qui semble donner une sorte de légitimité au fait de l'exécuter soi-même.

Une tendance repérable dans le traitement médiatique des suicides s'avère particulièrement redoutable. Elle consiste à relier entre eux des événements isolés pour constituer des séries qui acquièrent ainsi un surcroît de sens et de prestige pouvant conduire à compléter la liste et à se couler dans un modèle en émergence. Une série de suicides dans le métro de Vienne et le réseau ferroviaire, très médiatisée, entretenait sans doute l'aspiration d'autres candidats eux aussi mal dans leur vie. Le traitement moins spectaculaire, de l'information a eu un impact immédiat de prévention. On connaît ces vagues de suicide dans un lycée, une ville, ou ceux qui suivent la mort volontaire d'un artiste réputé comme Kurt Cobain par exemple. Il y a là une « contagion psychique » par rupture d'interdit qui prend valeur d'exemple et suggère soudain une solution à des personnes en souffrance. Elle propose alors un chemin déjà balisé par les autres, leur ultime prévention ayant été effacée par le fait que d'autres ont osé. Plusieurs associations canadiennes recommandent de ne pas mentionner le moyen du suicide, de ne pas présenter de photos, de ne pas donner le sentiment que le suicide a un motif unique, de ne pas trop s'attarder sur ces événements (Mishara, Toussignant, 2004, 120).

Par ailleurs s'agissant des sites ou des forums internet, on pourrait systématiser l'apparition de messages de prévention au regard de certains mots clés et référencer les contenus incitatifs au suicide (apologie, informations sur les manières de passer à l'acte...) sur la plate-forme de signalements internet-signalement.gouv.fr, gérée par l'Office central de lutte contre la criminalité liée aux technologies de l'information et de la communication (OCLCTIC).

III. Améliorer la prévention

- **Renforcer, dans toutes les régions, les programmes de formation pluridisciplinaire au repérage de la crise suicidaire et à la prise en charge des endeuillés après suicide**, pour améliorer les compétences des professionnels et des bénévoles des institutions sanitaires et sociales et des associations, en particulier celles qui accueillent les personnes les plus vulnérables, afin de favoriser l'utilisation par les divers intervenants d'outils communs de réflexion et d'action, en ayant recours à des organismes de formation agréés et qui proposent, à partir d'une lecture transdisciplinaire, divers outils concrets de prise en charge. Il faut distinguer à cet égard la nécessité de **sensibiliser** un certain nombre d'acteurs aux situations à risques suicidaires, d'une part, et de **former** d'autres acteurs au repérage et à la prise en

charge de la crise suicidaire d'autre part. Par ailleurs la sensibilisation des acteurs n'a de pertinence que si elle est articulée avec la prise en charge, c'est-à-dire si les acteurs que l'on sensibilise savent à qui et comment, adresser les personnes en souffrance.

- **Harmoniser les programmes de prévention et de prise en charge du suicide en interministériels (Education Nationale, Enseignement supérieur, Santé, Justice, Travail).** Intégrer les actions de prévention dans les projets d'établissement, en particulier les établissements sanitaires, sociaux, éducatifs et judiciaires. **Organiser une veille sanitaire et prendre en compte la diversité des publics (jeunes sous ordonnance de 1945, relevant de l'ordonnance de 1958, etc.).**
- **Renforcer la formation des médecins généralistes** afin d'améliorer le repérage de la crise suicidaire et la prise en charge des familles endeuillées après suicide, favoriser une écoute active de la souffrance. Préparer l'orientation et le suivi du patient par un professionnel ou une structure appropriée, afin d'articuler leur action avec celle des services hospitaliers, des réseaux de soin institutionnels ou/et associatifs en place.

IV. Améliorer la postvention

- **Soutenir les membres de la famille endeuillée :** Les comportements suicidaires sont beaucoup plus fréquents dans les familles qui ont connu un suicide. Dans ces familles où quelqu'un s'est tué ou a tenté de se donner la mort, la transgression rend possible le geste suicidaire au cours de l'existence, la proximité affective rendant l'acte encore plus attractif en cas de mal de vivre. Une personne qui se tue ou manque de se tuer ouvre toujours une brèche pour les autres. Elle les rend infiniment plus vulnérables. Le suicide ré-interroge les liens familiaux (l'histoire de la famille, la place, le rôle de chacun dans la famille). Les conséquences de l'acte peuvent se répercuter sur plusieurs générations. Parfois, les générations suivantes sont porteuses de ce poids. Il peut y avoir transmission d'une conception du monde et de la mort en termes de fatalité à laquelle on ne peut échapper. Il est important d'être vigilant sur le risque d'identification au suicidé pour tenter de désamorcer cette croyance, d'où l'intérêt d'un travail sur le génogramme familial. De plus, la culpabilité, le regret de n'avoir su faire le geste ou dire la parole qui aurait empêché l'acte rongent les survivants. Dans l'immédiat, il touche tous les endeuillés et modifie leur rapport à la mort. Soulignons ici l'importance de la rencontre des familles avec le médecin légiste dont la parole peut suspendre un questionnement sans fin.

Parents, enfants, autres membres de la famille en deuil doivent pouvoir, s'ils le souhaitent, verbaliser leur souffrance, essayer de mettre malgré tout du sens sur l'événement pour le rendre pensable (Hanus, 2004). Mais l'entourage des suicidés ne se réduit pas à la famille proche : la famille élargie, les amis, les voisins, les compagnons de travail sont touchés. La souffrance de personnes endeuillées peut mettre en péril leur santé physique et psychologique. A côté et en lien avec les dispositifs existant au niveau des proches, comment penser avec souplesse un dispositif de débriefing qui ne s'impose pas comme une contrainte ou une intervention hors de propos ? Un accompagnement est souhaitable pour les endeuillés les plus fragiles, notamment la participation à des groupes d'entraide et de soutien afin de pouvoir exprimer sa peine et dire aux autres sa souffrance. Possibilité également, pour des parents démunis ou dépassés, d'une aide à la parentalité et d'un recours à l'aide par téléphone (SOS parents, etc.), établissement de groupes de parole au sein d'associations, et d'espaces dédiés sur Internet. Mise en place de conférences sur le deuil, et le deuil après suicide. Dans le cadre

d'une audition publique, des recommandations précises sur l'aide à apporter à toutes ces personnes endeuillées après suicide pourraient être formulées.

V. **Rendre plus difficile l'accès aux moyens létaux**

➤ **Rendre plus difficile l'accès aux armes et aux autres moyens létaux :** La volonté de se tuer relevant parfois d'une impulsivité, de la nécessité d'une exécution immédiate, la difficulté d'accès aux moyens les plus radicaux est une forme de prévention. Ce trait est particulièrement avéré chez les jeunes générations qui vivent la crise suicidaire comme un moment d'envahissement, d'intrusion d'un affect insupportable. La tentation suicidaire apparaît dans le contexte de la montée d'une tension que le jeune ne peut repousser autrement que par un acte. Ne pas avoir sous la main immédiatement un moyen de se tuer permet de trouver des formes de réassurance de moindre gravité, voire même de connaître la résolution progressive de la crise. En pleine détresse, une personne décidée à se tuer peut surseoir à sa décision si le moyen auquel elle pensait n'est pas disponible sur le moment, ou choisir un moyen moins redoutable, augmentant ainsi ses chances de survivre. Ainsi la modification de la composition du gaz domestique en Grande-Bretagne dans les années soixante a entraîné une baisse spectaculaire du nombre de suicides attribués à cette méthode, diminution de l'ordre de 30 % (Clarke R., Lester D., 1989). De même encore l'adoption dans les années soixante du contrôle des émanations toxiques provenant des pots d'échappement a entraîné une diminution des suicides par intoxication au monoxyde de carbone aux Etats-Unis ou en Australie (Clarke, Lester, 1989). Certains lieux prisés par les suicidants ont été sécurisés comme le métro de Montréal ou le pont Jacques Cartier (Julien, Laverdure, 2004). De nombreuses recherches montrent le lien entre la disponibilité des armes à feu et le suicide, surtout chez jeunes. Il y aurait 4,7 fois plus de risques de suicide et 2,7 fois plus de risques d'homicides dans un foyer où il y a une arme à feu. En outre, le risque de meurtre d'une femme est 5 fois plus élevé dans un foyer disposant d'une arme à feu (Terra, 2003).

Depuis quelques années, des actions sont menées afin de rendre moins accessibles certains moyens couramment utilisés et souvent sans recours (armes à feu, voies ferrées, ponts, médicaments, etc.) Nombre d'évaluations de ces mesures montrent leur efficacité sur le taux global du suicide dans les pays où elles ont été appliquées. En matière de possession d'armes à feu, il existe une obligation d'un délai de réflexion pour l'achat d'une arme à feu pour éviter les achats impulsifs. Des procédures de retrait d'armes ont été définies en cas de projets connus d'homicides ou de suicides. La connaissance et l'accessibilité des numéros d'appel de la téléphonie sociale sont facilitées dans des lieux à haut risque de suicide.

Les médicaments n'ont pas le même statut que les armes à feu, et leur dimension létale a été nettement diminuée ces dernières années, mais on sait l'importance de leur recours lors des tentatives de suicide des jeunes notamment de filles. La facilité de trouver immédiatement des médicaments dans les boîtes à pharmacie familiale en fait le moyen le plus simple et le plus immédiat à leur disposition en cas de tentative de suicide. La dimension symbolique des médicaments psychotropes, l'aisance de leur prescription en cas de mal de vivre, leur octroient parfois une aura magique aux yeux des adolescents. D'où cet effet à double tranchant : traiter le mal de vivre par des médicaments psychotropes qui peuvent un jour devenir une arme pour se tuer. Même s'ils sont parfois nécessaires, il convient de rendre les psychotropes ou les anxiolytiques moins présents dans les familles.

G. SYNTHÈSE RAPPORT

Le suicide est rarement une recherche de la mort, il vise d'abord la fin d'une souffrance, c'est pourquoi le plus souvent il est accessible à une forme de prévention. A défaut de trouver une solution pour s'extirper d'une impuissance, et assuré du sentiment que la situation est irréversible, la mort paraît alors aux yeux de l'acteur la seule issue pour mettre un terme à une insupportable tension. Les motifs d'un suicide sont sans doute inextricables car ils mêlent trop de liens, trop de résonances secrètes, trop de blessures ou de vaines attentes, trop de silences. Le moment de l'acte est le plus souvent un point d'aboutissement qui aurait pu ne pas être si les circonstances avaient alors été autres. Le grain de sable qui précipite l'acte n'aurait sans doute pas eu le même impact quelques jours avant ou après. Aucun profil de suicidaire ne se dégage avec clarté, mais on retrouve cependant la souffrance, le sentiment d'impuissance et la demande d'aide restée vaine. Il n'est pas possible de distinguer l'expérience d'une personne qui va se donner la mort de celle d'une autre qui continue à résister aux mêmes adversités. Trop de données entrent en jeu. Nul homme n'est une île, bien sûr, et les personnes qui l'entourent, bien ou mal, le contexte social, culturel, mille autres faits interviennent dans le choix du suicide ou l'impossibilité d'envisager une telle issue. Si Durkheim a démontré que le suicide est un fait social dont le taux varie peu, il ne s'agit pas non plus d'en déposséder les acteurs en les percevant comme des atomes indifférents venant apporter leur contribution involontaire à la reconduite des taux. Le suicide est toujours un fait de signification. On ne se tue pas à cause d'une séparation, d'un deuil, de sa solitude, de sa vieillesse ou de sa misère, mais parce que l'existence ne paraît plus possible après la séparation ou le deuil, parce que la solitude, la vieillesse ou la misère sont vécues comme des tragédies sans issue. Ce n'est pas l'événement en lui-même qui induit la volonté de mourir, mais l'interprétation qu'en donne l'individu au regard de son existence.

En revanche, la prévention du suicide n'a pas la transparence d'une prévention contre une maladie car elle engage une part d'insaisissable de la condition humaine et une part de revendication de liberté. Elle est sans cesse confrontée à l'ambivalence, même si une telle remarque ne suspend pas nos responsabilités à cet égard. Par ailleurs, prévenir le suicide c'est aussi faire en sorte que les conditions d'existence soient plus heureuses pour la plupart.

I. PRECONISATIONS GENERALES

A - Amélioration du repérage et de la prise en charge

Il paraît essentiel d'harmoniser les programmes de prévention et de prise en charge du suicide dans un cadre interministériels (Education Nationale, Enseignement supérieur, Santé, Justice, Travail). D'intégrer les actions de prévention dans les projets d'établissement, en particulier les établissements sanitaires, sociaux, éducatifs et judiciaires. Organiser une veille sanitaire et prendre en compte la diversité des publics (jeunes sous ordonnance de 1945, relevant de l'ordonnance de 1958, etc.).

Il est important de renforcer, dans toutes les régions, sur la base de la conférence de consensus d'octobre 2002, les programmes de formation pluridisciplinaire au repérage de la crise suicidaire, pour améliorer les compétences des professionnels et des bénévoles des institutions sanitaires et sociales et des associations, en particulier celles qui accueillent les

jeunes, les personnes âgées et les personnes les plus vulnérables, afin de favoriser l'utilisation par les divers intervenants d'outils communs de réflexion et d'action, en ayant recours à des organismes de formation agréés et qui proposent, à partir d'une lecture transdisciplinaire, des outils concrets de prise en charge.

Il faut également améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de crise et notamment promouvoir la systématisation sur le territoire, surtout à destination des jeunes, d'« espaces de transition », de centres de crise, à la sortie de l'hôpital, après une tentative de suicide. Par ailleurs il faut améliorer la coopération entre les professionnels des soins, les démarches collectives de travail en réseau, le décloisonnement et la coordination des dispositifs spécifiques de prise en charge. Les acteurs locaux doivent mieux se connaître et savoir sans perdre de temps utiliser leurs ressources en réseaux. Il faut encourager la création de centres de crises articulés aux services d'urgences bénéficiant de lits dédiés spécifiques pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des patients en état de crise suicidaire.

Les médecins généralistes étant une pièce maîtresse de la prévention, il faut renforcer la formation des médecins généralistes afin d'améliorer le repérage de la crise suicidaire et la prise en charge des familles endeuillées après suicide, favoriser une écoute active de la souffrance. Préparer l'orientation et le suivi du patient par un professionnel ou une structure appropriée, afin d'articuler leur action avec celle des services hospitaliers, des réseaux de soin institutionnels ou/et associatifs en place.

Les comportements suicidaires sont plus fréquents dans les familles qui ont connu un suicide. Dans ces familles où quelqu'un s'est tué ou a tenté de se donner la mort, le geste peut servir de modèle de résolution pour un autre membre de la famille, la proximité affective rendant l'acte encore plus attractif en cas de mal de vivre. Une personne qui se tue ou manque de se tuer ouvre toujours une brèche pour les autres. Il faut en conséquence soutenir les membres de la famille endeuillée. Les interlocuteurs de ce soutien doivent posséder à la fois une connaissance de la souffrance psychique du suicide et du traumatisme. Une réflexion doit être menée pour associer les dispositifs du soutien médico-psychologique urgent à ces interventions.

B- Diminution de l'accès aux moyens létaux

Rendre plus difficile l'accès aux armes et aux autres moyens létaux (médicaments par exemple) demeure un axe essentiel de la prévention du suicide. La volonté de se tuer relevant parfois d'une impulsivité, de la nécessité d'une exécution immédiate, la difficulté d'accès aux moyens les plus radicaux est une forme de prévention. Ce trait est particulièrement avéré chez les jeunes générations qui vivent la crise suicidaire comme un moment d'intrusion d'un affect insupportable. Ne pas avoir sous la main immédiatement un moyen de se tuer tels qu'une arme à feu ou des médicaments permet de trouver des formes de réassurance de moindre gravité, voire même de connaître la résolution progressive de la crise. De même ne pas avoir sous la main une arme à feu paraît aussi une forme majeure de prévention des crimes collectifs commis parfois par des adolescents qui tuent des enseignants et des élèves dans leur établissements avant de se tuer comme des faits divers récents l'ont montré en Europe et aux Etats-Unis. La sécurisation des lieux de suicide (ponts, voies ferrées...) et l'accessibilité des numéros d'appel de la téléphonie sociale dans des lieux à haut risque s'imposent également. Nombre d'évaluations de ces mesures montrent leur efficacité sur le taux global du suicide dans les pays où elles ont été appliquées. S'agissant notamment des armes à feu, on peut imaginer le lancement d'une campagne d'information pour encourager un stockage plus sûr des armes à feu et des munitions qui pourrait être intégrée dans une campagne portant sur la sécurité domestique.

C- Amélioration des connaissances

La commission pointe la nécessité de développer une meilleure connaissance quantitative et qualitative des itinéraires lors de suicides et tentatives : La « reconstruction biographique » doit être développée en misant sur le désir de parole des proches, leur souci de comprendre. Cette démarche consiste en une étude approfondie, après la mort de la personne, de son itinéraire individuel et de son groupe familial, dans un souci de comprendre les antécédents familiaux, les tensions, les moments douloureux vécus dans le groupe familial, et simultanément de reconstruire l'histoire de vie de la personne afin de mieux identifier les moments où la cassure s'est produite. Ces connaissances permettraient de fonder les dispositifs de prévention sur une base plus solide. Elles doivent par ailleurs s'accompagner d'une recherche plus systématique au niveau médical (systématisation des investigations médico-légales en cas de mort violente). Pour la dimension quantitative et épidémiologique un recensement systématique des cas de suicide est nécessaire dans les institutions. Un travail de mutualisation des données serait précieux.

Un programme de recherche et d'évaluation est nécessaire. Plusieurs études sont à promouvoir au niveau de populations en milieux de vie ordinaires (exemple transports en commun) et au niveau de patients accueillis en milieux hospitaliers (urgences, traumatologie) et en structures médico-sociales dédiées aux souffrances psychiques. De même dans le cadre des soins de proximité de médecine générale. Au plan individuel comme au plan de la santé des populations, le recueil de ces connaissances vise à mieux définir des stratégies d'action, selon la nature, le degré de fragilité psychique et sociale, les risques suicidaires, en impliquant de façon volontariste les dispositifs existants.

D- Information et communication

Les médias peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention du suicide. La commission souligne l'importance d'établir une charte éthique avec eux : Les médias affectionnent particulièrement les morts violentes, qui suscitent en outre de fortes réactions émotionnelles. Ces existences brutalement interrompues, surtout lorsqu'il s'agit de stars, suscitent un arrêt sur des images glorieuses et émouvantes. Ce traitement du suicide par les médias n'est pas sans incidence. Le seul fait de son énoncé rend sans doute pensable le même acte pour des personnes en crise, surtout si la personne qui s'est tuée était connue et appréciée, ou dans une situation proche. Le risque de contagion par ouverture d'un possible s'accroît si le traitement est spectaculaire et le suicide traité comme une solution. Surtout s'il énonce un fait déjà répété qui semble donner une sorte de légitimité au fait de l'exécuter soi-même. Une tendance repérable dans le traitement médiatique des suicides s'avère particulièrement redoutable. Elle consiste à relier entre eux des événements isolés pour constituer des séries qui acquièrent ainsi un surcroît de sens et de prestige pouvant conduire à compléter la liste et à se couler dans un modèle en émergence. Il est recommandé de ne pas mentionner le moyen du suicide, de ne pas présenter de photos, de ne pas donner le sentiment que le suicide a un motif unique, de ne pas l'héroïser ou le justifier, de ne pas trop s'attarder sur ces événements.

Par ailleurs s'agissant des sites ou des forums internet, on pourrait systématiser l'apparition de messages de prévention au regard de certains mots clés et référencer les contenus incitatifs au suicide (apologie, informations sur les manières de passer à l'acte...) sur la plate-forme de signalements internet-signalement.gouv.fr, gérée par l'Office central de lutte contre la criminalité liée aux technologies de l'information et de la communication (OCLCTIC).

II. PROPOSITIONS SPECIFIQUES

Pour les jeunes : renforcer les actions de promotion de la santé, en intensifiant la mise en œuvre de programmes d'éducation pour la santé qui prennent réellement en compte les réalités de la vie, de la maladie et de la mort et développent les compétences psychosociales des jeunes, par des activités citoyennes, éducatives, culturelles, sportives... Améliorer leur connaissance sur les ressources et les dispositifs d'écoute, d'aide, d'orientation et de soins ambulatoires, institutionnels et associatifs existants, en renforçant les stratégies d'information sur les lieux et espaces fréquentés (établissements scolaires et universitaires, maisons de jeunes, clubs sportifs, Points info jeunesses (PIJ) et Bureaux info jeunesse (BIJ), espaces virtuels,...). Impulser des actions de prévention sur les risques liés à l'usage des blogs ou des forums et l'émission de messages d'alerte systématiquement associés à certains des mots clés. Promouvoir les dispositifs de prévention et de prise en charge dédiés aux jeunes, particulièrement à ceux qui sont en situation vulnérable, en confortant leur fonctionnement et, après évaluation, en favorisant leur pérennisation (maisons des adolescents, espaces santé jeunes, points accueil écoute jeunes, centres de santé universitaires, centres d'accueil et de crise, services de téléphonie sociale, missions locales,...) et en intervenant par des actions appropriées à chacune des étapes de la crise suicidaire et dans l'après coup du geste suicidaire. Il faut aussi soutenir les parents dans leur rôle de premiers éducateurs, consolider les services d'accueil, d'accompagnement et de soutien des familles dans un contexte d'aide à la parentalité. Pour les jeunes en errance, il faut favoriser le soutien psychologique et l'aide à travers les points d'accueil des jeunes précaires, favoriser l'action d'équipes soignantes mobiles en lien avec les travailleurs sociaux et les consultations de secteur psychiatrique.

Pour les adultes, et notamment dans le milieu du travail, il convient de renforcer la culture psychologique et sociale des cadres dans les écoles de gestion et de management à destination des futurs cadres afin de les rendre plus aptes à affronter la réalité du travail. Un soutien médico-psychologique doit être favorisé à destination des personnels pour accompagner les transformations socio-économiques et notamment le retentissement sur les salariés des plans sociaux et un accompagnement de ceux qui restent longtemps sans emploi. Développement de consultations « souffrance et travail ». En cas de suicide sur un lieu de travail intervention d'une équipe pluridisciplinaire pour procéder à une évaluation et à une amélioration des conditions de travail. Dans le contexte actuel il faut souligner les conséquences sur la souffrance psychique et du risque suicidaire du chômage et des plans sociaux. Il faut mettre en place une médecine des chômeurs (continuité de l'action des médecins du travail après le licenciement) et un dispositif d'accompagnement et de soutien psychologique des salariés menacés par un plan social.

Pour les personnes âgées, s'impose une promotion de la santé mentale positive et le développement de programmes de bien-vieillir. Ces programmes doivent délivrer des informations susceptibles d'améliorer la qualité de la vie, ainsi que les stratégies de *coping* afin de les rendre plus aptes à gérer des situations de crise. Sensibiliser le grand public et les professionnels de santé sur la dépression de la personne âgée et ses risques.

Pour les institutions : développer un programme interministériel de prévention du suicide au titre de la santé publique, sur l'exemple des conventions entre la santé et l'éducation, l'enseignement supérieur ou la justice. Le suicide est un axe obligatoire à aborder en termes de santé publique dans le cadre des commissions nationales et régionales de coordination des politiques publiques. Stabiliser une coordination régionale, au sein des Agences Régionales de Santé avec obligation de conventions entre institutions sur les thèmes d'information, de formation et d'organisation de suivi. Un objectif de réduction du suicide est à inscrire dans les futurs Plans Régionaux de Santé.

David Le Breton

H. LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AD :	antidépresseur
ANAES :	agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (aujourd'hui HAS)
ARS :	agence régionale de santé
BAPU :	bureau d'aide psychologique universitaire
CEF :	centre éducatif fermé
CépiDC :	centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CER :	centre éducatif renforcé
CHSCT :	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLIC :	centre local d'information et de coordination
CMP :	centre médico-psychologique
CMPP :	centre médico-psycho-pédagogique
CNAM :	conservatoire nationale des arts et métiers
CNAMTS :	caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés
DAP :	direction de l'administration pénitentiaire
DGAS :	direction générale de l'action sociale
DGES :	direction générale de l'enseignement supérieur
DGESCO :	direction générale de l'enseignement scolaire
DGS :	direction générale de la santé
DGT :	direction générale du travail
DHOS :	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DJEP :	direction de la jeunesse et de l'éducation populaire
DPJJ :	direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DREES :	direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG :	événement indésirable grave lié aux soins
ESCAPAD :	enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (2005)
EVS :	enquête Événements de vie et santé (DREES, INSEE, 2005-2006)
FAI :	fournisseur d'accès Internet
FFP :	fédération française de psychiatrie
FNAP-PSY :	fédération nationale des patients en psychiatrie
GRSP :	groupement régional de santé publique
HAS :	haute autorité de santé
IDE :	infirmier diplômé d'État
INSEE :	institut national de la statistique et des études économiques
INSPQ :	institut national de santé publique du Québec
INVS :	institut de veille sanitaire

LMDE : la mutuelle des étudiants

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MDA : maison des adolescents
MESR : ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MG : médecin généraliste
Mobiquat : mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques

OFDT : observatoire française des drogues et des toxicomanies
OIP : observatoire international des prisons
OVE : observatoire de la vie étudiante

PAEJ : point d'accueil et d'écoute Jeunes
PMI : services de la protection maternelle et infantile
PRS : programme régional de santé
PRSP : plan régional de santé publique
PS : pensées suicidaires

S : suicide
SFMG : société française de médecine générale
SMPG : enquête sur la santé mentale en population générale
SUMPPS : services universitaires et interuniversitaires de médecine et de promotion de la santé

TS: tentative de suicide

UNAFAM : union nationale des amis et familles des malades psychiques
UNPS : union nationale pour la prévention du suicide
USEM : union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales