

Formation

"REPÉRAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE"

Population générale - Personnes âgées

2018



DOSSIER DOCUMENTAIRE



Ce dossier documentaire, non exhaustif, a été élaboré dans le cadre des formations "**Repérage de la crise suicidaire - Population générale / Personnes âgées**" organisées par le CoDES de Vaucluse en 2018.

Il offre aux stagiaires un ensemble de références (articles, fiches actions, bibliographie sélective...) permettant de compléter les connaissances acquises durant la formation.

Sources interrogées :

BIB-BOP - Base de données bibliographiques / Base des outils pédagogiques des Comités d'éducation pour la santé de la région Paca, partagée avec les régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté-Bourgogne, Normandie, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes.
<http://www.bib-bop.org>

BDSP - Banque de données santé publique
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/QbeA.asp>

SANTEPSY - Base documentaire du Réseau ASCODOCPSY, réseau de centres ressources documentaires en santé mentale
<http://www.ascodocpsy.org/santepsy/Base/FormulaireRecherche>

Les **sites Internet** présentés p. 91

Les documents ont été **sélectionnés** en fonction des critères suivants :

- . Pertinence par rapport au contenu du programme
- . Ouvrages, revues ou auteurs admis par les professionnels de l'éducation pour la santé comme faisant référence dans leur domaine de compétences
- . Accessibilité de l'information
- . Date de l'information

Ce dossier est **organisé** en 5 parties :

Le suicide : concept et épidémiologie	7
Aspects psycho-sociologiques	37
Exemples d'actions	61
Sélection bibliographique	81
Liens utiles	91

Vous pouvez télécharger ce dossier documentaire ici :
<http://www.codes84.fr/r/54/les-dossiers-documentaires/>

Document réalisé par Stéphanie Morin, service documentation du CoDES 84
documentation@codes84.fr

SOMMAIRE

Le suicide : concept et épidémiologie	7
Aspects psycho-sociologiques	37
Exemples d'actions	61
Sélection bibliographique	81
Liens utiles	91

Le suicide : concept et épidémiologie

Rapport, FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, GREMY Isabelle (et al.), L'état de santé de la population en France. Rapport 2017, DREES, 2017, 436 p. (extraits) _____9

Rapport, BERNUS Didier, Suicide : plaidoyer pour une prévention active, Conseil économique, social et environnemental, 2013-02, 50 p. (extraits) _____11

Rapport, DESPRAT Diane, ULRICH Valérie, FOURCADE Nathalie (et al.), Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence, Observatoire national du suicide, 2018-02, 221 p. (extraits)_____18

Ouvrage, FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, BOSSARD Claire (et al.), Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche, Observatoire national du suicide, 2014, 221 p. (extraits)_____33

Rapport, FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, GREMY Isabelle (et al.), **L'état de santé de la population en France. Rapport 2017**, DREES, 2017, 436 p. (extraits)

► 6. Déterminants, santé populationnelle et pathologies spécifiques ► Santé mentale

Suicide et tentatives de suicide

Contexte

Le suicide est l'acte le plus dramatique de la crise suicidaire. La prévention du suicide est une des priorités nationales depuis une vingtaine d'années. Les statistiques de décès par suicide sont issues des certificats de décès dont la base de données est gérée par le CépiDc-Inserm. Toutefois, une sous-évaluation est estimée à 10 % pour les données nationales, due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée au CépiDc-Inserm.

Pour les tentatives de suicide, facteur de risque important pour les décès par suicide, les sources d'information sont principalement les données hospitalières et les données déclaratives d'enquêtes en population. Contrairement aux données de mortalité, les biais possibles provenant des données d'hospitalisation n'ont pas été estimés.

Indicateurs

► Taux de décès par suicide en population générale

En 2013, 9 653 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine correspondant à un taux de décès par suicide de 15,5 pour 100 000 habitants. Le nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 260 et 2 393), de même que les taux de décès par suicide¹ (respectivement 25,4 et 7,3 pour 100 000 habitants, soit un taux plus de trois fois supérieur chez les hommes).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2013, il s'élève à 5,7 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 24 ans et à 37,2 pour 100 000 habitants de 75 ans et plus. En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale représente 17 % du total des décès chez les 15-24 ans et moins de 0,5 % du total des décès chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Globalement, entre 2000 et 2013, les taux de décès par suicide ont diminué de 22 % (graphique 1). La diminution est plus importante chez les sujets âgés (- 32 % chez les 75 ans et plus) et les plus jeunes (- 29 % chez les 15-24 ans). Par contre, on constate une augmentation chez les hommes de 45 à 64 ans (+ 4,3 % chez les 45-54 ans et + 3,9 % chez les 55-64 ans entre 2000 et 2013).

Les taux de décès par suicide varient fortement selon les régions sur la période 2011-2013 (cartes 1 et 2). En Bretagne, les taux dépassent de 45 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite la Basse-Normandie (+ 43 %), et les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Poitou-Charentes (> + 15 %). Les régions Corse, Alsace, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (< - 20 % par rapport au taux moyen de la France métropolitaine). Entre 2000-2002 et 2011-2013, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans la plupart des régions.

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne en 2013, le taux de décès par suicide s'élève à 11,7 pour 100 000 habitants¹. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide (graphique 2). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait des différences en termes de qualité et d'exhaustivité des données.

► Fréquence relative des modes de suicide

En 2013, les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (56 %), l'arme à feu (14 %) et la prise de médicaments et autres substances (11 %). Ces modes diffèrent selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 60 % des suicides et l'utilisation d'une arme à feu de 18 %. Pour les femmes, la pendaison (43 %), l'ingestion de médicaments et autres substances (24 %) et le saut d'un lieu élevé (12 %) sont les modes les plus utilisés.

► Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

En 2014, 91 745 séjours hospitaliers en médecine et chirurgie pour tentative de suicide (TS) ont eu lieu en France (DROM inclus) chez des patients âgés de 10 ans et plus, correspondant à un taux d'hospitalisation de 159 pour 100 000 habitants¹. Contrairement aux décès par suicide, les tentatives de suicide concernent plus fréquemment les femmes. Ainsi, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est 1,5 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 190 et 125 pour 100 000. Les taux diffèrent aussi selon la classe d'âges, ils atteignent le niveau le plus élevé (389 pour 100 000) chez les adolescentes entre 15 et 19 ans (graphique 3).

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont passés de 174 pour 100 000 habitants en 2008 à 158 pour 100 000 habitants en 2014 et la diminution est plus marquée chez les femmes que chez les hommes (graphique 4).

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide varient fortement en fonction des régions (cartes 1 et 2). En 2014, les taux en Picardie et Nord - Pas-de-Calais dépassent de plus de 70 % le taux national. En Bretagne, Haute et Basse-Normandie, les taux sont aussi très élevés (+ 50 %). À l'inverse, les taux les plus bas sont observés en Guadeloupe, Alsace et Guyane où ils sont inférieurs de 60 % au taux national.

► Taux de personnes ayant déclaré au moins une tentative de suicide dans les 12 derniers mois

Selon le Baromètre santé, en 2014, en France métropolitaine, 0,8 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, sans différence significative selon le sexe (0,9 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes) ni selon l'âge chez les hommes. En revanche, chez les femmes, on observe un pic important entre 15 et 19 ans (2,6 %).

Entre 2010 et 2014, une augmentation des tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois est observée chez les hommes uniquement (0,3 % en 2010 *versus* 0,6 % en 2014, $p < 0,05$). ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Santé publique France

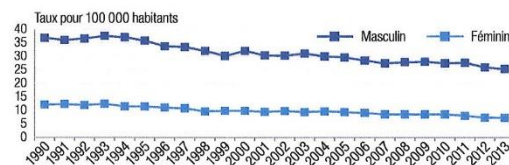
¹. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat 2011 Europe + EFTA).

Synthèse

Le taux de décès par suicide s'élève à 15,5 pour 100 000 habitants en 2013. Il est plus élevé chez les hommes et chez les personnes âgées. Entre 2000 et 2013, les taux de décès par suicide ont globalement diminué de 22 % mais chez les hommes de 45 à 64 ans, ils ont légèrement augmenté. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Au sein de l'Europe, la France se situe parmi les pays à taux élevé de suicide. Les tentatives de suicide concernent plus les femmes que les hommes, que ce soit lors d'enquêtes déclaratives en population générale ou dans les données d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 159 pour 100 000 habitants en 2014. Les adolescentes de 15 à 19 ans représentent le groupe avec le taux de tentative de suicide le plus important.

GRAPHIQUE 1

Taux* de décès par suicide selon le sexe, de 1990 à 2013



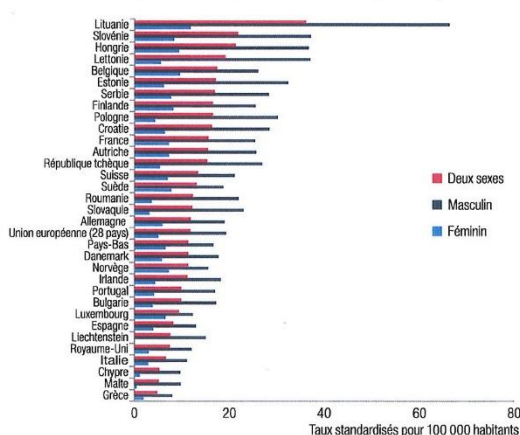
* Taux de décès pour 100 000 habitants, taux standardisés sur l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc-Inserm).

GRAPHIQUE 2

Taux* de décès par suicide dans l'Union européenne, en 2013

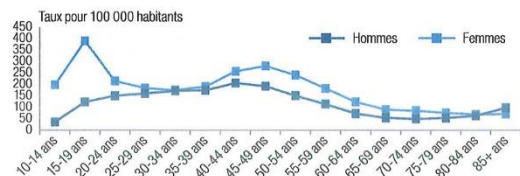


* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

Source • Eurostat.

GRAPHIQUE 3

Taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge en France, en 2014



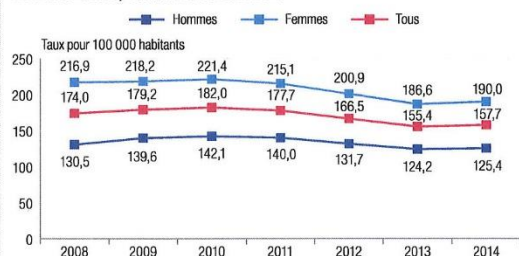
* Taux pour 100 000 habitants.

Champ • France entière.

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 4

Taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide en France selon le sexe, entre 2008 et 2014



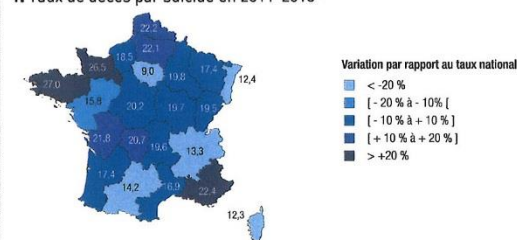
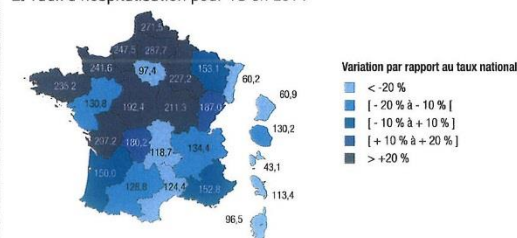
* Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants standardisés selon l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

Champ • France entière.

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 1 ET 2

Taux* de décès par suicide en 2011-2013 et taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon la région, en 2014

1. Taux de décès par suicide en 2011-2013¹2. Taux d'hospitalisation pour TS en 2014²

* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

1. Taux moyen national de décès par suicide en 2011-2013 = 18,6

2. Taux moyen national d'hospitalisation pour TS en 2014 = 159

Note • Variation régionale = (taux régional - Taux moyen national) / Taux moyen national.

Champ • France métropolitaine (1) et France entière (2).

Sources • Certificats de décès (CépiDc-Inserm) ; PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Décès par suicide

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc-Inserm). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la structure de l'âge de la population européenne 2011 (Eurostat, Union Européenne et EFTA). Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 X60-X84 et Y87.0.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CépiDc-Inserm.

INDICATEUR • Hospitalisation pour tentative de suicide

► **Champ** : France entière, population âgée de 10 ans ou plus. ► **Source** : PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la structure de l'âge de la population européenne 2011 (Eurostat, Union Européenne et EFTA). Pour les hospitalisations pour tentative de suicide, ont été retenus les codes X60-X84 en diagnostics associés (interdits en diagnostic principal dans le PMSI).

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

Rapport, BERNUS Didier, **Suicide : plaider pour une prévention active**, Conseil économique, social et environnemental, 2013-02, 50 p. (extraits)

SUICIDE:PLAIDOYER POUR UNE PRÉVENTION ACTIVE¹

Avis

Introduction

Presque 11 000 morts et 220 000 tentatives par an, tels sont les chiffres du suicide en France. Au regard de leur importance, le suicide doit-il être considéré comme une fatalité ne laissant pas de place à la prévention ? Une politique de prévention routière volontariste, au-delà de sa seule dimension répressive, a permis de rompre avec une telle fatalité grâce à une large prise de conscience individuelle et collective. Le nombre de tués sur les routes est passé de 12 000 en 1993 à moins de 4 000 à ce jour.

Déjà en 1993, suite à l'étude présentée par Michel Debout au Conseil économique et social, le suicide est défini comme un problème de santé publique. Ce travail faisait le constat des ravages occasionnés par le suicide et préconisait de se doter d'outils d'observation. L'étude avait suscité une forte attention et les associations existantes s'étaient immédiatement mobilisées et de nouvelles s'étaient créées. Dès lors, s'imposait l'idée de la mise en place d'une politique préventive au niveau national et depuis 2000, le ministère de la Santé prend en compte la prévention du suicide dans les plans nationaux de santé publique, notamment le Programme national d'actions contre le suicide 2011/2014. Des résultats encourageants ont été obtenus. En un quart de siècle, le nombre de décès par suicide a baissé de 20 % en France. Ce chiffre atteint 50 % chez les adolescents grâce à des stratégies spécifiquement ciblées. Pour autant, est-ce suffisant ?

Aujourd'hui, les effets du suicide doivent être considérés non seulement pour le suicidant mais également pour son entourage et pour la société toute entière. On comprend que le suicide soit une question de santé publique et que sa prévention ne se résume pas à sa seule dimension médicale.

Aussi, vingt ans après, le Conseil économique, social et environnemental a-t-il jugé utile de faire une mise au point sur la prévention du suicide en France. Pour être le plus fidèle possible aux réalités de terrain, un état des lieux s'impose comme préalable à toute nouvelle orientation et mobilisation. Le Conseil économique, social et environnemental consacre donc un avis aux pratiques préventives et à leur évolution. Leur prise en compte déterminée engage à l'élaboration de préconisations rapidement opérationnelles.

Cet avis reprend les principales étapes qui ont permis de penser et de construire les pratiques préventives actuelles. Il propose de nouvelles orientations et mobilisations fortes en faveur d'une prévention active, au regard de l'expérience française, de ses réussites et de ses manques, en tenant compte des pratiques étrangères, notamment anglo-saxonnes, pionnières dans ce domaine.

Délibérément, deux questions ne sont pas traitées par cet avis : le suicide comme expression de liberté « ultime » (en lieu et place de l'accompagnement de la fin de vie instauré par la loi Léonetti) et l'euthanasie.

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 123 voix et 43 abstentions (voir le résultat du scrutin en annexe).

Définition des termes utilisés

Suicide
Mort volontaire.
Tentative de suicide (TS)
Passage à l'acte auto-agressif dans l'intention de se donner la mort mais sans y parvenir.
Suicidé
Individu qui s'est donné la mort volontairement.
Suicidant
Individu qui a réalisé une tentative de suicide
Suicidaire
Qualifie un individu, une pensée, un processus, une crise, un risque, un acte, lorsque la mort est appréhendée par l'individu comme seul recours, seule solution à une situation.

Les principales étapes de construction des pratiques préventives

La prévention du suicide a évolué au fil des ans car la perception même du suicide dans nos sociétés a également été modifiée. Un propos sur l'histoire du suicide serait trop long aussi nous ne retiendrons que quelques étapes déterminantes dans ce processus.

A partir de la fin du 18^e siècle, le suicide, sujet tabou, ne fait plus uniquement l'objet de considérations religieuses et philosophiques. La révolution française le dépénalise dans le code pénal de 1791. Au 19^e siècle, le suicide entre dans le domaine médical par le regard des aliénistes qui établissent un lien avec la maladie mentale. Émile Durkheim, à la même période, met en évidence que l'état de la société et le lien social influent sur le suicide : plus l'intégration dans la société est faible, plus le taux de suicide est élevé.

En 1953, en Angleterre, le Pasteur Chad Varah met en place le premier service d'écoutes téléphoniques au monde. Cette étape décisive met en lumière que des actions volontaristes (aller à la rencontre des personnes en détresse, les sortir de leur isolement) sont efficaces en matière de prévention du suicide.

En 1993, l'étude du Conseil économique et social consacrée au suicide marque, en France, une nouvelle étape déterminante dans son appréhension et sa prévention.

Enfin en 2013, nombre de constats établis par le Conseil économique, social et environnemental dans son avis relatif aux « enjeux de la prévention en matière de santé »² sont applicables à la prévention du suicide : une épidémiologie lacunaire, une politique de dépistage à affiner, une évaluation des politiques de prévention assez pauvre et une prise en compte de la dimension territoriale des politiques de prévention encore insuffisante.

La prévention doit être partie intégrante de toute politique de santé. Pour le suicide, elle est particulièrement complexe à mettre en œuvre car tout l'éventail des contextes, (individuels, familiaux, professionnels...), doit être pris en compte.

Des données épidémiologiques encore à améliorer

L'examen des chiffres relatifs au nombre de morts par suicide, aux tentatives de suicides et même aux pensées suicidaires, pour les différentes tranches d'âge, permet de mieux connaître le phénomène du suicide.

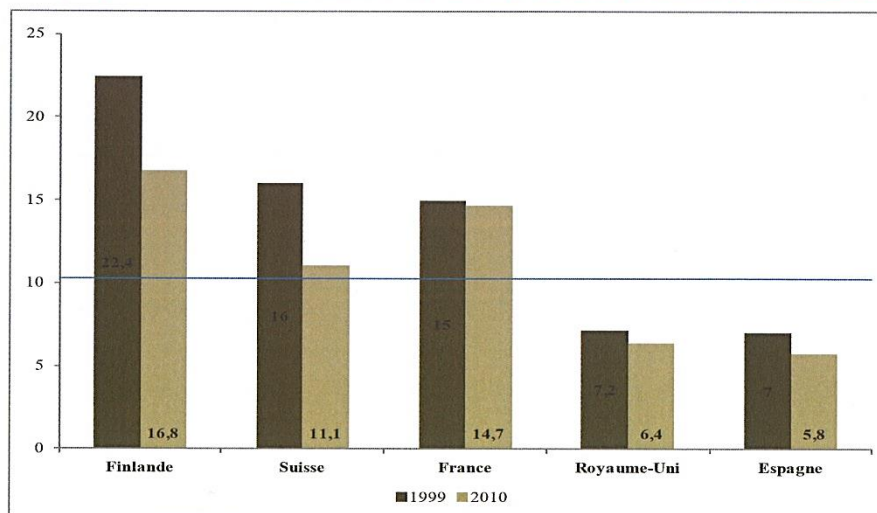
Quelle est la situation du suicide en France, comment a-t-elle évolué au fil des années ?

▣ Les décès par suicide

▣ Données globales

Une politique active de prévention a contribué à la baisse de l'ordre de 20 % du nombre de décès par suicide en France entre 1986 et 2010. Au cours de ces vingt-cinq années, le nombre de morts est passé de 12 525 à 10 334³. En 2010, le taux de mortalité par suicide est de 14,7 pour 100 000 habitants. Il se situe nettement au-dessus de la moyenne européenne (10,2 pour 100 000 habitants). Des progrès supplémentaires pourraient être accomplis au regard des résultats obtenus par d'autres pays sur la même période (Cf. tableau ci-dessous).

Graphique 1 : Évolution du taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants



Source : Eurostat – dernières mises à jour 14 décembre 2012. Graphique section affaires sociales

² Les enjeux en matière de prévention de la santé, Avis du CESE, rapporteurs Jean-Claude Etienne et Christian Corne, 2012.

³ Source Insee.

Les travaux menés sous l'égide du CHU de Lille et du Professeur Guillaume Vaiva sont un exemple significatif de recherche sur ce point particulier. Un dispositif de veille destiné aux personnes ayant fait une tentative de suicide est en cours d'expérimentation. Il vise à proposer au suicidant, après sa (souvent) brève hospitalisation dans un service d'urgence, une ressource valide, au cas où elle se révélerait nécessaire, pendant une période de 6 mois. Ainsi, de façon non intrusive et sans se substituer à la prise en charge existante, le lien est maintenu avec le suicidant après sa sortie de l'hôpital. Ce lien peut prendre diverses formes, selon les circonstances : envoi régulier d'une carte postale personnalisée, appels téléphoniques ou SMS systématiques, envoi de courriers ou remise d'une carte mentionnant un numéro de téléphone permettant de joindre un soignant 24 heures sur 24. Si la personne appelle ou si une crise est identifiée, une consultation est proposée. Ce type de dispositif s'avère particulièrement pertinent auprès des primo-suicidants et des jeunes. L'évaluation du programme¹⁰ met en évidence une diminution du nombre de récides et de décès et une baisse des conduites à risque.

Autre exemple, au CHU de Brest, une étude spécifique a été effectuée. Pour les jeunes de 17 à 25 ans qui l'acceptent, une hospitalisation brève est proposée dans une structure répondant à certains critères. Le premier d'entre eux est de favoriser une réflexion sur le geste commis par un isolement total de 48 heures au minimum. Progressivement, le jeune sera remis en contact avec l'extérieur et en premier lieu sa famille. A l'issue de l'hospitalisation, de l'ordre d'une dizaine de jours, l'équipe médicale instaure un contact régulier avec le jeune et sa famille pendant six mois. Cette prise en charge a permis une diminution de 50 % du nombre de récides.

Enfin, grâce à la recherche, un certain nombre de techniques ont été mises au point afin de mieux cerner, et donc mieux prévenir, le risque suicidaire. En effet, si la prédictibilité de l'acte suicidaire reste très incertaine, différents facteurs de risques ont pu être identifiés, notamment par l'autopsie psychologique. Elle se définit par la collecte d'informations sur un grand nombre de paramètres : détails de la mort, paysage familial, contexte social, parcours de vie, conditions de travail, santé physique et mentale, conduites suicidaires antérieures...¹¹ Cette méthode reconnue comme outil de prévention est utilisée pour affiner les facteurs de risque du comportement suicidaire.

D'autres voies sont également explorées. Ainsi, l'approche épidémiologique peut être enrichie par l'expérimentation menée dans le domaine des neurosciences. Les données obtenues devraient contribuer à l'identification du lien éventuel entre la dépression, des lésions au niveau du cerveau et le suicide.

La crise suicidaire

La crise suicidaire est définie par la conférence de consensus¹² comme « *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des*

¹⁰ ALGOS : Cf. annexe glossaire.

¹¹ Autopsie psychologique – Inserm – 2008.

¹² Recommandations du jury de la conférence de consensus de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) sur la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge - octobre 2000.

sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité». La crise suicidaire est encore plus grave s'il n'y a pas de contacts avec des professionnels de santé.

Évaluer une crise suicidaire suppose d'apprécier :

- les antécédents de tentative de suicide ;
- le degré de souffrance psychique (intensité du désespoir, dévalorisation de soi, sentiment d'impuissance et de culpabilité) ;
- l'impulsivité (passage(s) à l'acte antérieur(s), fugues ou actes violents, troubles panique) ;
- et enfin la survenue d'un événement précipitant (perte, conflit).

Le passage à l'acte s'élabore comme un scénario, se construit progressivement. Connaître son degré de précision permet une évaluation du risque suicidaire, (notamment si le patient sait où, quand et comment il compte passer à l'acte). Il a été établi que toute intervention est susceptible d'interrompre ce scénario. Ainsi, la clinique confirme que, même dans les phases aiguës, toutes aides, sociales, familiales, thérapeutiques contribuent à prévenir le passage à l'acte.

Les facteurs de risque

Des travaux menés à l'étranger (Grande-Bretagne, USA, Suède, Australie, etc.) comme en France ont permis de décrire les différents facteurs de risque suicidaire. Ils ont également mis en exergue la nécessité d'une action spécifique en direction des suicidants car avoir fait une tentative de suicide expose à un risque considérable de récurrence.

Prévenir le suicide suppose de repérer le plus précocement possible les personnes qui présentent un risque suicidaire. L'épidémiologie et la clinique contribuent à identifier ces situations personnelles ou ces contextes qui exposent les individus à un risque suicidaire. Les identifier permet de renforcer la pertinence des actions de prévention qui peuvent être proposées.

Compte tenu de sa dimension multifactorielle, l'identification des risques est indispensable. Il ne saurait toutefois être question de dresser « un portrait robot » du suicidant. Le niveau du risque ne résulte pas de l'addition de différents facteurs ou situations mais de leur interaction. L'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments.

La conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) sur la crise suicidaire a identifié trois facteurs de risque :

- « *des facteurs primaires : les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité. Ces facteurs ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout peuvent être influencés par des traitements ;*
- des facteurs secondaires : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs ; ils sont observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ;

- des facteurs tertiaires : appartenance au sexe (masculin), à l'âge (grand âge et jeune âge), à une période de vulnérabilité (phase prémenstruelle), ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires. »

D'autres facteurs, associés à ces facteurs de risque, peuvent accroître la potentialité de la survenue d'une crise suicidaire. Il en est ainsi de toute situation susceptible d'entraîner un isolement, une précarité, une rupture.

Déjà en 2009, l'étude sur « *Précarité et suicide* » réalisée à l'occasion des 13^{es} journées nationales de prévention du suicide, soulignait que **la précarité** aggravait le risque suicidaire en proportion de la dégradation économique et sociale.

Le risque de décès par suicide est multiplié par deux pour **les chômeurs**¹³. Ce lien entre non-emploi et suicide est tout à fait en accord avec la littérature internationale récente.

L'Observatoire international des prisons (OIP) déplore la recrudescence des suicides **dans les prisons françaises** en dépit des plans de prévention mis en œuvre ces dernières années (2011). Pour les hommes, âgés de 15 à 59 ans, le taux de suicide est six fois plus élevé en prison qu'à l'extérieur.

Depuis la fin des années 1990 (aux États-Unis d'abord, puis dans d'autres pays dont la France) de nombreuses enquêtes mettent en évidence le risque suicidaire majoré parmi **les personnes victimes de discrimination en raison de leur orientation sexuelle**. L'homophobie est d'ailleurs aujourd'hui l'un des facteurs de risque le mieux identifié¹⁴. Le taux de tentative de suicide serait de 17 % chez les homo/bisexuels masculins (27 à 30 % chez les moins de 25 ans) contre 4 % parmi les hommes exclusivement hétérosexuels. Pour les femmes, le risque de tentative est estimé à 25 % chez les homosexuelles contre 6 % pour les hétérosexuelles.

Au-delà de ces catégories bien définies par la littérature scientifique, ces travaux mettent également en évidence des facteurs de risque plus transversaux :

L'isolement peut devenir un facteur de risque lorsque la personne est confinée dans un espace restreint (absence d'infrastructures...), lorsqu'elle est éloignée de ses proches, lorsque son espace de vie ne favorise pas le lien social. Le rapport sur *les solitudes en France*, publié par la Fondation de France en juin 2012, confirme ce diagnostic. Il précise que les 60 ans et plus représentent 41 % des personnes considérées comme isolées, soit 1,2 million de personnes.

Le lien social, quelle que soit la forme qu'il emprunte, familial, amical, professionnel, associatif... contribue à la prévention du suicide. De nombreuses thérapies s'appuient d'ailleurs sur ce ressort. Donner le sentiment qu'au moins une personne s'intéresse à vous participe de la prévention du passage à l'acte.

A tout âge de la vie, un individu peut être confronté à une crise existentielle. Cette crise pose à la société plus de questions qu'elle n'apporte de réponses à la crise suicidaire. Cette crise existentielle peut engendrer une tension nerveuse, un stress, qui permet à l'individu de s'adapter à une nouvelle situation mais pour certains cas particuliers elle peut conduire au suicide. **Les jeunes** y sont particulièrement confrontés. L'isolement, l'exclusion, la perte

¹³ *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles*, Institut de veille sanitaire, Cohidon, 2010.

¹⁴ Rapport de l'INPES et BEH, déc. 2011 n° 47-48.

de confiance en soi notamment au regard des exigences de performances, les conduites addictives, le harcèlement entre autres sur les réseaux sociaux, les exposent au risque de crise suicidaire. Le risque est majoré dans un contexte économique incertain où il est difficile de s'insérer et de se projeter dans l'avenir.

Faute de données statistiques identifiant **les personnes en situation de handicap et leurs familles**, la prévalence du suicide dans cette population est perçue par les associations mais reste encore mal caractérisée par la littérature scientifique.

Les risques psycho-sociaux telle la souffrance au travail, analysée comme l'impact des organisations du travail sur la santé physique et psychique, fragilise les individus ou les groupes¹⁵. Les salariés des secteurs privé et public peuvent être confrontés à des contraintes organisationnelles ou managériales souvent liées à une productivité accrue, au surmenage et au stress qu'elles génèrent, au délitement de certains collectifs de travail (*l'affaiblissement du lien social sur le lieu de travail renforce l'isolement, on ne se parle plus ou peu, on s'envoie des mails, la convivialité disparaît, les relations se tendent...*)¹⁶. Les non-salariés peuvent également être exposés aux risques psychosociaux. Pour autant, le travail constitue un facteur de protection, de lien et d'intégration de l'individu.

Cette question se pose avec une acuité particulière, depuis les années 90 avec la restructuration de grandes entreprises (secteur privé et secteur public). Avec la médiatisation de suicides intervenus dans des entreprises emblématiques, Renault en 2007, France Télécom en 2009, la question des risques psychosociaux est passée au devant de la scène. Ils recouvrent des risques professionnels, d'origine et de nature variée, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. On les appelle psychosociaux car ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail.

Une étude récente¹⁷, menée auprès de 70 salariés ayant fait une tentative de suicide, indique que dans 40 % des cas, le travail a été le facteur déterminant dans le passage à l'acte. Ces salariés, dont la durée moyenne d'ancienneté dans l'entreprise était de dix ans, invoquaient des changements de poste, des conflits avec la hiérarchie, des violences verbales ou des surcharges de travail.

La psychologie sociale appliquée au travail, encore trop peu enseignée, est mal connue par les managers. Ces derniers sont souvent désarmés pour affronter les prémices d'une situation de crise. En outre, ils ne disposent pas toujours des relais nécessaires pour la résoudre.

En milieu rural, le taux de tentative de suicide des agriculteurs exploitants est plus faible que celui de la population générale, le nombre de décès par suicide est en revanche supérieur¹⁸. Afin de disposer de données plus précises, la CCMSA a défini un partenariat avec l'InVS. L'objectif de l'étude est de décrire périodiquement la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants selon des variables démographiques et professionnelles et d'en suivre l'évolution. C'est à partir de ces analyses que pourront apparaître d'éventuels leviers pour la prévention.

¹⁵ *La souffrance au travail*, Christophe Dejours, psychiatre.

¹⁶ Audition de Bernard Ollivier, Directeur des relations du travail et de la transformation sociale, Renault Siège, devant la section des affaires sociales et de la santé le 5 décembre 2012.

¹⁷ CHU de Caen 2012.

¹⁸ *Suicide et activité professionnelle en France*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2011.

Rapport, DESPRAT Diane, ULRICH Valérie, FOURCADE Nathalie (et al.), **Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence**, Observatoire national du suicide, 2018-02, 221 p. (extraits)

FICHE 1

Données épidémiologiques sur les décès par suicide

Organisme rédacteur : CépiDc-Inserm

L'indicateur du nombre de suicides est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'Inserm. Un certain nombre de suicides ne sont toutefois pas identifiés à partir de cette statistique nationale des décès : c'est le cas des personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou de celles dont l'origine de la mort violente est restée indéterminée.

Cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 10 % pour les données nationales en 2006 (Aouba *et al.*, 2011). Même si les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction, la hausse du nombre de certificats de décès de cause inconnue, notamment à partir de 2011, sous-tend très probablement une sous-estimation plus marquée du nombre réel de décès par suicide en France à partir de cette date.

Les causes de ce biais ne sont pas strictement constantes dans le temps. Aux cas de morts violentes sans précision sur l'intentionnalité de l'acte et l'absence de retour de certains instituts médico-légaux, se sont ajoutées plus récemment la moindre remontée des données de la partie confidentielle des certificats de décès contenant les causes¹ par les agences régionales de santé vers le CépiDc-Inserm et une refonte du système de synchronisation des données avec l'Insee, toutes deux à l'origine d'une hausse du nombre de décès de cause inconnue, susceptibles de masquer un suicide.

Nombre et taux de décès par suicide en population générale

En 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (tableau 1). En faisant l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait après correction près de 9 773 décès.

1. Le circuit de remontée des certificats de décès a pour objectif de garantir la confidentialité des causes de décès. L'Insee reçoit les informations civiles de la personne décédée mais ne connaît pas les causes médicales du décès, alors que le CépiDc-Inserm reçoit les causes du décès mais pas le nom de la personne décédée.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 3^E RAPPORT

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 6 661 et 2 224), de même que le taux de décès standardisé par âge² (respectivement 23,1 et 6,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. En 2014, il s'élève à 7,5 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans et à 59,4 après 74 ans. Cependant, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes des deux sexes que chez les personnes âgées : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16,2 % du total des décès, soit la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

TABLEAU 1 • Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge, en 2014

	Femmes			Hommes			Deux sexes		
	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale
1-14	12	0,2	2,5 %	15	0,3	2,4 %	27	0,2	2,4 %
15-24	92	2,5	15,0 %	281	7,5	16,6 %	373	5,0	16,2 %
25-54 ans	950	7,5	7,1 %	3 210	26,1	12,5 %	4 160	16,8	10,7 %
25-34	171	4,3	14,3 %	679	17,6	21,9 %	850	10,9	19,8 %
35-44	299	7,0	9,2 %	1 106	26,4	18,2 %	1 405	16,7	15,1 %
45-54	480	10,9	5,4 %	1 425	33,4	8,6 %	1 905	22,2	7,5 %
55-74 ans	746	10,2	1,7 %	1 830	27,5	2,1 %	2 576	18,9	2,0 %
55-64	443	10,6	2,5 %	1 127	29,0	3,1 %	1 570	19,8	2,9 %
65-74	303	9,8	1,2 %	703	25,7	1,4 %	1 006	17,7	1,4 %
75 ans ou +	424	11,4	0,2 %	1 325	59,4	0,8 %	1 749	35,4	0,5 %
75-84	269	11,2	0,4 %	851	50,3	1,1 %	1 120	30,8	0,8 %
85-94	146	12,0	0,1 %	458	83,8	0,6 %	604	47,9	0,3 %
95 ou +	9	9,8	0,0 %	16	72,7	0,2 %	25	41,3	0,1 %
Tous âges	2 224	6,7	0,8 %	6 661	23,1	2,4 %	8 885	14,9	1,6 %

* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge et le sexe (population Eurostat EU & EFTA).

Lecture • En 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Le taux de décès par suicide est de 14,9 pour 100 000 habitants. La part du suicide dans le total des décès est de 1,6 %.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

2. Taux standardisés sur l'âge (population de référence : Eurostat EU & EFTA), c'est-à-dire taux de suicide obtenu en appliquant les taux de suicide par âge à une population qui aurait la même structure par âge que la population de référence.

FICHE 1 – DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES DÉCÈS PAR SUICIDE

Variation du taux de suicide entre 2003, 2008 et 2014

Globalement, le taux de décès par suicide a tendance à diminuer dans le temps : -26 % entre 2003 et 2014 (tableau 2). Cette baisse est plus importante sur la période 2008-2014 (-18 %) que sur 2003-2008 (-10 %). Les taux diminuent pour toutes les classes d'âge à l'exception des 55-64 ans entre 2003 et 2008.

TABLEAU 2 • Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge entre 2003, 2008 et 2014

	Taux standardisés ¹			% Variation du taux			
	2003	2008	2014	2003-2008 ²	2008-2014 ³	2003-2014 ⁴	
1-14	0,3	0,3	0,2	-16,7	-1,1	-17,6	
15-24	8,2	6,8	5,0	-16,6	*	-26,8	*
25-54 ans	23,4	20,8	16,8	-11,1	*	-19,3	*
25-34	16,2	13,5	10,9	-16,7	*	-18,9	*
35-44	24,9	21,5	16,7	-13,8	*	-22,2	*
45-54	28,4	26,7	22,2	-5,7	*	-17,1	*
55-74 ans	23,5	22,8	18,9	-3,3	*	-17,1	*
55-64	21,7	22,1	19,8	1,7	-10,5	-9,0	*
65-74	25,7	23,5	17,7	-8,4	*	-24,5	*
75 ans ou +	48,8	42,0	35,4	-14,0	*	-15,8	*
75-84	39,1	35,7	30,8	-8,8	*	-13,7	*
85-94	74,8	58,9	47,9	-21,2	*	-18,7	*
95 ans ou +	66,8	53,9	41,3	-19,3	*	-23,5	*
Total tous âges	20,3	18,3	14,9	-9,9	*	-18,2	*

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

1 - Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA.

2 - (Taux 2008 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.

3 - (Taux 2014 - Taux 2008) * 100 / Taux 2008.

4 - (Taux 2014 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.

Lecture • En 2014, en France métropolitaine, le taux de décès par suicide est de 14,9 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 26,3 % entre 2003 et 2014.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 3^e RAPPORT**Taux de décès par suicide selon les régions**

Les taux standardisés moyens de décès par suicide entre 2012 et 2014 varient fortement selon les régions (tableau 3). Le taux de la Bretagne dépasse de 47,7 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Normandie, Hauts-de-France et Pays de la Loire, avec des taux supérieurs de plus de 20 % au taux moyen de France métropolitaine. Les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Corse enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 15 % au taux moyen de France métropolitaine). La comparaison des taux régionaux doit être faite avec prudence du fait de la grande disparité régionale dans la sous-estimation du nombre de décès par suicide (voir 2^e rapport de l'ONS, p. 185). Par ailleurs, en faisant l'hypothèse d'une certaine stabilité dans le temps des différences d'exhaustivité dans la remontée des suicides entre les régions, on constate qu'entre 2000-2002 (période de référence) et 2012-2014, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer de façon significative quelle que soit la région considérée.

TABLEAU 3 • Taux standardisés de décès par suicide selon les régions en 2012-2014, variations par rapport à la moyenne métropolitaine et par rapport aux taux de 2000-2002

Région du domicile	Taux standardisés ¹ 2000-2002	Taux standardisés ¹ 2012-2014	Variations régionales ² 2012-2014	Évolutions 2000-2002 / 2012-2014 ³	
Île-de-France	10,9	8,5	-49,8 % ⁴	-21,4 %	*
Centre-Val de Loire	25,1	18,8	+10,1 %	-25,4 %	*
Bourgogne-Franche-Comté	24,4	18,4	+7,8 %	-24,6 %	*
Normandie	26,3	20,9	+22,9 %	-20,3 %	*
Haut-de-France	26,8	20,7	+21,7 %	-22,5 %	*
Grand-Est	18,1	15,3	-10,5 %	-15,8 %	*
Pays de la Loire	25,9	20,7	+21,5 %	-20,2 %	*
Bretagne	31,7	25,2	+47,7 %	-20,6 %	*
Nouvelle-Aquitaine	22,8	18,5	+8,9 %	-18,8 %	*
Occitanie	17,5	14,6	-14,2 %	-16,7 %	*
Auvergne-Rhône-Alpes	19,1	13,7	-19,4 %	-28,0 %	*
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	18,4	14,6	-14,5 %	-20,9 %	*
Corse	15,3	11,5	-32,3 %	-24,6 %	*
France métropolitaine	21,7	17,0	0,0 %	-21,6 %	*

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

1 - Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et âge de la population Eurostat EU & EFTA.

2 - Variation régionale = (Taux régional - Taux France métropolitaine) * 100 / Taux France métropolitaine (à partir

FICHE 1 – DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES DÉCÈS PAR SUICIDE

des taux standardisés).

3 - Variation temporelle = $(\text{Taux standardisé 2012-2014} - \text{Taux standardisé 2000-2002}) \times 100 / (\text{Taux standardisé 2000-2002})$.

4 - Le taux en Île-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris.

Lecture • En 2012-2014, en France métropolitaine, le taux de décès par suicide est de 17,0 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 21,6 % entre 2000-2002 et 2012-2014. En Bretagne, le taux est supérieur de 47,7 % au taux moyen de la France.

Champ • France métropolitaine.

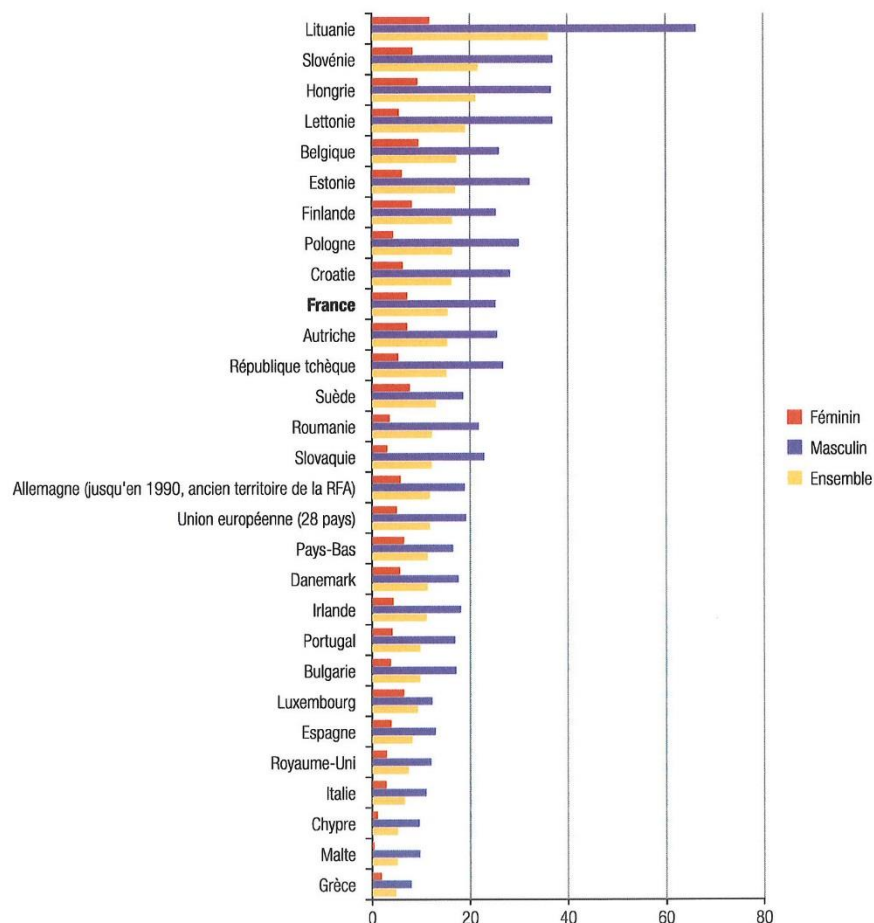
Source • CépiDc-Inserm.

Modes de suicide

Comme les années précédentes, le mode de suicide le plus fréquent en 2014 est la pendaison (57 % des suicides), loin devant les armes à feu (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les femmes, la pendaison est à l'origine de 42 % des suicides, la prise de médicaments et autres substances de 24 % et les sauts d'un lieu élevé de 13 %. Pour les hommes, la pendaison (61 %) et les armes à feu (16 %) sont les modes les plus utilisés. Les modes de décès varient également selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud.

Taux de décès par suicide par pays de l'Union européenne

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,7 pour 100 000 habitants en 2013. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide, après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est (**graphique 1**). Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de définition du suicide, de qualité et d'exhaustivité des déclarations.

**GRAPHIQUE 1 • Taux* de décès par suicide en 2013 dans l'Union européenne**

* Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et âge de la population Eurostat EU & EFTA.

Source • Eurostat.

Synthèse

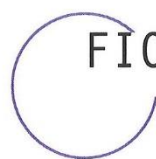
Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide, malgré une baisse du taux de suicide observée entre 2000 et 2014. Ce taux est nettement plus élevé chez les hommes, et en particulier chez les hommes âgés. Il varie fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Les comparaisons régionales et internationales, ainsi que les variations récentes, doivent être interprétées avec précaution, en raison de la disparité des

FICHE 1 – DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES DÉCÈS PAR SUICIDE

modalités de déclaration d'un suicide et de remontée de cette information auprès des organismes responsables de la statistique de mortalité par cause.

Références bibliographiques

- Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Jouglu, E. (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, 497-500.
- Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Laurent, F., Jouglu, E. (2009, septembre). La mortalité par suicide en France en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 702.
- Aouba, A., Péquignot, F., Le Toullec, A., Jouglu, E. (2008). Fréquence et caractéristiques de la mortalité par suicide en France métropolitaine. *Canal Psy*, 11, 4-12
- Aouba, A., Péquignot, F., Le Toullec, A., Jouglu, E. (2007). Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004. *Le Concours Médical*, 31-32, 1085-1094.
- Jouglu, E., Péquignot, F., Le Toullec, A., Bouvet, M., Mellah, M. (2003, décembre). Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide. *Actualité et dossier en santé publique*, 45, 31-34.
- Jouglu, E., Péquignot, F., Chappert, J.-L., Rossolin, F., Le Toullec, A., Pavillon, G. (2002, janvier). La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 50 (1), 49-62.
- Laanani, M., Ghosn, W., Jouglu, E., Rey, G. (2015, décembre). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*. doi : 10.1136/jech-2013-203624



FICHE 2

Hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France

Organisme rédacteur : Santé publique France

En France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) a comptabilisé 89 319 séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans les services de médecine et de chirurgie en 2015¹. Ces hospitalisations ont concerné 78 128 patients (47 981 femmes et 30 147 hommes).

L'analyse des données du PMSI-MCO est circonscrite aux tentatives de suicide hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences. Toutefois, elle ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation préalable dans un service de médecine. En effet, les hospitalisations en établissement psychiatrique après une tentative de suicide sont très mal renseignées dans le système d'informations hospitalier².

Le nombre de patients et de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France entre 2008 et 2015

Les évolutions annuelles du nombre de patients et du nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide entre 2008 et 2015 sont parallèles (**graphique 1**). Le nombre d'hospitalisations augmente entre 2008 et 2010 passant de 100 530 séjours à 105 062, il se poursuit par une baisse jusqu'en 2013, puis par une stabilisation à environ 90 000 séjours annuels entre 2013 à 2015. De même, le nombre de personnes hospitalisées après une tentative de suicide a augmenté de 87 525 en 2008 à

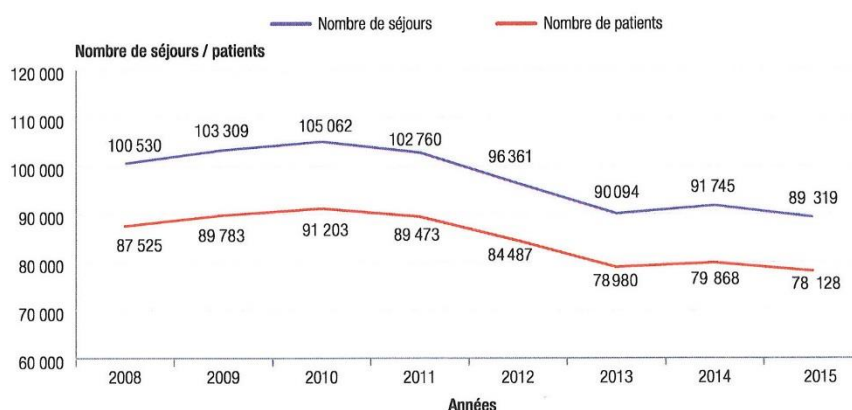
1. Séjours comportant un diagnostic associé de lésion auto-infligée, code CIM-10 compris entre X60 et X84.

2. Chan Chee, C., Paget, L. M. (2017, octobre). Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65 (5), 349-359.

FICHE 2 – HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE EN FRANCE

91 203 en 2010. Depuis, on observe une décroissance et une stabilisation à environ 79 000 personnes hospitalisées par an entre 2013 et 2015.

GRAPHIQUE 1 • Nombre de séjours et nombre de patients, âgés de 10 ans ou plus, hospitalisés pour tentative de suicide par année, entre 2008 et 2015 (PMSI-MCO)



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, 87 525 patients ont été hospitalisés pour tentative de suicide au cours de 100 530 séjours hospitaliers.

Champ • France entière.

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France entre 2008 et 2015

Entre 2008 et 2015, la part relative des séjours masculins au sein de l'ensemble des séjours pour tentative de suicide a augmenté, passant de 36,4 % à 38,5 %, réduisant légèrement l'écart entre les taux d'hospitalisation féminin et masculin.

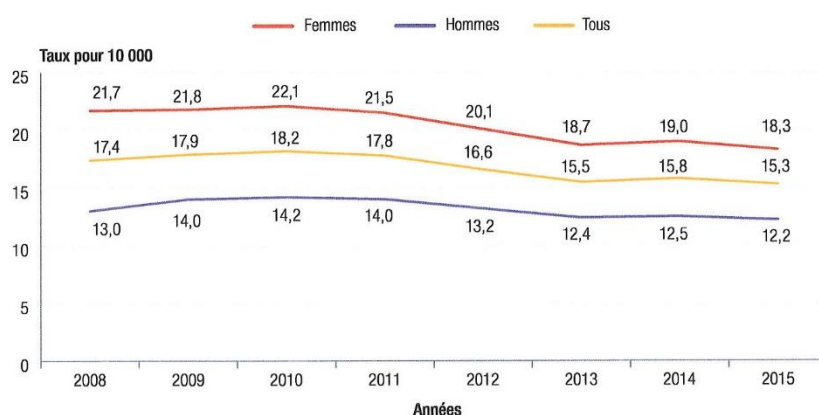
Globalement, le taux d'hospitalisation³ en France pour tentative de suicide est passé de 17,4 pour 10 000 habitants en 2008 à 15,3 pour 10 000 en 2015 (graphique 2). La diminution est plus marquée chez les femmes que chez les hommes, passant respectivement de 21,7 pour 10 000 en 2008 à 18,3 pour 10 000 en 2015 et de 13,0 pour 10 000 en 2008 à 12,2 pour 10 000 en 2015. L'évolution annuelle des taux standardisés n'est pas significative chez les hommes entre 2008 et 2015. Chez les femmes, la diminution des taux entre 2008 et 2015 est estimée à 1,6 % par an, cette évolution

3. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 10 000 habitants a été calculé en rapportant le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide à la population une année donnée.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 3^e RAPPORT

étant surtout marquée entre 2010 et 2013. Entre 2013 et 2015, aucune différence significative n'est observée dans l'évolution des taux féminins.

GRAPHIQUE 2 • Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par année, entre 2008 et 2015 (PMSI-MCO)



* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes était de 13,0 pour 10 000.

Champ • France entière.

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France selon l'âge et le sexe

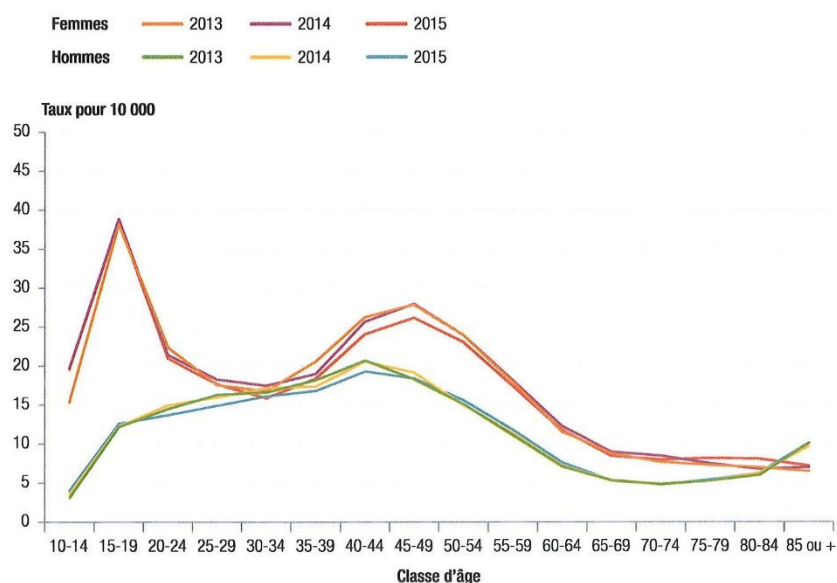
Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide par sexe et âge (graphique 3) montrent que les taux féminins sont plus élevés que les taux masculins sauf au-delà de 85 ans, quelle que soit l'année, et sauf en 2015 chez les 30-34 ans. Les jeunes filles de 15 à 19 ans présentent systématiquement le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide le plus élevé (en moyenne 39 pour 10 000) et baissent ensuite. Un deuxième pic se distingue chez les femmes entre 45 et 49 ans (en moyenne 27 pour 10 000).

Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide augmentent avec l'âge jusqu'à 40-44 ans (en moyenne 20 pour 10 000) et baissent ensuite. Dans la classe d'âge des 30-34 ans, le taux masculin se rapproche du taux féminin et le

FICHE 2 – HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE EN FRANCE

dépasse pour la première fois en 2015 (respectivement 16,1 pour 10 000 chez les hommes contre 15,9 pour 10 000 chez les femmes).

GRAPHIQUE 3 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par sexe et classe d'âge, de 2013 à 2015 (PMSI-MCO)



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes de la classe d'âge 10-14 ans était de 3 pour 10 000.

Champ • France entière.

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

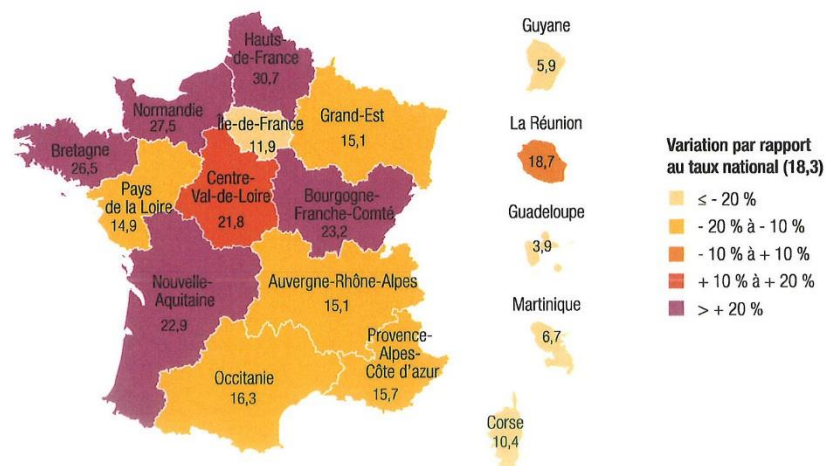
Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France selon la région et le département

En 2015, le taux standardisé national d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 18,3 pour 10 000 chez les femmes et de 12,2 pour 10 000 chez les hommes. Selon les régions, ce taux varie de 3,9 pour 10 000 en Guadeloupe à 30,7 dans les Hauts-de-France chez les femmes et de 3,3 pour 10 000 en Guadeloupe à 23,7 dans les Hauts-de-France chez les hommes.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 3^e RAPPORT

Chez les femmes comme chez les hommes, les régions Hauts-de-France, Normandie, Bretagne et Bourgogne-Franche-Comté présentent des taux de plus de 20 % supérieurs aux taux nationaux (cartes 1 et 2). La région Nouvelle-Aquitaine présente aussi des taux supérieurs aux taux nationaux, la différence étant cependant moins marquée pour les hommes (+20 % chez les femmes et +10 % chez les hommes). Dans les DROM, en Martinique, les hommes présenteraient un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide de plus de 20 % supérieur au taux national, dépassant le taux féminin en Martinique, qui est à l'inverse inférieur de plus de 20% au taux national. Toutefois, ces données doivent être utilisées avec prudence car il semblerait que certains séjours hospitaliers pour intoxication alcoolique chez les hommes aient été codés par erreur en hospitalisations pour « auto-intoxication ou exposition à l'alcool (X65) » et donc considérés à tort comme des tentatives de suicide.

CARTE 1 • Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes âgées de 10 ans ou plus, par région, en 2015



* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

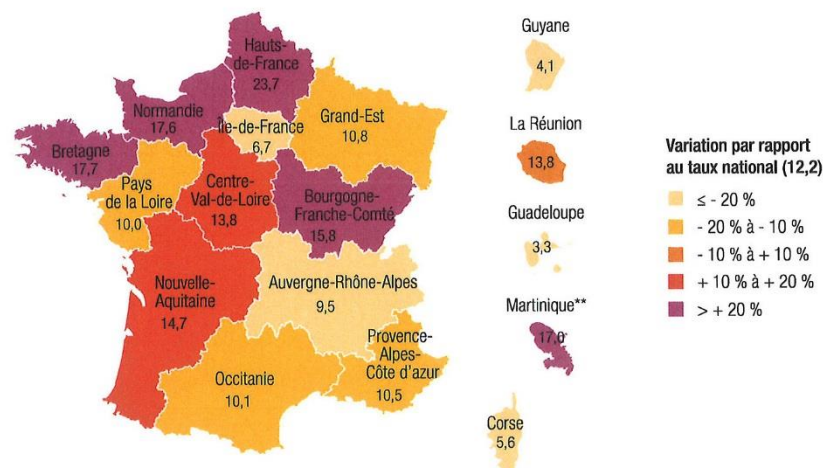
Note • Taux régionaux pour 10 000 femmes.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

FICHE 2 – HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE EN FRANCE

CARTE 2 • Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes âgés de 10 ans ou plus, par région, en 2015



* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

** Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en Martinique est à prendre avec prudence en raison d'erreur de codage (voir l'explication p.168).

Note • Taux régionaux pour 10 000 hommes.

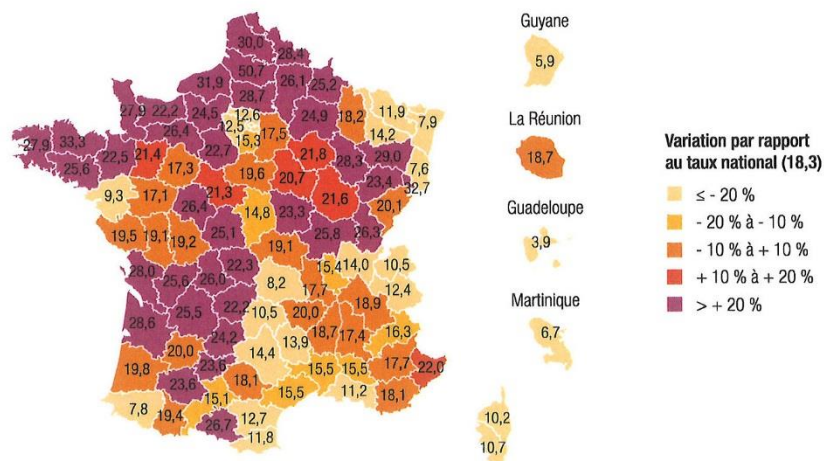
Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

Les cartes départementales (cartes 3 et 4) montrent qu'au sein des régions, les disparités sont très importantes. Chez les femmes, les taux départementaux d'hospitalisation pour tentative de suicide au sein d'une même région varient dans un rapport de 1 à 1,1 au minimum (Corse) et de 1 à 3,8 au maximum (Grand-Est, avec un taux de 7,6 pour 10 000 dans le Haut-Rhin et de 29 pour 10 000 dans les Vosges).

Chez les hommes, les taux départementaux au sein d'une même région varient dans un rapport de 1 à 1,5 au minimum (Normandie et Bourgogne-Franche-Comté), et de 1 à 4 au maximum (Grand-Est, avec un taux de 5,5 pour 10 000 dans le Bas-Rhin et de 22,1 pour 10 000 dans les Vosges).

CARTE 3 • Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes âgées de 10 ans ou plus, par département, en 2015



* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

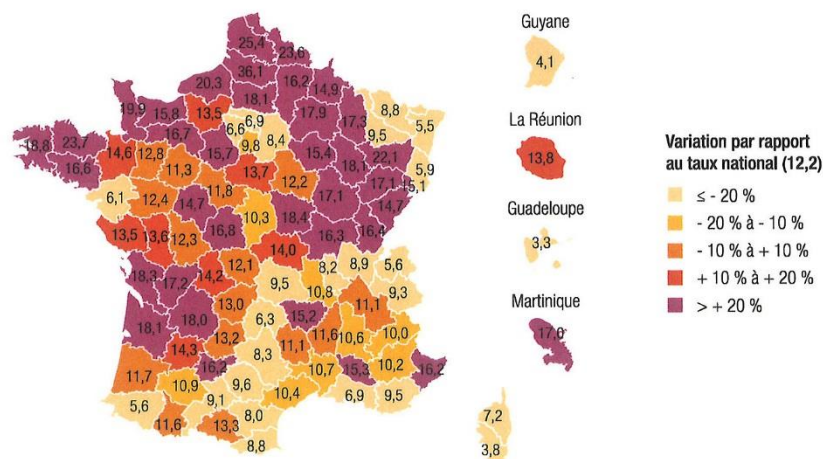
Note • Taux départementaux pour 10 000 femmes.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

FICHE 2 – HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE EN FRANCE

CARTE 4 • Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes âgés de 10 ans ou plus, par département, en 2015



* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

Note • Taux départementaux pour 10 000 hommes.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

Synthèse et conclusion

Entre 2008 et 2015, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans les services de médecine et chirurgie en France métropolitaine et départements d'outre-mer est passé de 17,4 pour 10 000 habitants en 2008 à 15,3 pour 10 000 en 2015. Cette diminution est surtout marquée entre 2010 et 2013 et elle est plus importante chez les femmes que chez les hommes.

En 2015, la Guadeloupe présente les taux régionaux les plus bas (3,9 pour 10 000 chez les femmes et 3,3 pour 10 000 chez les hommes) tandis que les taux les plus élevés sont retrouvés dans les Hauts-de-France, avec 30,7 pour 10 000 chez les femmes et 23,7 pour 10 000 chez les hommes. Au sein des régions, les disparités sont aussi importantes, allant du simple au quadruple dans le Grand-Est.

Ouvrage, FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, BOSSARD Claire (et al.), **Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche**, Observatoire national du suicide, 2014, 221 p. (extraits)

FICHE 4

Tentatives de suicide déclarées et pensées suicidaires en 2005 et 2010

Contexte

En France, les tentatives de suicide (TS) ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a seulement consulté au service des urgences d'un hôpital. En conséquence, les enquêtes menées auprès de la population générale comme le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) fournissent des données uniques sur l'épidémiologie des tentatives de suicide et des pensées suicidaires et constituent un complément indispensable à la surveillance des actes suicidaires. Elles permettent de caractériser les populations les plus exposées au risque suicidaire et d'étudier de façon fine les facteurs qui y sont associés. La littérature confirme le fort lien existant, notamment en termes de pronostic, entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide accompli, justifiant de ce fait de l'attention portée à de tels indicateurs. Plusieurs études ont par ailleurs souligné un impact de la hausse du chômage liée à la crise financière sur le taux de suicide en Europe et en Amérique, surtout chez les hommes en âge de travailler.

Niveaux et évolutions

En 2010, parmi les personnes âgées de 15 à 85 ans ($n = 27\,653$), 5,5 % déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6 % des femmes et 3,2 % des hommes) et 0,5 % au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (0,7 %) que les hommes (0,3 %) à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. La prévalence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois varie également en fonction de l'âge. Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6 %) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0 %), et tend ensuite à diminuer avec l'avancée en âge (voir **graphique 1**). Entre 2005 et 2010, on observe une légère tendance à la hausse

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 1^{ER} RAPPORT

($p = 0,09$) des TS déclarées au cours des 12 derniers mois sur la population des 15-75 ans¹ : respectivement 0,3 % en 2005 contre 0,5 % en 2010.

Par ailleurs, en 2010, parmi les 15-85 ans, 3,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois². Les femmes sont en proportion plus nombreuses (4,4 %) que les hommes (3,4 %) à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année. Les différences entre hommes et femmes ne sont observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes (4,0 % des 15-25 ans chez les femmes contre 2,4 % chez les hommes) ou les plus élevées (4,4 % des femmes de 55-85 ans contre 2,5 % des hommes de la même tranche d'âge). Entre 26 et 54 ans, les niveaux de pensées suicidaires sont relativement proches entre hommes et femmes. C'est entre 45 et 54 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (5,1 % chez les hommes et 5,2 % chez les femmes ; voir **graphique 2**).

Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées en 2005 et 2010

En 2005, parmi les personnes de 15 à 54 ans³, le facteur de risque le plus important dans la survenue des TS était le fait d'avoir subi des violences physiques dans les 12 derniers mois pour les femmes (OR⁴ = 7,2 ; OR [hommes] = 5,1) et le fait de vivre seul pour les hommes (OR = 6,2 ; OR [femmes] = 2,5). Les autres facteurs associés étaient la situation de chômage pour les deux sexes et le tabagisme pour les femmes. Le niveau de diplôme et le revenu n'étaient pas significativement liés aux TS déclarées.

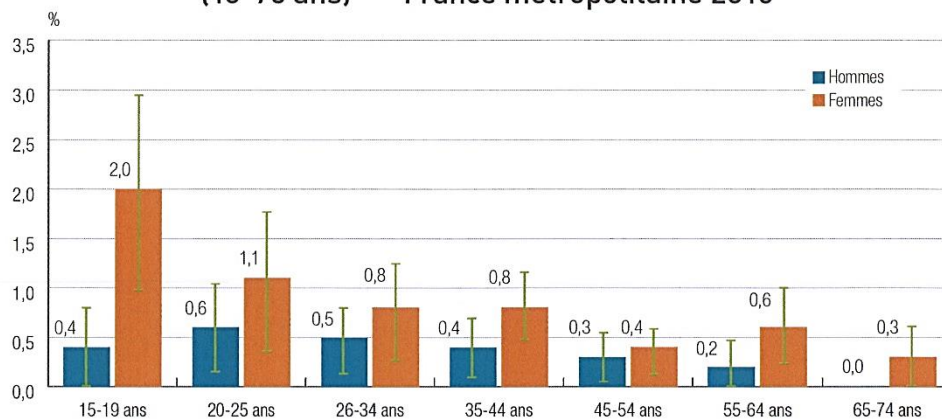
En 2010, le fait d'avoir subi des violences physiques dans les 12 derniers mois reste le facteur le plus important pour les femmes (OR = 8,4 ; OR [hommes] = 4,5) alors qu'un faible niveau de revenu devient le facteur le plus fortement associé pour les hommes (OR = 4,6 ; non significatif pour les femmes). Les autres facteurs liés aux TS au cours des 12 derniers mois sont, comme en

1. Les 76-85 ans n'étaient pas interrogés en 2005.

2. La comparaison avec 2005 n'est pas possible dans la mesure où la question était moins spécifique et portait sur le fait d'avoir pensé « au suicide » de manière générale.

3. Dans la mesure où aucun homme de plus de 54 ans n'a déclaré de tentative de suicide au cours des 12 derniers mois en 2005, l'analyse des facteurs associés est restreinte aux 15-54 ans pour les deux années.

4. Le fait d'avoir subi des violences physiques dans les 12 derniers mois multiplie par 7,2 le risque de faire une TS chez les femmes par rapport à celles qui n'ont pas subi de violences physiques dans les 12 derniers mois, toutes choses égales par ailleurs. Cet *odds-ratio* (OR) est issu d'une régression logistique ayant pour variable dépendante la survenue déclarée d'une TS au cours des 12 derniers mois et pour variables explicatives l'âge en tranches, le niveau de diplôme, la situation de chômage, le revenu par unité de consommation, le fait de vivre seul, les violences physiques subies au cours des 12 derniers mois, le tabagisme quotidien et l'usage d'alcool à risque chronique.

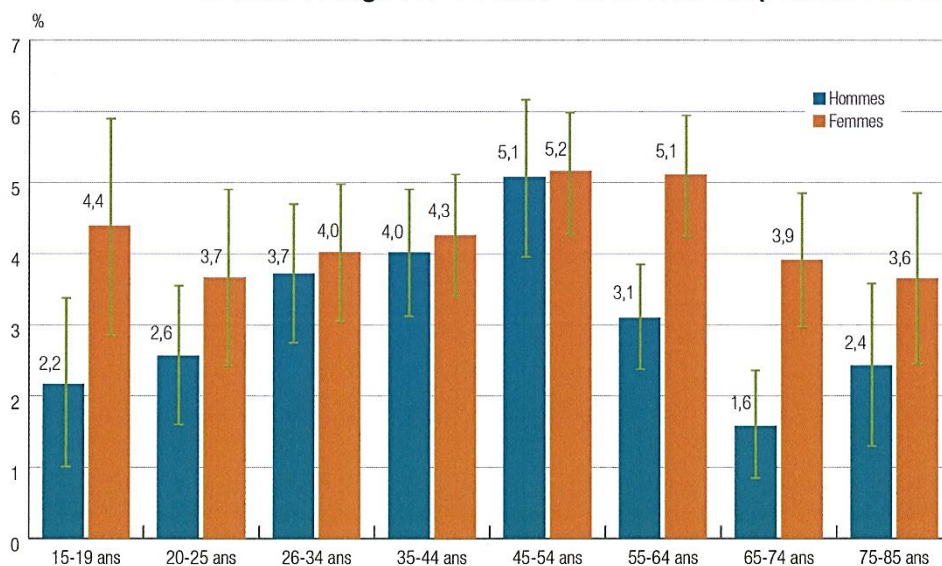
F4 • TENTATIVES DE SUICIDE DÉCLARÉES ET PENSÉES
SUICIDAIRES EN 2005 ET 2010**GRAPHIQUE 1** Prévalence des tentatives de suicide au cours
des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge
(15-75 ans)* – France métropolitaine 2010

* Dans la mesure où aucun enquêté n'a déclaré de tentative de suicide au cours de l'année au-delà de 75 ans, la fiabilité des chiffres sur cette tranche d'âge est sujette à caution. En effet, s'il est probable qu'au-delà de 75 ans, les tentatives aboutissent très fréquemment à un décès, il est aussi possible que l'on touche aux limites de l'enquête pour les plus âgés (plus de refus, entretiens plus difficiles pour les questions sensibles...).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.

Lecture • 0,4 % des hommes de 15 à 19 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Source • Baromètre santé 2010, INPES.

GRAPHIQUE 2 Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon
le sexe et l'âge (15-85 ans) – France métropolitaine 2010

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 85 ans.

Lecture • 2,2 % des hommes de 15 à 19 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.

Source • Baromètre santé 2010, INPES.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 1^{ER} RAPPORT

2005, le fait de vivre seul, et l'usage de substances psychoactives avec des différences selon le genre. L'usage d'alcool à risque chronique est ainsi associé aux TS chez les hommes seulement (OR = 3,2) alors que la consommation de tabac n'y est associée que chez les femmes. En 2010, le chômage n'est plus associé aux TS dans l'année.

Ces facteurs, mis en avant grâce aux données du Baromètre santé 2010, sont relativement semblables à ceux relevés dans la littérature. Le lien entre chômage et TS dans les 12 derniers mois, qui était observé en 2005, a disparu en 2010 parmi les individus de 15 à 54 ans, alors qu'un faible niveau de revenu apparaît comme un facteur de risque majeur chez les hommes en 2010. Depuis la crise financière, dans le contexte où les taux de TS déclarées pourraient avoir très légèrement augmenté, cette évolution peut être interprétée comme un effet protecteur des ressources financières. Il faut rester néanmoins prudent quant à l'interprétation qui peut être faite à partir de ce constat qui n'est pas suffisant pour établir un lien de causalité avec la crise économique. Il faut ajouter à cela les limites liées au faible nombre de TS déclarées dans cette enquête.

Références

- Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Saias T., 2011, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *Bull Épidémiol Hebd*, décembre, numéro spécial suicide, 47-48, p. 489-492.
- Beck F., Guignard R., Saias T., Du Roscoat E., 2014, « Suicidal Attempts in France After the 2008 Crisis [poster] », Conférence de l'*International Society for Affective Disorders*, Avril, Berlin.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., 2011, « Effects of the 2008 Recession on Health : a First Look at European Data », *The Lancet*, Volume 378, Issue 9786, July 9, p. 124-5.

Aspects psycho-sociologiques

- Article, DE RICCARDIS Nicolas, Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires, Etudes et résultats, n° 886, 2014-07, 6 p. _____ 39
- Article, DEBOUT Michel, Crise économique et risque suicidaire, Rhizome, n° 52, 2014-06, p. 10 45
- Article, LEFEBVRE DES NOËTTES Véronique, Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, n° 14, 2014, pp. 246-251 _____ 46
- Rapport, KOVESS-MASFETY Vivianne, BOISSON Marine, GODOT Clélia (et al.), La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie, Centre d'analyse stratégique, 2009-11, 252 p. (extrait) _____ 52
- Rapport, Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Recommandations, Fédération Française de Psychiatrie, 2009, 22 p. (extraits) _____ 53

Article, DE RICCARDIS Nicolas, **Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires**, Etudes et résultats, n° 886, 2014-07, 6 p.



Etudes et Résultats

N° 886 • juillet 2014

Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires

En 2010, 5 % des personnes âgées de 40 à 59 ans déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP). Leurs indicateurs de santé sont plus dégradés au moment de l'enquête que les autres personnes du même âge et elles sont plus isolées sur le plan social ou relationnel. Elles sont trois fois plus nombreuses à déclarer une santé altérée et plus de la moitié n'ont pas eu une activité sociale régulière.

Les personnes déclarant des idées suicidaires sont également deux fois plus nombreuses à fumer quotidiennement ou à avoir une consommation d'alcool à risque chronique. En outre, elles occupent moins souvent des emplois et lorsqu'elles travaillent, elles sont davantage exposées aux risques psychosociaux.

Ce mal-être actuel s'inscrit dans des carrières spécifiques. En effet, les personnes déclarant des idées suicidaires passent plus de temps hors de l'emploi. Elles sont aussi moins satisfaites de leur parcours professionnel et ont des sentiments exacerbés sur la place du travail dans leur vie.

Les écarts de santé, d'emploi et de conditions de travail entre les personnes déclarant les idées suicidaires et les autres sont généralement plus importants que ceux observés entre hommes et femmes.

Nicolas DE RICCARDIS, avec les conseils de Muriel MOISY et Marie-Claude MOUQUET

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère des Finances et des Comptes publics
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social



En France métropolitaine, on enregistre 10 300 suicides¹ en 2010, et environ 100 000 tentatives ayant donné lieu à une hospitalisation². De plus, 3,9 % de la population déclarent avoir pensé à se suicider durant l'année écoulée, selon les données du Baromètre santé de 2010. Il existe des liens forts entre idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides accomplis, notamment en termes de pronostic (Kessler *et al.*, 1999). Cela justifie l'attention portée à de tels indicateurs.

Cette étude analyse les idées suicidaires déclarées au cours des deux semaines précédant l'enquête, au regard de l'état de santé, de l'emploi et des caractéristiques sociales et familiales, à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) [encadré 1]. Afin de limiter les effets de la variabilité de l'état de santé selon l'âge et de mieux prendre en compte les trajectoires familiale et professionnelle des personnes, l'étude est centrée sur les personnes âgées de 40 à 59 ans en 2010.

5 % des personnes déclarent des idées suicidaires

Selon l'enquête SIP, 9 % des femmes et 7 % des hommes âgés de 40 à 59 ans ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des deux dernières semaines précédant l'interrogation de 2010³. Ces épisodes dépressifs sont repérés à partir de symptômes déclarés par les personnes interrogées (Bahu et Merrimod, 2014). Ces symptômes recouvrent notamment la déclaration d'idées noires, comme penser qu'il

ENCADRÉ 1

L'enquête Santé et itinéraire professionnel

Les liens entre santé et travail sont complexes et l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) permet de les éclairer en abordant de façon combinée les questions d'emploi, de conditions de travail et de santé. Cette enquête innovante a été effectuée en deux vagues en population générale en France métropolitaine. En 2006, la première vague de l'enquête a permis de récupérer, à l'aide d'une approche rétrospective, les trajectoires familiales, professionnelles et de santé de près de 14 000 individus. En réinterrogeant ces derniers quatre ans plus tard, la seconde vague de l'enquête dispose de données en panel auprès de 11 016 personnes. Chaque vague dispose d'informations fines sur l'emploi, les conditions de travail et la santé au moment de l'enquête. La seconde vague permet, par ailleurs, de recueillir des éléments plus détaillés sur les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les personnes ayant un emploi au moment de l'enquête.

Dans cette étude, nous exploitons uniquement la partie longitudinale de l'enquête SIP, c'est-à-dire l'ensemble des répondants aux

deux vagues de l'enquête, en nous restreignant aux personnes âgées de 40 à 59 ans. Les non-répondants au questionnaire auto-administré de la seconde vague de l'enquête sont exclus de l'analyse. On dispose ainsi de 4 842 individus, représentatifs de 17,2 millions de personnes.

Deux limites sont inhérentes à ce type d'enquête. D'une part, on n'interroge que les personnes vivant en ménage. Sont exclues du champ celles dont les conditions de travail ou les expositions professionnelles ont pu contribuer à entraîner des décès ou des hébergements en institution, conduisant à une légère sous-estimation des effets négatifs du travail sur la santé. D'autre part, le caractère principalement rétrospectif et déclaratif des informations recueillies a des limites bien connues : les effets de mémoire, de reconstruction ou de rationalisation (rationalisation, légitimation, etc.) *a posteriori* des événements vécus.

ENCADRÉ 2

L'approche des idées suicidaires dans l'enquête SIP

• Trois questions-filtres permettent de repérer les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) :

- Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti particulièrement triste, cafardeux, déprimé, la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? (Humeur dépressive, tristesse).
- Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? (Perte d'intérêt, anhédonie).

Si au moins l'une des deux réponses est oui, la question suivante est posée :

• Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé ou sans intérêt pour la plupart des choses, avez-vous vécu l'une des situations suivantes :

- Votre appétit a notablement changé, ou vous avez pris du poids ou perdu du poids sans en avoir l'intention (variation au cours du mois de +/-5%, c'est-à-dire +/-3,5 kg pour une personne de 65 kg).
- Vous aviez des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, sommeil trop long).
- Vous parliez ou vous vous déplaçiez plus lentement que d'habitude, ou, au contraire, vous vous sentiez agité et vous aviez du mal à rester en place, presque tous les jours.
- Vous vous sentiez presque tout le temps fatigué, sans énergie, et ce, presque tous les jours.

– Vous vous sentiez sans valeur ou coupable, et ce, presque tous les jours.

– Vous aviez du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce, presque tous les jours.

– Vous avez eu à plusieurs reprises des idées noires (comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort), ou vous avez pensé à vous faire du mal.

– Non, vous n'avez rien fait ou ressenti de tout cela. »

Les EDC, au moment de l'enquête, sont identifiés par des réponses positives à cinq symptômes ou plus (au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir). En 2010, 5 % des personnes déclarent des idées suicidaires. Parmi elles, 22 % en déclaraient déjà en 2006.

Par construction, la question relative aux idées suicidaires n'est posée qu'aux personnes présentant des symptômes d'humeur dépressive ou d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives). Cela conduit, d'une part, à sous-estimer la proportion des personnes avec des idées suicidaires et, d'autre part, à surestimer le nombre d'EDC parmi les personnes présentant des idées suicidaires. La seconde partie de la question (« Vous avez pensé à vous faire du mal ») peut aussi renvoyer à un penchant masochiste ou une tendance à l'autodestruction sans aller jusqu'à l'idée suicidaire. Cela pourrait alors conduire à surestimer le nombre d'individus déclarant des idées suicidaires.

1. « Suicide et tentatives de suicide », État de santé de la population en France, édition 2014, à paraître.

2. Ce chiffre, produit à partir de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), est sous-estimé, le codage par les établissements de santé des causes externes de morbidité étant facultatif.

3. Sur les mêmes tranches d'âges, 11 % des femmes et 5 % des hommes souffraient d'un épisode dépressif caractérisé au cours des deux dernières semaines précédant l'interrogation de 2006. Mais les écarts observés entre 2006 et 2010 ne sont pas significatifs.

vaudrait mieux être mort ou avoir pensé à se faire du mal, qualifiées d'« idées suicidaires » dans cette étude (encadré 2). Elles concernent 6 % des femmes et 4 % des hommes âgés de 40 à 59 ans⁴. Les résultats sont ensuite présentés sans distinction selon le sexe. Les écarts de santé, d'emploi ou de conditions de travail entre les personnes déclarant des idées suicidaires et les autres sont en général de bien plus grande ampleur que ceux observés entre hommes et femmes.

Des indicateurs de santé plus dégradés

Les personnes présentant des idées suicidaires ont des indicateurs de santé nettement plus dégradés que les autres. Elles sont environ trois fois plus nombreuses à déclarer une

santé altérée⁵ ou des limitations dans leurs activités quotidiennes pour raison de santé (tableau 1). À noter que par sa nature subjective et synthétique, un état de santé altéré peut aussi refléter une santé mentale dégradée. Au moment de l'enquête, les personnes présentant des idées suicidaires souffrent aussi plus souvent d'au moins une maladie chronique⁶ (55 % *versus* 33 %) et déclarent plus de pathologies (2,1 contre 1,6). Entre leurs 19 et 40 ans, elles ont également passé plus de temps avec au moins un événement de santé⁷ (12,7 ans contre 8,6 ans).

Elles sont aussi plus nombreuses à subir des gênes fonctionnelles dans leur vie quotidienne. Ces altérations non passagères de leurs fonctions physiques peuvent être sensorielles (difficultés visuelles ou auditives)

ou motrices (usage d'un escalier, manipulation de petits objets...). Les douleurs, les problèmes de sommeil ou de digestion, qui permettent de repérer des malaises ou des troubles de santé plus diffus, sont aussi plus souvent déclarés chez les personnes ayant des idées suicidaires. Le panel de l'enquête SIP permet de disposer des mêmes données quatre ans auparavant. Ainsi, les personnes qui présentent des idées suicidaires en 2010 avaient déjà des indicateurs de santé plus dégradés en 2006.

Plus de sous-poids, d'obésité ou de comportements à risque

L'indice de masse corporelle (IMC) des personnes présentant des idées suicidaires correspond plus souvent à des valeurs extrêmes : 23 % sont obèses, contre 14 % des autres individus. Pour ces personnes, cela était déjà le cas en 2006. L'IMC calcule⁸ la corpulence d'un individu à partir de sa taille et de sa masse. La taille et le poids étant parmi les principales causes de stigmatisation (De Saint-Pol, 2010), l'IMC permet d'approcher le sentiment d'estime de soi.

L'usage de substances psychoactives comme l'alcool ou le tabac est un comportement individuel à risque. Les personnes déclarant des idées suicidaires sont deux fois plus nombreuses à fumer quotidiennement (50 % contre 28 % des autres individus) ou à avoir une consommation d'alcool à risque chronique⁹ (11 % *versus* 5 %).

Un isolement relationnel et social plus marqué

Tandis que la répartition par classe d'âges apparaît relativement homogène, les personnes présentant des idées suicidaires sont moins souvent diplômées de l'enseignement supérieur (tableau 2). De plus, elles ont autant d'enfants que les autres, mais sont moins en couple¹⁰ (63 % contre 82 %) et ont davantage connu une séparation ou un veuvage au cours des quatre dernières années (19 % *versus* 6 %). Elles sont aussi plus souvent isolées socialement : 51 % n'ont pas eu régulièrement d'« activité sociale »¹¹ au cours des douze

4. En 2010, 6 % des femmes et 4 % des hommes âgés de 46 à 60 ans déclarent avoir « pensé à se suicider » dans les douze derniers mois selon le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

5. La santé est dite « altérée » lorsque l'état de santé perçu est déclaré comme « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

6. Dans l'enquête SIP, une maladie chronique est « une maladie qui dure longtemps ou qui revient régulièrement ». Le rhume des foies, les gripes ou les angines à répétition ne sont pas des maladies chroniques. En revanche, les problèmes nerveux ou psychiques le sont. Cette définition est identique à celle donnée par l'INSEE dans son enquête décennale santé.

7. Les événements de santé regroupent les pathologies chroniques, les accidents et les handicaps déclarés par l'enquête.

8. L'IMC est obtenu en divisant le poids, exprimé en kilogrammes, par la taille, en mètres, élevée au carré.

9. Personnes consommant un nombre important de verres d'alcool par semaine (au moins 22 pour les hommes et 15 pour les femmes) ou qui consomment 6 verres d'alcool ou plus en une seule occasion au moins une fois par semaine.

10. La vie en couple est une vie commune, avec ou sans mariage, dans un ou plusieurs logements.

11. Activité associative, syndicale, politique, religieuse, sportive ou artistique.

TABLEAU 1

Les indicateurs de santé

	Parmi les personnes...	
	... présentant des idées suicidaires	... ne présentant pas d'idées suicidaires
Santé altérée	77 %***	28 %***
Au moins une maladie chronique	55 %***	33 %***
Nombre de maladies chroniques actuelles (hors problèmes nerveux ou psychiques ¹) pour les personnes en déclarant au moins une	2,1***	1,6***
Temps passé entre 19 et 40 ans, avec au moins un événement de santé (en année)	12,7***	8,6***
Limitations d'activité	51 %***	17 %***
Gênes fonctionnelles		
Sensorielles	26 %**	18 %**
Motrices	42 %***	18 %**
Douleurs	89 %***	61 %***
Troubles		
Du sommeil	86 %***	49 %***
Digestifs	57 %***	22 %**
Santé mentale		
Épisode dépressif caractérisé (EDC)	82 %***	4 %***
Troubles anxieux généralisés (TAG)	50 %***	5 %***
Indice de masse corporelle (IMC)		
Sous-poids	5 %*	2 %*
Poids normal	45 %**	49 %**
Surpoids	26 %**	34 %**
Obésité	23 %***	14 %***
Comportements à risque		
Fumeur quotidien	50 %***	28 %***
Consommateur d'alcool à risque chronique	11 %**	5 %**

1. Sont exclus les dépressions nerveuses (ayant nécessité ou non une hospitalisation), les problèmes psychiques ayant nécessité une hospitalisation, les troubles du sommeil, ainsi que les autres problèmes psychiques.

Note • Les astérisques indiquent des écarts significatifs entre les deux sous-populations étudiées au seuil de 1 % (***), 5 % (**) ou 10 % (*). Les données en italique disposent d'effectifs faibles.

Lecture • 77 % des personnes présentant des idées suicidaires déclarent leur état général de santé comme altéré (c'est-à-dire comme moyen, mauvais ou très mauvais), contre 28 % de celles ne présentant pas d'idées suicidaires.

Champ • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgés de 40 à 59 ans en 2010.

Sources • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

TABLEAU 2

Les caractéristiques sociodémographiques

	Parmi les personnes...	
	... présentant des idées suicidaires	... ne présentant pas d'idées suicidaires
Hommes	38 %***	49 %***
Âges		
Entre 40 et 49 ans	45 %	51 %
Entre 50 et 59 ans	55 %	49 %
Diplôme		
Aucun	12 %	9 %
Inférieur au baccalauréat	51 %	47 %
Baccalauréat	20 %	18 %
Supérieur au baccalauréat	15 %***	25 %***
Événements dans l'enfance	69 %***	48 %***
Nombre d'enfants	2,2	2
En couple	63 %***	82 %***
Séparation ou veuvage au cours des quatre dernières années	19 %***	6 %***
Activités sociales régulières	49 %***	60 %***
Quelqu'un sur qui compter	81 %***	92 %***

Note • Les astérisques indiquent des écarts significatifs entre les deux sous-populations étudiées au seuil de 1 % (**), 5 % (*) ou 10 % (*).

Lecture • 45 % des personnes présentant des idées suicidaires ont entre 40 et 49 ans contre 51 % de celles ne présentant pas d'idées suicidaires.

Champ • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgées de 40 à 59 ans en 2010.

Sources • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

TABLEAU 3

Les caractéristiques relatives à l'emploi

	Parmi les personnes...	
	... présentant des idées suicidaires	... ne présentant pas d'idées suicidaires
En emploi dont	63 %***	83 %***
Emploi en CDI	91 %	92 %
Emploi à temps partiel	29 %**	18 %**
Emploi dans le secteur public	33 %	27 %
Groupe social du dernier emploi occupé		
Agriculteur ou artisan	6 %*	10 %*
Cadre ou profession intermédiaire	30 %**	39 %**
Employé ou ouvrier	63 %***	51 %***
Actuellement, votre travail ou votre recherche d'un emploi		
Est plus important que tout le reste	18 %***	5 %***
Est très important mais autant que d'autres choses ¹	35 %***	48 %***
Est assez important, mais moins que d'autres choses	34 %**	44 %**
N'a que peu d'importance	12 %***	4 %***

1. Vie familiale, personnelle, sociale...

Note • Les astérisques indiquent des écarts significatifs entre les deux sous-populations étudiées au seuil de 1 % (**), 5 % (*) ou 10 % (*). Les données en italique disposent d'effectifs faibles.

Lecture • 63 % des personnes présentant des idées suicidaires sont en emploi en 2010 contre 83 % de celles ne présentant pas d'idées suicidaires.

Champ • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgées de 40 à 59 ans en 2010.

Sources • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

derniers mois, contre 40 % des autres personnes, l'écart étant surtout significatif chez les femmes. En outre, les personnes présentant des idées suicidaires disposent moins d'un soutien psychologique : 81 % déclarent avoir quelqu'un sur qui compter pour discuter de choses personnelles ou pour prendre une décision difficile, contre 92 % des autres enquêtés. L'isolement social et le manque de soutien psychologique étaient déjà percep-

tibles en 2006. Enfin, les personnes présentant des idées suicidaires sont plus nombreuses à avoir connu au moins un événement marquant dans l'enfance¹² (69 % *versus* 48 %).

Des emplois moins fréquents et plus souvent à temps partiel

Le travail constitue un facteur de protection contre le suicide (Terra J.-L., 2011). Ainsi, les personnes ayant des idées suicidaires sont moins souvent

en emploi (63 % contre 83 %), en 2010 (tableau 3)¹³. Cela était déjà le cas lors de la première vague de l'enquête en 2006. Et, lorsqu'elles travaillent, c'est plus souvent à temps partiel (29 % *versus* 18 %). Par ailleurs, les personnes présentant des idées suicidaires ne travaillent pas significativement plus fréquemment dans le secteur public que les autres.

Les personnes ayant des idées suicidaires occupent plus souvent des postes d'employé ou d'ouvrier (63 % contre 51 %) et sont moins présentes dans les emplois de cadre ou de professions intermédiaires (30 % *versus* 39 %)¹⁴. Cette surreprésentation dans le bas de la hiérarchie sociale est à mettre en lien avec des niveaux de diplômes moins élevés.

Enfin, les personnes présentant des idées suicidaires ont des sentiments exacerbés par rapport à la place de leur travail (ou de la recherche d'un emploi) dans leur vie. Elles sont plus nombreuses à déclarer que l'emploi ou la recherche d'emploi est plus important que tout le reste (18 % contre 5 %) ou, au contraire, qu'il a peu d'importance (12 % contre 4 %).

Une plus forte exposition aux risques psychosociaux au travail

L'organisation du travail peut jouer un rôle important sur la santé mentale. De nombreuses études épidémiologiques ont établi un lien entre des contraintes de travail génératrices de stress chronique et l'apparition d'une dépression. Celle-ci peut ensuite favoriser un passage à l'acte suicidaire¹⁵. À l'inverse, il est également possible d'envisager qu'un état dépressif marqué puisse influer sur la perception des situations de travail.

Les risques psychosociaux (RPS) au travail sont des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par des conditions d'emploi et des facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Ces RPS peuvent être regroupés autour de six axes (Gollac *et al.*, 2011) : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, une autonomie insuffisante, la mauvaise qualité des rapports sociaux

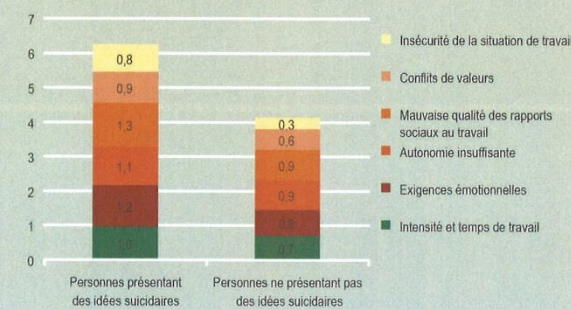
¹². Il s'agit des événements qui ont marqué la vie de l'enquête depuis l'enfance jusqu'à l'âge de 18 ans. Ils sont repérés à l'aide de 12 items (un handicap, une longue maladie, le décès d'un proche, des conflits ou des violences subies, répétés, à l'école, ou dans le voisinage...).

¹³. En 2010, 79 % des personnes âgées de 40 à 59 ans sont en emploi, selon l'enquête Emploi de l'INSEE.

¹⁴. Tous les individus n'étant pas en emploi au moment de l'enquête, on s'intéresse ici au groupe social de la dernière profession occupée, que l'emploi soit ou non terminé en 2010, pour mieux représenter la structure de ces sous-populations. Par genre, ces résultats ne sont significatifs que pour les hommes.

¹⁵. Voir le site de l'INRS – Risques psychosociaux – Suicide en lien avec le travail.

■ GRAPHIQUE 1

Score détaillé des facteurs psychosociaux de risques au travail

Note • Tous les écarts entre les deux sous-populations étudiées sont significatifs au seuil de 1 %.

Lecture • Les personnes présentant des idées suicidaires ont un score moyen d'exposition aux facteurs psychosociaux de risque au travail de 6,3. Ce score se décompose en intensité et temps de travail (1), exigences émotionnelles (1,2), autonomie insuffisante (1,1), mauvaise qualité des rapports sociaux au travail (1,3), conflits de valeurs (0,9) et insécurité de la situation de travail (0,8).

Champ • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgés de 40 à 59 ans en 2010 et en emploi au moment de l'enquête.

Sources • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

■ ENCADRÉ 3

Le score d'expositions aux facteurs de risques psychosociaux au travail

Dans l'enquête SIP, les personnes en emploi sont interrogées de manière détaillée sur les conditions de travail de leur emploi actuel. Ces questions permettent de couvrir les six axes des facteurs de risques psychosociaux au travail définis par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail.

1. Intensité du travail et temps de travail

« Je travaille sous pression » ; « Je pense encore à mon travail avant de m'endormir » ; « Je suis obligé(e) de me dépêcher pour faire mon travail » ; « Mon travail m'oblige à ne pas dormir entre minuit et 5 heures du matin » ; « Ma durée de travail est souvent supérieure à 48 heures par semaine » ; « J'occupe un travail posté en horaires alternants ou en roulement » ; « Je dois effectuer des déplacements fréquents obligeant à dormir hors de mon domicile » ; « J'ai des horaires irréguliers difficilement prévisibles » ; « Je dois penser à trop de choses à la fois » ; « On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive » ; « J'ai du mal à concilier mon travail avec mes obligations familiales » ; « Ma journée de travail est morcelée, en deux périodes séparées par trois heures ou plus ».

2. Exigences émotionnelles

« Dans mon travail, je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur » ; « Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail (pour ma sécurité, celle des autres...) » ; « Je vis des tensions avec un public : usagers, élèves, patients, voyageurs, clients ».

3. Autonomie insuffisante

« J'effectue un travail répétitif sous contraintes de temps ou un travail à la chaîne » ; « Je peux employer pleinement mes compétences » ; « Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail » ; « Je sais à l'avance quelles tâches j'aurai le mois suivant » ; « Je sais à l'avance avec quelles per-

sonnes je travaillerai le mois suivant » ; « Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles » ; « Dans mon travail, je vis des changements imprévisibles ou mal préparés » ; « Je sais exactement ce qu'on attend de moi dans mon travail » ; « Dans mon travail, j'ai la possibilité de faire des choses qui me plaisent ».

4. Mauvaise qualité des rapports sociaux au travail

« Mon travail est reconnu à sa juste valeur » ; « J'ai de bonnes relations de travail avec mes collègues ».

5. Conflits de valeurs

« J'ai les moyens de faire un travail de qualité » ; « Dans mon travail, je dois faire des choses que je désapprouve (vente abusive, réaliser des licenciements, appliquer des sanctions, actes illégaux...) » ; « Il m'arrive de faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin » ; « Mon travail est utile aux autres ».

6. Insécurité de la situation de travail

« Je travaille avec la peur de perdre mon emploi. »

La fréquence des expositions est mesurée à partir de quatre modalités : « jamais », « parfois », « souvent » et « toujours ». Pour chaque question posée, on attribue une valeur comprise entre zéro (non exposé à un facteur de risque) et trois (toujours exposé à un facteur de risque) selon la fréquence de l'exposition. Pour chacune des six dimensions, le score est standardisé. Ainsi, quel que soit le nombre de questions qu'il contient, l'indicateur de score de chaque dimension varie entre zéro et trois. Un indicateur synthétique global est ensuite construit en additionnant les indicateurs partiels. Le score global de RPS croît ainsi entre 0 et 18, en fonction du nombre d'expositions aux facteurs de risque au travail déclarés.

au travail, des conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail. Un score synthétique d'exposition à ces RPS est alors construit à partir des déclarations des personnes en emploi (encadré 3). Un score élevé traduit une exposition soutenue aux RPS. Parmi les individus en emploi en 2010, les personnes présentant des idées suicidaires se déclarent nettement plus exposées à des facteurs psychosociaux de risque au travail (score de 6,3 contre 4,2). Ces expositions plus marquées se retrouvent dans chacune des six dimensions (graphique 1). Bien que les personnes ayant des idées suicidaires occupent plus souvent des postes d'employé ou d'ouvrier, les écarts observés dépassent le clivage inhérent à la hiérarchie sociale¹⁶.

16. Pour les personnes en emploi, le score moyen d'exposition aux facteurs psychosociaux de risque au travail atteint 4,1 pour les cadres, 4,2 pour les professions intermédiaires, les employés ou les ouvriers, 4,6 pour les artisans et 4,7 pour les agriculteurs.

17. L'écart n'est significatif que pour les femmes.

Moins de temps passé en emploi

Au-delà de la situation au moment de l'enquête, l'enquête SIP fournit des informations sur la trajectoire professionnelle des individus, permettant de comprendre le rapport au travail en référence à la trajectoire des travailleurs et à leurs anticipations (Baudelot et al., 2003). Entre 15 et 40 ans, les individus ayant des idées suicidaires ont passé moins de temps en emploi long (tableau 4). Ils sont aussi plus souvent hors de l'emploi : surtout au chômage pour les hommes et en inactivité pour les femmes.

Le sens de la trajectoire peut être apprécié en comparant l'évolution des professions exercées dans le temps. Une trajectoire sera dite « stationnaire » si, entre deux intervalles de temps, les professions exercées se situent au même niveau de la hiérarchie sociale, « ascendante » en

cas d'évolution positive et « descendante » dans le cas contraire (Bahu et al., 2010). Les trajectoires suivies entre leur premier emploi et leurs 40 ans restent relativement homogènes entre les personnes déclarant des idées suicidaires et les autres.

Enfin, les enquêtés sont amenés lors de l'entretien à noter leur perception de leur itinéraire professionnel, qu'il soit en cours ou terminé. Pour cela, ils attribuent une note entre 0 et 10 indiquant leur degré d'accord avec des sentiments de choix (« Pour l'essentiel, j'ai choisi moi-même mon itinéraire professionnel ») et de satisfaction (« Pour l'essentiel, je suis satisfait de mon itinéraire professionnel »). Les personnes déclarant des idées suicidaires ont une vision plus dégradée de leur itinéraire professionnel, tant sur leur sentiment de choix¹⁷ que de satisfaction. ■

■ TABLEAU 4

Les caractéristiques de l'itinéraire professionnel

	Parmi les personnes...	
	... présentant des idées suicidaires	... ne présentant pas d'idées suicidaires
Entre 15 et 40 ans, années passées		
Études	2,9**	3,7**
Emploi court	5,5**	3,8**
Emploi long	12,1**	15,0**
Hors de l'emploi	5,3**	3,3**
Sens de la trajectoire entre le premier emploi et 40 ans		
Ascendante	32 %	32 %
Descendante	13 %	10 %
Stationnaire pour les emplois peu qualifiés	42 %	37 %
Autre trajectoire stationnaire ¹	55 %	58 %
Note moyenne (sur 10) relative au ressenti face au :		
- sentiment de choix	6,4**	7,0**
- sentiment de satisfaction	6,3**	7,4**

1. Stationnaire pour les indépendants ou stationnaire pour les emplois qualifiés.

Note • Les astérisques indiquent des écarts significatifs entre les deux sous-populations étudiées au seuil de 1 % (**), 5 % (*) ou 10 % (*). Les données en italique disposent d'effectifs faibles.

Lecture • Entre 15 et 40 ans, les personnes présentant des idées suicidaires passent, en moyenne, 12,1 ans en emploi long, contre 15 ans pour celles ne présentant pas d'idées suicidaires.

Champ • Répondants aux deux vagues de l'enquête âgés de 40 à 59 ans en 2010.

Sources • Enquête SIP 2010, calculs DREES.

Pour en savoir plus

• Bahu M., Mermilliod C., « Le choix des indicateurs de santé : l'exemple de l'enquête SIP 2006 », *Document de travail*, Série Sources et Méthodes, à paraître.

• Bahu M., Coutrot T., Herbet J-B., Mermilliod C., Rouxel C., 2010, « Parcours professionnel et état de santé », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 14.

• Baudelot C., Gollac M., Bessière C., Coutant I., Godechot O., Serre D. et Viguière F., 2003, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.

• Gollac M., Bodier M. (sous la dir.), 2011, *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail*.

• Kessler R.-C., Borges G., Walters E.-E., 1999, « Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, n° 56.

• Lasfargues G., 2005, « Départs en retraite et travaux pénibles : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé », *Rapport de recherche*, Centre d'études de l'emploi, n° 19.

• Prost T., Rey S. (sous la coordination de), *L'état de santé de la population en France - rapport 2014*, coll. Études et Statistiques, DREES, à paraître.

• De Saint Pol T., 2010, « Le Corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids », PUF, coll. « Le lien social ».

• Terra J.-L., 2011, in « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France », Institut national de veille sanitaire, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 47-48.

ÉTUDES et RÉSULTATS • n° 886 - juillet 2014

Profil et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger, Laurence Grivet

Maquettiste : Thierry Betty • Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Internet : www.drees.sante.gouv.fr

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr • Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN papier 1292-8876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion des publications de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Mission Publications et Diffusion - 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr

Article, DEBOUT Michel, **Crise économique et risque suicidaire**, Rhizome, n° 52, 2014-06, p. 10Dossier **Santé mentale et santé publique : distance et proximité de disciplines connexes**

Crise économique et risque suicidaire

Michel Debout,
professeur émérite
de Médecine légale
et de droit de la
santé, président de
l'Association Bien-être
et Société et membre de
l'Observatoire national
du suicide

1 Bernard Gomel. La Santé des
chômeurs, un enjeu social. In
Santé et Travail, numéro 073,
janvier 2011

2 Michel Debout. Tout doit
disparaître. Editions Narratives.
Paris, 2009

3 Michel Debout. Gérard
Clavairoly. Le Suicide, un
tabou français. Editions Pascal.
Paris, 2012

Les récents résultats de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel confirment ce lien très fort entre chômage et santé à tous les âges. Les salariés dont l'itinéraire professionnel est marqué par le chômage présentent, à caractéristiques sociodémographiques données, une santé relativement dégradée. Et un homme au chômage a un risque annuel de décès environ trois fois plus élevé qu'un actif occupé du même âge¹.



Nous avons déjà alerté l'opinion et les pouvoirs publics sur cette réalité, et surtout ses conséquences en termes de santé publique et notamment de santé mentale. Ce ne sont pas uniquement les salariés licenciés qui sont atteints mais aussi les employeurs obligés à déposer leur bilan, les agriculteurs dont l'exploitation périclète, c'est-à-dire un grand nombre de personnes dont la situation financière se dégrade brutalement, ce qu'elles peuvent vivre comme une déchéance personnelle. Les conséquences sur les proches sont particulièrement préoccupantes, avec des ruptures familiales, des enfants négligés...

Chômage, vulnérabilité, et risque suicidaire

Les liens entre la précarité, la vulnérabilité sociale et les risques suicidaires sont connus depuis longtemps, nous l'avons observé pour notre part dès 2009 à travers l'enquête que nous avons réalisée avec Anacom et Macif Prévention² : la proportion de personnes en souffrance psychique marquée passe de 9% pour la classe la moins vulnérable socialement à 41% pour la classe sociale la plus vulnérable ; cette proportion monte même à 69% pour l'échantillon de personnes en demande d'aide auprès du Secours Populaire.

Le score de souffrance psychique est, de plus, très fortement corrélé au risque suicidaire. Ainsi, parmi les personnes qui sont en situation précaire avérée :

- 50% ont déjà pensé (même

vaguement) au suicide (versus 21% dans la population générale)

- 33% l'ont envisagé sérieusement (versus 9%)

- 15% ont été hospitalisés à la suite d'une tentative (versus 3%) - c'est-à-dire 5 fois plus.

Ces personnes peuvent être en souffrance psychologique, quelle que soit leur situation professionnelle d'origine, salariés, responsables de PME, artisans, agriculteurs, cadres, y compris dirigeants.

Suicide et management

Au-delà des pertes d'emploi, la crise n'a fait qu'accentuer les dérives managériales développées depuis les années 1980, qui ont exposé les salariés (cadres, employés, ouvriers), à ce que l'on nomme aujourd'hui les « risques psychosociaux ». Ils doivent s'adapter en permanence à de nouvelles exigences entraînant le stress au travail et des effets d'usure professionnelle ou d'épuisement (« burn out ») qui attendrait 25% des salariés face à des objectifs individuels imposés par la hiérarchie, sans que le sens de leur travail soit toujours explicite, ils sont confrontés à l'obligation de concilier les contraires : faire vite et bien.

Trop longtemps, la souffrance psychique au travail a été considérée comme résultant exclusivement de la personnalité du salarié, de son histoire, de son état psychique ; et les dirigeants ont cherché à médicaliser ce mal-être

pour en extirper toute dimension collective et tout lien avec l'organisation de l'entreprise : ils parlent toujours de « personnes fragiles » et bien trop rarement de personnes « fragilisées » !

Les produits dits « psychoactifs », alcool, drogues, médicaments psychotropes, etc... permettent souvent de supporter ces situations, mais en masquant la réalité. Il faut repérer le glissement qui s'opère à travers l'usage de ces substances : c'est la performance qui est recherchée, la capacité de faire face, la drogue est devenue la dope ...

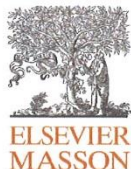
Cet usage addictif aggrave le risque suicidaire et facilite le passage à l'acte.

Le nombre de morts par suicide en France, femmes et homme additionnés, s'élève à une moyenne annuelle d'environ 10 500. Les 45 - 54 ans représentent à eux seuls plus de 22 % de l'effectif global mais on ignore la proportion de licenciés récents, de chômeurs ou de sans emploi ; il sera nécessaire de disposer de ces données pour mettre en œuvre une politique de prévention pertinente.

L'Observatoire national du suicide³ mis en place le 10 septembre 2013 par Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé, devra se donner comme objectif premier de connaître et mieux comprendre les effets de la crise économique et sociale sur la détresse des Français. ■

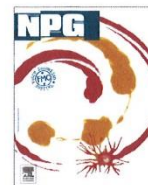
Article, LEFEBVRE DES NOËTTES Véronique, **Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique**, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, n° 14, 2014, pp. 246-251

NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2014) 14, 246–251



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



DOSSIER : 1^{RE} JOURNÉE DU CENTRE RESSOURCE RÉGIONAL DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique



Prevention of suicidal risk in the elderly: An ethics requirement

V. Lefebvre des Noettes (Psychiatre du sujet âgé)

Centre hospitalier E. Roux, 1, avenue de Verdun, 94450 Limeil-Brevannes, France

Disponible sur Internet le 28 février 2014

MOTS CLÉS

Sujet âgé ;
Dépression ;
Risque ;
Tentative de suicide ;
Suicide ;
Prévention ;
Formation

KEYWORDS

Elderly ;
Depression ;
Risk ;
Suicide attempt ;
Suicide ;
Prevention ;
Training

Résumé Choisir d'en finir avec la vie, parce que trop vieux, trop dépendant, trop seul, est une solution toujours dramatique puisque les plus de 65 ans représentent 28 % des morts par suicide sur les 10 500 décès recensés en 2010 en France. Le ratio tentative de suicide/suicide abouti est proche de 1 chez les hommes isolés de plus de 75 ans et les moyens pour y parvenir sont violents et définitifs. Or les autopsies psychologiques montrent que les suicidés avaient consulté leurs médecins dans le mois précédant leur passage à l'acte sans que la souffrance psychique et la dépression aient été détectées et traitées. Cet article se propose de lever le tabou du suicide du sujet âgé et de promouvoir les programmes à la fois locaux et nationaux de prévention du risque suicidaire.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND

Summary Choosing to do away with one's life because one is too old, too dependent, too single, is always something dramatic because the over 65s represent 28% of the deaths by suicide of 10,500 deaths identified in 2010 in France. The successful suicide/suicide attempt ratio is close to 1 in more isolated men aged 75 and the means to achieve this are violent and final. However, psychological autopsies show that the suicidals had consulted their doctors in the month before their acting out, without the mental suffering and depression having been detected and treated. This article proposes to lift the taboo of suicide in the elderly and promote both local and national prevention of suicide risk.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

Adresse e-mail : Veronique.lefebvre-des-noettes@erx.aphp.fr

1627-4830 © 2014 Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND
<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2014.01.003>

Bernadette et Georges¹, 86 ans, ont été découverts dans le froid de l'hiver naissant dans la chambre d'un grand hôtel parisien avec auprès d'eux une lettre disant leur volonté d'en finir.

Marcel, 92 ans, s'est pendu chez lui, seul depuis le décès de sa femme il y a 1 an, brouillé avec ses enfants, dépressif et en refus de soins, c'est sa voisine qui s'inquiétant de ne plus avoir de nouvelles depuis 8 jours prévient la police.

Renée, 89 ans, dit en pleurs qu'elle a voulu en rentrant dans les eaux de la Marne mourir noyée, être de l'eau comme ses larmes et comme la Marne. Elle dira au travers le voile de ses larmes sa détermination à recommencer.

Léontine, 85 ans, n'a pas fait exprès, non elle est juste tombée de tout son poids, de toutes ses forces dans son escalier, elle est couverte d'hématomes, polytraumatisée, ses enfants sont atterrés et culpabilisés d'avoir laissé leur mère toute seule après le décès récent de leur père, « mais que voulez-vous elle voulait rester chez eux, dans son odeur, dans ses pantoufles ». Une fois le corps de Léontine réparé, elle livre son cœur à la psychiatre et lui dit ce que personne n'avait voulu entendre : son souhait de mourir et sa chute non accidentelle mais bien volontaire.

Micheline, 79 ans, n'a qu'un fils qui vit à l'étranger et ne vient la voir en long séjour qu'une fois par an, ce jour est enfin là, elle l'attend, se fait belle, et il passe en coup de vent... « vous comprenez docteur... les affaires » en laissant à sa mère des fruits dont un énorme kiwi venant du soleil avec lequel Micheline vient de faire une fausse route. Elle finira par dire « moi j'ai voulu m'étrangler au kiwi géant, je suis capable vous savez. Mike Brant l'a bien fait lui de se suicider même si c'est pas pareil de s'étrangler et de se jeter par la fenêtre ».

Toutes ces histoires de vie viennent interroger notre clinique. N'y avait-il pas de signes avant-coureurs, aurait-on pu prévoir, prévenir ?

Avec l'avance en âge, les pertes réelles ou symboliques s'accumulent, alors que les ressources psychiques internes s'amenuisent et l'isolement psychosocial ainsi que les dépendances physiques ou cognitives viennent encore grever une projection de soi dans une finitude redoutée.

Le suicide constitue sans doute la fin la plus tragique d'une existence humaine et, dans bien des cas, il demeure une énigme pour « ceux qui restent ».

Nous questionnerons les différentes approches du geste suicidaire selon qu'on est philosophe, sociologue, médecin gériatre ou psychiatre, psychologue ou spécialiste en neurosciences.

Approches historique et transdisciplinaire du suicide

Au Moyen Âge, le suicidé était considéré comme l'auteur et non pas comme la victime d'un crime. Le maître-mot du suicide médiéval était le désespoir [1]. « *La Desperatio* » n'était ni un sentiment, ni un état psychique, mais un vice, le doute de la miséricorde divine, la conviction de ne pouvoir être sauvé, voire déjà le péché mortel en acte puisque la

« désespérance » pouvait désigner aussi bien la cause immédiate du suicide que le suicide lui-même. Le diable était matériellement présent au lieu du crime. C'est lui qui guidait la main du suicidant ou le poussait dans le puits. À la fin du Moyen Âge, l'épidémie des suicides et le pullulement des sorcières étaient associés à une perturbation générale de l'ordre de la nature.

Le « propos » d'un suicidé était l'ensemble des raisons pour lesquelles, selon l'entourage ou les officiers de la justice, une personne s'était laissée gagner par le désespoir. Parmi ses « propos », l'auteur [1] retient : la maladie, la solitude, la mort des proches, la guerre qui oblige à fuir et qui ruine, la pauvreté, la faim, et parfois tout cela ensemble. C'est aussi l'emprisonnement, parfois la jalousie ou la perte du procès. « Cette énumération confirme l'importance de ce que Durkheim [2] a appelé le « suicide anémique », le suicide étant « l'aboutissement tragique d'un processus de désintégration sociale, soit que l'individu prit l'initiative de la rupture des liens sociaux, soit que le corps social se désagrègeât autour de lui, sans qu'il y pût rien ».

À l'époque médiévale, la conduite suicidaire rejettait sur les proches comme un rejet social et un châtement. Par exemple, la confiscation éventuelle des biens plongeait la femme et les enfants du suicidé dans la misère.

Pour le sociologue Emile Durkheim [2], le suicide équivaut à « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

Selon Albert Camus [3], le suicide soulève la question fondamentale du sens de la vie : pour la plupart des hommes, vivre se ramène à « faire les gestes que l'habitude commande » et « mourir volontairement suppose qu'on a reconnu, même instinctivement, le caractère dérisoire de cette habitude, l'absence de toute raison profonde de vivre, le caractère insensé de cette agitation quotidienne et l'inutilité de la souffrance » mais de sa doctrine de l'absurde, Camus conclura : « je tire de l'absurde trois conséquences qui sont ma révolte, ma liberté, ma passion. Par le seul jeu de ma conscience, je transforme en règle de vie ce qui était invitation à la mort – et je refuse le suicide ».

Pour le psychiatre, le suicide apparaît presque toujours comme un comportement pathologique dans un contexte de troubles psychiques, dépression, conduites addictives, psychose ou névrose graves et non comme un acte « rationnel » ou de « liberté » et ce à tous les âges de la vie. À de très rares exceptions, les suicides dits « philosophiques » sont perçus comme la rationalisation d'un processus pathologique sous-jacent.

Ainsi, dans une conception médicale, la « crise suicidaire » émerge chez des personnes souffrant de troubles mentaux. Même si un trouble mental n'a pu être caractérisé, les autopsies psychologiques et l'analyse des notes laissées par certains suicidés témoignent toutes d'une douleur psychique qui leur est devenue intolérable. Enfin, dans une perspective issue des neurosciences, les conduites suicidaires pourraient constituer des entités pathologiques à part entière, transnosographiques, héréditaires, aux caractéristiques neurobiologiques propres où la faillite des mécanismes cognitifs à l'œuvre dans la prise de décision tiendrait un rôle majeur [4].

¹ Les prénoms ont été modifiés.

Les personnes de plus de 65 ans représentent la tranche de la population la plus à risque de décès par suicide, en particulier lorsqu'elles sont déprimées. À cet âge, de multiples facteurs de risques psychosociaux tels que l'isolement, la précarité, la pauvreté, la perte de l'autonomie... ont été évoqués comme causes possibles des conduites suicidaires mais les facteurs de vulnérabilité suicidaire spécifiques à cette population sont encore assez mal connus. Parmi les personnes âgées souffrant de dépression, comment repérer celles qui sont les plus vulnérables au passage à l'acte suicidaire afin de cibler de meilleures stratégies de prévention de ce risque avec l'avancée en âge ?

Épidémiologie

Selon les chiffres du Cépide-Inserm [5], en France, sur près de 10 500 suicides survenus en 2010, 28 % ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus.

Le taux de suicide des personnes âgées reste donc très élevé en France malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention du suicide portant sur l'ensemble de la population.

Le Cépide estime une sous-estimation globale de 9,4 % du nombre officiel de décès par suicide, mais chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux de sous-estimation atteint 12,85 % [5].

Chez les personnes âgées en particulier, un certain nombre de décès liés à des conduites suicidaires comme l'inattention volontaire sur la voie publique (traverser une route sans regarder la circulation) ou les équivalents suicidaires (arrêt d'un traitement ayant des conséquences graves) ne sont pas qualifiés de « suicide » et donc ne sont pas comptabilisés.

La personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte comme en témoignent les moyens fréquemment employés (précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison). Son geste entraîne le plus souvent son décès.

Les tentatives de suicide (environ 220 000/an) [5] ne sont pas enregistrées systématiquement et plusieurs sources sont utilisées pour fournir des estimations (hospitalisations, réseau de généralistes, études ponctuelles).

Les analyses comparatives entre les suicides et les tentatives permettent de préciser des niveaux de risque spécifiques aux personnes âgées et des cumuls de facteurs médicosociaux. Ces éléments amènent à des recommandations de pratiques professionnelles (hospitalisations, suivis adaptés...).

Alors qu'elle est le facteur clinique le plus prédictif de récurrence chez le sujet jeune, une histoire personnelle de tentative de suicide est plus rarement retrouvée chez les suicidants ou les suicidés âgés : 75 % des suicidés âgés n'ont jamais fait de tentative de suicide auparavant, mais 60 % vont réitérer leur geste avant un an [6].

Facteurs de risques suicidaires et spécificités du sujet âgé

L'intentionnalité plus grande du sujet âgé se conjugue souvent avec une fragilité organique sous-jacente plus grande

Tableau 1 Savoir repérer les facteurs de risque suicidaire du sujet âgé.

Le sexe masculin
L'âge > 65 ans
Événements de vie stressants (séparations, deuils, hospitalisation, institutionnalisation...)
Troubles psychiatriques antérieurs actuels ou anciens (dépression et alcoolisme)
Les antécédents de tentatives de suicides (2/3 vont récidiver dans l'année)
Les antécédents familiaux de suicides
L'alcoolisme
Les maladies somatiques (diabète, troubles cardiaques et accident vasculaire cérébral [AVC], cancer, démences...) ou handicap sévère (AVC, aphasie, dépendance physique...)

(Tableau 1). Les personnes âgées ont tendance à planifier davantage, à être plus déterminées à mourir et à utiliser des moyens létaux plus radicaux, comme par exemple les armes à feu, que l'adulte jeune.

Le ratio tentative de suicide/suicide abouti est extrêmement bas [5,6] : il est de l'ordre de 4/1 chez les personnes âgées alors qu'il est de 200/1 chez les personnes de moins de 25 ans.

Il y a toutefois une différence entre les genres : 1,2 tentatives de suicide pour un suicide abouti chez les hommes âgés, pour 3,3/1 tentatives chez les femmes âgées.

En d'autres termes, comme il y a 4,5 fois plus de suicide chez les hommes âgés entre 75 et 84 ans, et 7 fois plus de suicide chez les hommes âgés entre 85 et 94 ans, le ratio entre les sexes est plus déséquilibré que celui entre les jeunes et les adultes [5,6].

La polyopathie somatique et psychique rend les sujets âgés plus vulnérables à la violence physique du geste suicidaire.

De plus, les personnes âgées qui font une tentative de suicide sont le plus souvent seules du fait du veuvage et donc plus à risque d'échapper à la détection opportune et au secours que l'adulte jeune.

La dépression

Favorisent également le risque suicidaire : la dépression (parfois associée à des conduites addictives à l'alcool ou autres psychotropes) et le désespoir, le vécu d'isolement, ainsi que la mauvaise condition physique et la précarité financière.

Avec une fréquence plus élevée que chez l'adulte jeune (60 à 90 % des cas), la dépression majeure est le trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide abouti et aux tentatives de suicide des adultes les plus âgés. Elle constitue, d'autant plus si elle est sévère, le plus gros pourvoyeur d'idées suicidaires et de suicides aboutis.

Les situations de rupture (déménagement, deuil, entrée en établissement...) favorisent aussi le risque suicidaire [6].

Les éléments de vulnérabilité psychologique à la dépression

Chez les personnes âgées, la dynamique dépressive se joue sur plusieurs tableaux, dont :

- une propension personnelle à la dépression tout au long de la vie qui ne doit jamais être négligée, surtout s'il y a déjà eu des antécédents familiaux de suicide ;
- un sentiment d'inutilité, notamment chez les personnes qui, ayant essentiellement investi leurs rôles familiaux et professionnels, n'ont pas d'engagements communautaires (associatifs, militant, etc.). Car l'appartenance à un groupe que l'on investit et, surtout, où on a le sentiment d'être investi, constitue un renfort narcissique de l'identité ;
- un climat sociétal latent de stigmatisation, avec des propositions publiques du type : interdiction de conduire, retrait du droit de vote, etc. Des discriminations (âgisme rampant ou manifeste) qui peuvent même s'observer en famille avec un droit à la parole, certes, mais à condition d'être bref, sinon l'écoute risque de cesser.

Se suicider ou « glisser » jusqu'à la mort ?

Mireille, 80 ans : « Je comprends pourquoi il y a des vieux qui se suicident ! Rien n'est fait pour leur donner envie de vivre leur vieillesse. Vous savez, ils n'ont pas besoin de se tirer une balle dans la tête, de se noyer ou que sais-je encore ? Il suffit de ne plus manger, de ne plus faire attention à soi, de se laisser aller... et la mort viendra les cueillir rapidement », ce que nous décrit Mireille est bien connu des soignants sous le nom de « syndrome de glissement », même si ce syndrome est inconnu du DSM (Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux). En sociologie, on parlerait de « déprise ultime », processus qui n'est autre qu'un lâcher-prise général de l'individu âgé qui, à défaut de ne plus savoir vivre, préfère mourir pour ne plus souffrir d'une vie dont le sens a été perdu. Il s'agit donc d'une forme de suicide « passif ». Ainsi en est-il pour toutes ces personnes âgées qui se sentent « perdues », « ignorées », « délaissées », qui ont tendance à ne plus vouloir sortir, à ne plus prendre soin d'eux, à moins manger et qui, en définitive, se laissent mourir d'esseulement.

Évaluer la crise suicidaire

Le suicide est un phénomène complexe inscrit dans une temporalité parfois initiale et dramatique, celle du raptus suicidaire, ou, au contraire, dans une longue maturation accompagnée de ruminations anxiodépressives, et ne se limite pas à l'acte mortel. Il y a un avant et un après pour le sujet et ses proches. Il est en réalité composé des idéations suicidaires et des intentions suicidaires, ainsi que des comportements suicidaires indirects et des tentatives de suicide [6].

Mais au-delà de ces notions relativement bien définies, il est difficile, lorsque l'on souhaite décrire un processus suicidaire, de donner aux différentes étapes des frontières bien distinctes puisque chaque sujet va suivre un cheminement qui lui est propre et dont les expressions seront loin d'être standardisées.

En principe, donc, l'individu se trouve dans un état de relatif bien-être. Lorsqu'il est soumis à des événements stressants, les mécanismes d'adaptation acquis au fil du temps et des expériences lui permettent de maintenir un état d'équilibre et de ramener la situation « à la normale ».

Parfois, il est des situations où ces mécanismes d'adaptation ne sont pas suffisants ou plus assez développés et cette perte de capacité à faire face met l'individu en position de faiblesse, de tension interne telle qu'il se retrouve confronté à un ensemble d'émotions négatives.

À ce stade de la « crise psychique », la réalité s'altère et les problèmes semblent insurmontables.

L'individu peut alors glisser un peu plus dans la confusion émotionnelle et la désorganisation.

Les idéations suicidaires, en tant que projection du suicide comme une solution possible, peuvent à ce moment apparaître, puis devenir de réelles intentions suicidaires (l'individu suicidaire commençant alors à élaborer un plan pour mettre un terme à sa vie).

C'est souvent suite à un événement déclencheur (même parfois minime) que l'individu ne voit plus d'autre alternative que de passer à l'acte afin de mettre fin à une situation qu'il juge insupportable. Ces raptus suicidaires ne sont pas rares chez les sujets âgés, pouvant survenir chez des individus qui ne semblaient pas présenter de trouble mental caractérisé. Leur prévention peut s'avérer difficile.

La tentative de suicide amène soit à un comportement suicidaire aboutissant au décès, soit à un comportement suicidaire non fatal où le suicidant est alors accompagné et suivi.

Cette étape d'accompagnement et de suivi est particulièrement importante car avoir déjà tenté à ses jours est le facteur prédisposant le plus corrélé avec une nouvelle tentative de suicide.

Prévenir le passage à l'acte suicidaire est donc un travail au long cours, qui débute bien en amont du geste suicidaire lui-même.

C'est bien le repérage de ce cheminement qui conduit un individu d'un état de bien-être à la crise suicidaire avec l'abandon progressif des solutions actives pour sortir de l'impasse, jusqu'au scénario suicidaire qui s'imposera d'abord par flash, comme une évidence et un soulagement dans l'élaboration de celui-ci, poussant au passage à l'acte de la tentative de suicide, voire au suicide abouti.

C'est ce souci de l'autre, de la personne âgée vulnérable dans ses solitudes et ses douleurs, cette vigilance éthique qui doit mobiliser chacun et plus particulièrement nous, soignants.

Ce n'est qu'au prix de ce « concernement » que nos pouvoirs publics, les soignants, mais aussi le simple citoyen pourront lever le voile de ce tabou afin de mieux mettre en œuvre les actions de prévention et d'intervention possibles (Tableau 2).

Quelles préventions de l'individu aux politiques ?

L'analyse de la littérature révèle que l'on déploie deux types d'interventions pour réduire le taux de suicide des personnes âgées [7] :

Tableau 2 Savoir repérer la crise suicidaire : le réflexe RUD (risque, urgence, danger).

Risque
Risque faible : pense au suicide, pas de scénario précis
Risque moyen : scénario envisagé mais reporté
Risque élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir
Urgence
Existence d'idées suicidaires
Passage à l'acte planifié
Absence d'autre alternative
Dangerosité
Létalité des moyens de passage à l'acte
Accessibilité aisée à ces moyens

- celles visant à réduire les facteurs de risque : en améliorant le diagnostic et le traitement de la dépression et en luttant contre l'isolement des personnes ;
- celles visant à augmenter les facteurs protecteurs en favorisant « le Bien Vieillir », c'est-à-dire la qualité de vie.

Une nécessaire collaboration gériopsychiatrique

Dans différents territoires, de nombreux programmes de prévention du suicide ont été mis en place soit pour diminuer le risque de suicide, soit pour augmenter les facteurs de protection. Mais ces programmes sont insuffisamment répertoriés et diffusés. Leur contenu, l'organisation et les structures coordinatrices (psychiatrique ou gériatrique) sur lesquelles s'appuient ces dispositifs de prévention varient d'un territoire à l'autre. Par ailleurs, l'efficacité de ces programmes n'a pas encore été évaluée de façon scientifique. De plus, de nombreux territoires n'ont pas encore mis en œuvre de tels programmes (ou ne les ont pas fait connaître)[7].

L'efficacité du dispositif est proportionnelle au niveau de collaboration entre secteur psychiatrique et gériatologique. En effet, le secteur gériatologique est maintenant bien structuré tant dans le domaine sanitaire (filiales et réseaux gériatriques) que dans le domaine médicosocial : CLIC (centre local d'information et de coordination), CCAS (centre communal d'action sociale), MAIA (maison pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer)...

Le secteur psychiatrique est structuré depuis longtemps mais, comme le secteur gériatologique, a souvent rapporté ses difficultés (manque de moyens financiers et humains, mais aussi manque de formation aux spécificités des troubles mentaux de la personne âgée) à accompagner et suivre les personnes âgées souffrant d'affections mentales.

Alors que certains territoires ont fait des efforts méritoires pour mettre en place des collaborations entre le secteur gériatologique (sanitaire et médicosocial), le médecin généraliste, le secteur psychiatrique et les psychiatres libéraux, les liens restent encore insuffisants. Les clivages entre spécialités médicales, la primauté des modèles biomédicaux par rapport à des modèles basés

sur le handicap, le manque de fluidité entre le sanitaire et le médicosocial se heurtent à la complexité de la majorité des affections observées au cours du vieillissement.

Ainsi, des travaux de Preville [8] ont montré qu'environ la moitié des personnes âgées suicidées avait consulté leur médecin généraliste au cours des 7 jours précédant leur suicide. Les deux tiers des personnes âgées suicidées avaient consulté leur médecin généraliste durant le mois précédant leur geste suicidaire, et pour la moitié durant les dix derniers jours, surtout pour des symptômes relatifs aux troubles de l'humeur. La recherche de symptômes dépressifs et suicidaires en cas d'affection somatique sévère est essentielle. La formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat est une méthode essentielle et efficace dans la prévention du suicide.

Quelles sont les politiques publiques en termes de prévention du risque suicidaire ?

Bien que plusieurs plans nationaux de prévention du suicide aient été mis en place (2000–2005, 2005–2009, 2011–2014) [4,5], la place consacrée au suicide des personnes âgées est restée modeste.

Les contributions apportées par certains travaux (Comité Avancée en Âge) et la mise en place récente de nouveaux dispositifs voulus par madame Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, sont importantes :

- dispositif pour améliorer le circuit d'alerte des situations de maltraitance avec le déploiement du programme MONALISA (mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés) en mars 2013 ;
- le programme MOBIQUAL [9], en juillet 2013, de prévention de la dépression et du suicide du sujet âgé au domicile. Celui-ci encourage toutes les démarches visant à sensibiliser, former et outiller les acteurs de l'aide à domicile au repérage de la dépression, et d'inscrire leur intervention dans le cadre de coopérations structurées avec l'ensemble des professionnels du champ médicosocial et sanitaire pour améliorer collectivement l'efficacité de la prévention et tout faire pour éviter les passages à l'acte ;
- le lancement de l'Observatoire du suicide en septembre 2013.

Cette nouvelle volonté politique, portée par la ministre, permet d'espérer une amélioration concrète et efficace de la prévention du suicide des personnes âgées [7].

Au niveau local, l'exemple de l'hôpital Emile-Roux à Limeil Brevannes

Cette formation qui est dispensée depuis 4 ans est issue d'un travail pluridisciplinaire entre les cadres et les équipes médicales. La formation est adaptée et obligatoire (N° de formation, feuille d'émargement) pour tous les personnels (médicaux, non médicaux et administratifs), par groupes de 15 personnes. Elle est co-animée par une psychologue et une gériopsychiatre et dure 2 heures :

- une heure théorique avec le médecin psychiatre qui abordera : l'épidémiologie, les facteurs de risque, le repérage de la crise suicidaire, la dépression, ainsi que les prises en charge et l'alerte sur le logiciel de prescription informatisée ;
- une heure de cas cliniques avec la psychologue où sont repris tous les facteurs de risques, les mots, les attitudes, les signes tenus et révélateurs de risque de passage à l'acte suicidaire.

À l'issue de cette formation est remis une plaquette où sont synthétisés l'essentiel du repérage de la crise suicidaire et des protocoles de prise en charge.

Conclusion

Que nous disent ces personnes âgées qui choisissent de mourir sans bruit, dans l'indifférence sociétale trop préoccupée à porter des valeurs de jeunisme et d'autonomie ?

Que face à cette cécité empathique, elles préfèrent s'effacer, disparaître pour ne pas coûter, ne pas gêner, ne plus souffrir physiquement et psychologiquement.

Or, agir en amont est possible, endiguer et réduire ces drames quotidiens est possible et c'est bien l'affaire de tous. Pour cela, ne faut-il pas repenser les liens de solidarité qui nous unissent les uns aux autres, dans cette vigilance éthique [10] que la fragilité de l'autre, la personne âgée frêle et vulnérable nous impose.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Schmitt JC. Le suicide au moyen âge. AESC 1976;31:3–21.
- [2] Durkheim E. Le suicide (1897). Paris: PUF; 2002.
- [3] Camus A. Le mythe de Sisyphe. Paris: Folio; 2013.
- [4] Jalenques I. Le suicide du sujet âgé. AMP 2003;161: 826–7.
- [5] CépIdc. (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès), 2010. <http://www.cepidc.inserm.fr/>
- [6] Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD). Prévention du suicide chez les personnes âgées. Paris; 2013 [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions.081013.pdf].
- [7] Plan prévention du suicide 2011-2014 du 4/7/2013. Paris; 2014 [<http://www.sante.gouv.fr/programme-national-d-actions-contre-le-suicide-2011.html>].
- [8] Preville M. Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge? Sante Ment Que 2012;37:151–73.
- [9] MobiQual. Dépression/Prévention du suicide à domicile. Paris; 2013 [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Lancement_outil_MOBIQUAL_180713.pdf].
- [10] Pandelé S. Grande vulnérabilité : il faut regarder avec son corps. Inf Mag 2011;287:26–7.

Rapport, KOVESS-MASFETY Vivianne, BOISSON Marine, GODOT Clélia (et al.), **La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie**, Centre d'analyse stratégique, 2009-11, 252 p. (extrait)

Annexe 1

La dépression « au grand âge »

La dépression de la personne âgée est un véritable enjeu de santé publique, accru par l'augmentation de l'espérance de vie : la prévalence serait de 12 % à 15 % chez les plus de 85 ans en population générale et de 25 % à 40 % chez les personnes âgées hospitalisées et institutionnalisées. Cette dépression est souvent sous-diagnostiquée, sous-estimée et sous-traitée, les patients et leurs proches pouvant ne pas être conscients de la présence d'une dépression car ses symptômes sont souvent interprétés comme des stigmates normaux de l'avancée en âge (fatigue, tristesse, perte de mémoire...). Certes, les études épidémiologiques montrent majoritairement une diminution de la dépression avec l'âge. Cependant, ces taux relativement bas (en tristesse déclarée) peuvent s'expliquer par la difficulté des personnes âgées à admettre leur tristesse, ou encore à leur plus grande capacité à la relativiser. De plus, la détermination de la prévalence des troubles dépressifs est rendue difficile par la nécessité de différencier troubles et symptômes dépressifs.

Les études épidémiologiques de la dépression ont pu déterminer des facteurs de risque. L'âge ne constitue pas en soi un facteur de fragilité. Cependant, des facteurs psychosociaux (isolement social, réduction du réseau social, solitude, manque de relations privilégiées, manque d'estime de soi), des facteurs psychologiques/ biographiques (poids des événements de vie, perte des proches, perte d'autonomie, conséquences de la retraite, changement de domicile, pauvreté, problèmes financiers), et des facteurs biologiques (maladies somatiques, diminution des neurotransmetteurs au niveau du cerveau) liés au vieillissement ont été avancés.

Les conséquences de la dépression de la personne âgée sont lourdes, tant au plan relationnel entre les générations qu'au plan humain : repli sur soi, perte de la pratique des actes de la vie quotidienne, dépendance ajoutée, souffrance non exprimée qui peut déboucher sur des suicides, ce dont témoigne la grande fréquence du suicide des hommes âgés. En effet, en France, le taux de suicide chez les hommes de 84 ans et plus, est dix fois plus élevé que chez les 15/24 ans, indique une étude publiée par la Drees en 2006. Les statisticiens précisent que « chez les femmes, l'augmentation est plus modérée avec une stabilisation entre 35 et 84 ans, puis une légère hausse chez les plus âgées (21 pour 100 000 femmes de 85 ans ou plus) ». Il faut en outre noter que, pour les âges élevés, le décès des personnes consécutif à un « syndrome de glissement » n'est pas comptabilisé comme suicide.

Ce phénomène, qui risque de prendre de l'ampleur avec le vieillissement de notre population, reste pourtant très méconnu du grand public, voire tabou. « Si l'on parle davantage du suicide des adolescents, pour lesquels il s'agit effectivement d'une des principales causes de décès à un âge où l'on meurt peu de maladie, les personnes âgées sont donc, en proportion, nettement plus concernées par le suicide » souligne la Drees. Cependant, il faut noter que la dépression n'est pas la seule cause de suicide chez la personne âgée, d'autres facteurs pouvant intervenir, comme le refus de la perte d'autonomie, du handicap et le refus d'en faire porter les conséquences sur sa famille ou encore des situations d'extrême pauvreté.



Rapport, Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Recommandations, Fédération Française de Psychiatrie, 2009, 22 p. (extraits)

Question 1 : impact du suicide sur l'entourage ?

Introduction

La définition du suicide, se tuer soi-même, pour vérité première qu'elle paraisse, implique une multiplicité des points de vue et donc des interventions possibles, selon son appartenance professionnelle, philosophique et spirituelle...

Ce qui amène à se suicider répond, au-delà de l'évidence du geste, à des motivations conscientes et inconscientes, et se trouve indissociable de l'interpellation de l'autre.

Le suicide suscite un sentiment de violence, ne serait-ce que dans sa terminologie même : littéralement, « se tuer » (du latin *occidere* = tuer, et *sui*= soi).

Celui qui accomplit le meurtre de lui-même est l'acteur de sa mort, il est l'agent exécuteur de la fin de son existence, et entraîne des changements pour tous ceux qui restent.

Après un suicide, rien n'est fini... Tout commence...

L'impact du suicide sur l'entourage amène ainsi plusieurs niveaux de réflexion :

- la notion d'entourage est souvent ramenée à un contexte très serré et donc restrictif qu'il nous a paru important d'élargir aux entours impliqués à différents niveaux et à différents moments ;
- l'impact particulier du suicide doit être abordé sous l'angle du deuil, du risque de résonances sur les comportements collectifs.

Cette approche implique la prise en compte de 5 niveaux de proximité :

- affectif proche, sans nécessité de lien familial ;

- niveau collégial et amical ;
- témoins fortuits (personnes qui sont là par hasard) ;
- niveau interventionnel (pompier, police, samu, etc.) ;
- entourage sociétal.

Ces niveaux peuvent s'interpénétrer et/ou se superposer.

Les actions à développer doivent prendre en compte de façon impérative, voire spécifique, les populations concernées (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées).

Le deuil après suicide

Plus que tout autre, le deuil après suicide s'avère une épreuve difficile à traverser.

À la douleur de la perte s'ajoutent en effet l'oppression de sentiments extrêmes et le harcèlement de questions sans réponses.

À la tristesse engendrée par la perte, s'ajoutent également l'incompréhension, la honte, la culpabilité... générées par le geste suicidaire.

Ces différents sentiments se relaient pour déchirer le cœur tandis que les « Pourquoi ? », « Qu'aurais-je dû faire ? » et autres « Comment aie-je pu ne rien voir ? » torturent l'esprit.

Lorsque la personne disparue a volontairement arrêté sa vie et qu'elle s'est suicidée, les réactions de l'entourage sont bien différentes.

Le malaise et la gêne règnent ; ne sachant trop comment réagir, quoi dire, quoi faire, l'entourage évite le contact, abandonnant

ceux qui restent à leur douleur et à leurs interrogations.

Avec le suicide, viennent les tabous et leur cortège de honte, de rejet, de déni, et de culpabilité. La parenté se fait discrète, les amis et les proches se tiennent à distance. Leurs attitudes expriment le malaise, la gêne et parfois la réprobation.

Très souvent encore, la famille se retrouve isolée. C'est loin d'elle que les murmures au sujet de la tragédie se propagent. Blessée, peinée, seule, ressentant souvent l'opprobre voilé de l'entourage, la famille entame un pénible processus de deuil...

Pour les hommes, les femmes et les enfants confrontés à ce drame, il apparaît trop souvent difficile voire impossible de parler, communiquer, partager ce qu'ils vivent et ce qu'ils ressentent. La gêne de s'exposer, la crainte d'être incompris, la peur d'être jugé, les enferment dans le silence et l'isolement, compromettant ainsi leur indispensable travail de deuil.

Le suicide reste aujourd'hui encore un tabou particulièrement puissant. Difficile, en effet, pour une société d'accepter qu'un de ses membres la quitte en lui signifiant qu'il ne s'y sent pas bien... Cette réalité, entre négation et rejet, perturbe le processus de deuil à mener après un suicide, le rendant particulièrement complexe et difficile.

Tabou encore bien vivace, le suicide effraie et éloigne. Il peut être générateur de secrets délétères transmis sur plusieurs générations pouvant organiser de façon souterraine des pathologies ultérieures.

Si le suicide est avant tout un acte de violence contre soi-même, c'est aussi un acte de violence extrême contre l'autre ; ne fût-ce que parce qu'il utilise la mort comme argument décisif.

De ce fait, le suicide nous confronte abruptement à la mort ; à celle de l'autre mais aussi

à la nôtre. Il nous rappelle que la mort existe, que vouloir mourir existe. Il met ainsi en question les valeurs de la vie.

Si pour la personne suicidée, utiliser cet argument témoigne de sa détresse, il témoigne également de son désir de nous toucher au plus profond de nous-mêmes et de nos certitudes. Son acte ne violente pas qu'elle-même, mais aussi sa famille, ses amis, ses collègues, son entourage tout entier.

Une des premières conséquences du suicide sur l'entourage est donc qu'il génère chez l'autre un risque élevé de traumatisme du fait de cette violence subie de manière brutale.

Pour les personnes ayant assisté au suicide le risque est d'autant plus élevé qu'elles ont été confrontées à des images traumatiques de la scène.

Aspects du deuil

Le deuil (survenant après le décès d'un proche) désigne la souffrance psychique qu'engendre cette perte et le processus évolutif prolongé dans le temps qui fait suite à la disparition. Le deuil peut se dérouler :

- soit de façon « normale » en suivant les étapes d'un processus désormais bien identifié,
- soit avec difficulté mais avec finalement une bonne résolution,
- soit être émaillé de complications tant psychiques que somatiques,
- soit enfin devenir pathologique.

Le deuil normal s'articule en quatre phases :

- choc et sidération
- fuite et recherche
- déstructuration et vécu dépressif
- restructuration

Le processus du deuil normal démarre immédiatement après la connaissance du

décès et se déroule chronologiquement en plusieurs phases qui vont du choc affectif, à la prise de conscience de la perte et des réactions émotionnelles associées, puis à l'acceptation progressive de la disparition, et à la réduction de la douleur.

Le deuil difficile

Le deuil difficile est une catégorie à part qui reste dans l'axe du deuil normal. Dans le deuil difficile, c'est le vécu des différentes phases, où l'élaboration du travail de deuil s'avère délicate, dans le sens où il est plus douloureux et plus lent que dans un deuil normal. Néanmoins, en dépit de cela, on observe *in fine* un déroulement satisfaisant du processus de deuil.

Différents paramètres ou facteurs de risque de deuil difficile sont à souligner :

- la personnalité de la personne en deuil,
- la nature et le type de liens entre la personne en deuil et le défunt,
- la cause du décès,
- la qualité de l'environnement social et relationnel,
- l'existence de deuils multiples,
- la précarité socioprofessionnelle,
- le fait d'avoir à charge un proche très dépendant.

Le deuil compliqué

La notion de deuil compliqué recouvre une série de critères symptomatiques suffisamment sévères pour perturber le fonctionnement professionnel, affectif, relationnel de la personne en deuil, au-delà des délais « normaux » des différentes phases du processus de deuil.

Associés à des pensées envahissantes avec des souvenirs, des émotions intenses et un désarroi profond lié à l'absence, on retrouve des symptômes de détresse traumatique, dont sept symptômes sont caractéristiques des deuils « compliqués » :

persistance, au-delà de 6 mois après la perte, de :

- refus d'accepter le décès ;
- recherche active de la personne disparue ;
- langueur, désir ardent de l'autre ;
- préoccupations constantes au sujet de la personne disparue ;
- incapacité à croire vraiment à la disparition ;
- sentiment d'être toujours assommé, frappé de stupeur par le décès ;
- pleurs incoercibles.

Les complications somatiques du deuil peuvent entrer dans la catégorie des deuils compliqués. Elles s'inscrivent dans la logique du stress biologique chronique qu'induit le processus de deuil.

Le deuil différé renvoie à un temps de latence « asymptotique » entre le moment du décès et l'émergence des réactions de deuil, comme un décalage entre la réalité perçue (la personne sait que son proche est décédé) et l'expression émotionnelle : la personne en deuil fait comme si rien n'était survenu dans son existence.

Il y a persistance dans le temps du déni initial de la mort, et cela correspond à une incapacité, ou à un refus inconscient de reconnaître la réalité.

L'absence de dépression réactionnelle et le refus de la réalité deviennent rapidement intenable pour la personne en deuil et pour ses proches ; néanmoins, la dépression du deuil survient inévitablement mais à retardement. Un événement extérieur mineur suffit parfois à enclencher le processus.

Le deuil inhibé correspond à une absence des symptômes normaux du deuil dans un premier temps. Les perturbations affectives s'effacent au profit de nombreux troubles somatiques. Ce type de deuil est fréquent chez l'enfant et chez les personnes dont les capacités psychiques à s'exprimer sont faibles.

Le deuil chronique est le « deuil sans fin ». Il traduit une fixation morbide sur le souvenir du défunt, faisant obstacle au réajustement nécessaire de la personne en deuil, à une vie sans le défunt. Le deuil chronique se caractérise par une dépression chronique.

Néanmoins, il existe aussi des situations de deuil chronique qui font suite à des décès très traumatiques. L'intrication avec un syndrome de stress post-traumatique doit systématiquement être recherchée dans ce cas car la persistance de l'effet traumatique peut être déterminant dans l'installation du deuil chronique.

Le deuil pathologique

Plus rare que les complications du deuil abordées précédemment, le deuil pathologique correspond à une situation de deuil qui se manifeste par un ou des troubles psychiatriques chez un individu éventuellement indemne d'antécédents psychiatriques.

Particularités des deuils après suicide

Le deuil après suicide a des particularités, mais pas de singularités, c'est-à-dire qu'il ne comporte pas d'éléments qu'on ne retrouverait pas dans d'autres types de deuils (après d'autres types de décès).

Les circonstances spécifiques du suicide amènent régulièrement à constater l'apparition d'un syndrome de stress traumatique qui est un processus différent du processus du deuil, dont il peut parasiter et freiner le déroulement. Il doit être diagnostiqué précocement afin de mettre en oeuvre un traitement adapté.

L'impact intérieur du deuil après suicide produit systématiquement le sentiment de culpabilité et ses conséquences :

- la quête du pourquoi,
- la tendance au retrait social et à l'isolement,
- l'émergence de « punitions » pour expier ce qui est perçu comme une « faute ».

Le vécu dépressif « normal » (il s'agit de la terminologie habituelle, sans référence à une notion de normalité) du deuil a tendance à se compliquer à la suite d'un suicide avec :

- une baisse de l'estime de soi,
- un sentiment de rejet et d'abandon,
- une perte de repères et de sens,
- une augmentation de la fréquence et de l'intensité des comportements à risque,
- une augmentation non négligeable du risque suicidaire.

Les deuils consécutifs à un suicide sont particulièrement déchirants. Ils ne peuvent être vécus que lentement et progressivement.

Recommandation

Le deuil après suicide est un processus humain normal dont la résolution va s'appuyer sur le réseau relationnel, le soutien social.

Cependant les deuils compliqués et pathologiques doivent être diagnostiqués et relèvent d'interventions de professionnels de santé.

Cette recommandation implique la formation des aidants et des professionnels de santé dans ce registre, et ceci constitue une nécessité.

Propagation de l'onde de choc du suicide :

Dans la famille

Il existe un certain nombre d'hypothèses sur les conséquences à long terme sur l'entourage :

- augmentation du risque suicidaire sur plusieurs générations,
- augmentation de la morbidité psychiatrique...

À partir de l'expérience des associations, notamment celles regroupées à l'UNPS (Union Nationale pour la Prévention du Suicide), des informations sont rassemblées et permettent de cerner les difficultés rencontrées par l'entourage des personnes suicidées.

Les travaux rapportés dans la Commission Le Breton (2009), initiés par le ministère de la Santé, notent les conséquences pour les proches, défavorables et sous-estimées. En particulier, les petits-enfants pourraient subir de façon très douloureuse le décès par

suicide de leurs grands-parents ; le suicide passé d'un grand-parent est susceptible de créer un modèle pour un adolescent à risque suicidaire, et de favoriser un passage à l'acte.

On manque d'études à très long terme sur les conséquences trans-générationnelles du suicide ; cependant différents auteurs analysent l'influence des antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale.

Les antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide accentuent le risque de suicide de l'adolescent, il est multiplié par 5 en cas de décès de la mère, et par 2 en cas de décès du père.

Les facteurs environnementaux associés au suicide sont :

- la dépression ;
- l'isolement ;
- la précarité ;
- les violences ;
- les addictions.

La littérature nous invite à ne pas sous-estimer les possibles effets transgénérationnels et les résonances sur l'environnement.

Suggestions

Nous suggérons, au nom du principe de précaution*, une attention toute particulière sur les facteurs qui vont influencer, positivement et négativement, sur le déroulement du deuil et les capacités de résolution et d'ajustement du sujet :

- les stratégies de soutien qu'il met en place pour faire face au stress ;
- la possibilité du sujet de prendre appui sur un réseau de soutien social ;
- le nombre de pertes et d'événements stressants accumulés dans la période d'ajustement du deuil.

* Principe de précaution : le principe de précaution est d'un usage récent et a encore peu de place en psychiatrie. Il s'agit de prendre des mesures collectives pour éviter un risque dont la survenue n'est pas certaine, mais qu'un faisceau de présomptions scientifiques peut faire craindre. Ce principe introduit donc l'idée d'un risque supposé, ce qui n'a rien à voir avec un risque certain, même à occurrence minime. Le choix de l'application du principe de précaution introduit donc, à côté des expertises scientifiques, une dimension subjective. Il tient compte aussi de l'humeur de l'opinion publique, choquée par des scandales ou des dérapages (sang contaminé, organismes génétiquement modifiés). Pourtant il s'attache surtout à des faits matériels : suppression de médicaments, élimination de certains produits toxiques, action sur l'environnement.

Dans les institutions

D'autres études recensées dans le cadre de la Commission Le Breton montrent les impacts du suicide sur les milieux professionnels, les entreprises, publiques ou privées, PME et TPE.

À partir des travaux de cette commission, une approche en termes de santé publique concerne directement les institutions, considérées comme des milieux de vie collective, en distinguant :

- les institutions dont la mission est, en premier lieu, la prise en charge des populations fragilisées (hôpital, maison de retraite, etc.) et aussi de protéger du suicide ;

- les institutions dont la mission est autre mais où le risque de suicide est élevé (prison, foyer d'hébergement, structure intermédiaire, etc.) ;
- les institutions qui veulent protéger leurs professionnels (police, armée, prison, pompiers, etc.).

Certaines institutions tentent de conduire des actions de façon concomitante (Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, cellules de crise, Médecine du travail, Médecine scolaire, etc.).

Le lien social constitue de façon constante un facteur de protection contre les péripéties du devenir du deuil après suicide.

Recommandations

Améliorer le niveau de connaissance qualitative et quantitative relatif aux risques suicidaires.

Intégrer la thématique « prévention du suicide » dans la politique globale de l'institution, ce qui est une recommandation en cohérence avec les orientations de l'OMS.

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

Impliquer les assurances et les mutuelles.

Favoriser 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...) ;
- au niveau d'un territoire de santé : conventions entre institutions sur les thèmes d'information, de formation et d'organisation de suivi ;
- au sein des Agences régionales de santé, le suicide serait un axe prioritaire à aborder en termes de santé publique.

Impact sur l'entourage social

Malgré l'évolution des mentalités et la diffusion de l'information sur le suicide et sa

prévention, la stigmatisation, pour ceux qui restent, constitue un facteur de risque de retrait social.

Cette stigmatisation sociale vient redoubler la culpabilité personnelle.

Les mécanismes de stigmatisation peuvent entraîner une atteinte de l'identité personnelle et de l'identité sociale, et même, à l'extrême, une dé-liaison, c'est-à-dire une rupture des liens sociaux les plus fondamentaux.

Cette situation handicape les endeuillés après suicide dans leurs capacités à percevoir et à utiliser les réseaux d'aide existants.

La honte semble être « une expression centrale et particulière du deuil après suicide ». Il s'agit d'un sentiment lié à l'attaque de l'estime de soi, et une problématique relationnelle, car apparaissant sous le regard des autres. Ce sentiment de honte serait plus intense chez les endeuillés par suicide que dans les autres groupes étudiés (accident, mort naturelle attendue, mort naturelle non anticipée), et participe à la culture du secret.

Enfin, la honte participe à l'isolement social des endeuillés par suicide et explique pourquoi ils se plaignent parfois d'un manque de soutien, alors que ce soutien existe, même s'il n'est pas toujours connu ou accessible.

Le deuil après suicide modifie les relations que nous avons avec les autres, dans l'immédiat mais aussi sur le long terme.

Dans les jours qui suivent le décès, les capacités professionnelles et/ou scolaires sont perturbées.

Ainsi, 30 % des personnes ayant perdu un proche par suicide disent consacrer moins de temps aux loisirs qu'elles pratiquaient auparavant.

Plus de 60 % de ces personnes ont désinvesti la sphère du travail et témoignent de leur perte d'intérêt pour le travail ou l'école.

De plus, un proche sur trois a vécu des difficultés sur son lieu de travail, ou a rencontré des problèmes scolaires.

En moyenne, deux proches sur cinq disent rencontrer des problèmes de santé allant des troubles du sommeil aux problèmes de poids et/ou d'appétit, en passant par toutes sortes de plaintes psychosomatiques.

S'y ajoutent des problèmes familiaux, administratifs (procédures à suivre pour les impôts, demande de pension de veuf(ve), allocations familiales...), financiers (comptes bloqués, perte de revenus, frais de succession, etc.).

Mais au-delà de ces manifestations qui surviennent dès les premières heures et qui perdurent durant plusieurs semaines, le suicide modifie en profondeur notre relation au monde. Le suicide est avant tout un problème humain, un acte extrême, dont la violence et le désespoir dérangeant, interpellent, questionnent. La mise en cause est radicale et d'autant plus brutale qu'elle fracasse une de nos valeurs essentielles : le caractère « sacré » de la vie.

Certains facteurs peuvent jouer un rôle protecteur pour le sujet endeuillé.

Il s'agit du soutien de l'entourage, qui fait parfois office de « tiers tampon », filtrant, s'occupant des besoins matérielles, et créant ainsi une zone de répit et de récupération.

Recommandations

Pour lutter contre la stigmatisation sociale liée à la mort par suicide, il nous paraît important de valoriser toutes les initiatives sociales, associatives, administratives, judiciaires, hospitalières etc., qui ont pour but de soutenir de façon concrète l'endeuillé dans ses différentes démarches.

Ceci est de nature à favoriser la restauration du lien social.

Exemples d'actions*

Article, DU ROSCOAT Enguerrand, BECK François, Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature, Santé de l'homme, n° 422, 2012-11, pp. 4-6	63
"Semailles d'Automne" (sensibilisation et prévention du risque suicidaire en milieu rural)	66
"Autrement Dit" - Vieillir en bonne santé : promotion de la santé mentale et prévention du suicide des personnes âgées	68
Groupes familles endeuillées par suicide	70
Mobilisation des EHPAD autour de la question de la prévention du suicide	72
Prévention du suicide des personnes âgées vivant à domicile avec les professionnels...	74
Mobilisation Vauclusienne pour la prévention du suicide	77

* Les fiches actions sont extraites d'OSCARS - Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé - <http://www.oscarsante.org/>

Article, DU ROSCOAT Enguerrand, BECK François, **Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature**, Santé de l'homme, n° 422, 2012-11, pp. 4-6

Étude

Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature

Dans quelle mesure les interventions en matière de prévention du suicide sont-elles efficaces ? La revue de littérature réalisée à partir des actions évaluées au niveau international vient préciser les différentes pistes d'intervention envisageables. L'analyse proposée ici permet de mettre en lumière les éléments utiles à la réflexion ainsi qu'à l'élaboration d'actions.

La France se classe parmi les pays occidentaux à forte mortalité par suicide. Le suicide y représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, juste après les accidents de la route, et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. Bien que les chiffres de mortalité publiés par l'Inserm enregistrent une tendance constante à la baisse depuis la fin des années 1980, des données récentes relatives aux tentatives de suicide (TS) suggèrent une tendance à la hausse entre 2005 et 2010 (1). Celle-ci coïncide d'ailleurs avec une augmentation de la mortalité par suicide observée dans d'autres pays européens, en lien notamment avec la crise économique de 2008. Dans ce contexte, la prévention du suicide fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics¹ et d'une réflexion sur les modalités d'action à mettre en œuvre.

Analyse et classification des interventions

Afin d'outiller cette réflexion et de proposer quelques lignes directrices pour l'action, nous avons conduit une revue de littérature dont nous présentons ici les principaux éléments et résultats. Ce travail s'appuie principalement sur l'exploitation et l'actualisation de la base bibliographique (sans doute la plus exhaustive dans ce champ) d'une revue systématique de la littérature publiée en 2008 par Leitner, Barr et Hobby (2).

Quarante-deux études d'évaluation présentant des résultats sur au moins l'un des trois indicateurs suivants : les suicides, les tentatives de suicide et les pensées suicidaires (PS) ont été analy-

sées. Pour faciliter le travail d'analyse, les articles ont été regroupés selon une classification en sept catégories d'intervention :

- la restriction des moyens létaux (armes à feu, médicaments, etc.) ;
- le maintien d'un contact (avec les personnes à risque suicidaire) ;
- les lignes d'appel ;
- l'information des médecins généralistes ;
- les programmes en milieu scolaire ;
- l'organisation des soins ;
- les campagnes d'information du public.

La restriction des moyens létaux

Les sept études qui analysent cette thématique rapportent toutes l'impact positif de la restriction des moyens létaux. Selon les besoins et les possibilités d'action, la réduction de l'accès aux moyens létaux peut être implantée aussi bien à un niveau national, par la mise en application de lois et réglementations (limitation des armes à feu, du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville ou les carburants, de la dose de paracétamol dans les paquets en vente libre), que local (sécurisation des lieux à risques et de leur environnement, prisons, hôpitaux psychiatriques, etc.). Une troisième voie est parfois évoquée : la mise en place de stratégies au niveau individuel, c'est-à-dire dans l'environnement de la personne à risque, notamment pour limiter les possibilités de récurrence.

Le maintien d'un contact avec les patients à risque de récurrence

Parmi les cinq études considérées dans cette section, trois ont montré l'ef-

ficacité de ce type d'intervention. Ainsi, pour être influent, le maintien du contact avec le patient doit être actif et non laissé à la seule initiative du patient, régulier (entre quatre et huit contacts par an), s'inscrire dans la durée (entre un et cinq ans) et comporter une dimension personnelle et relationnelle.

À titre d'illustration, une étude a évalué l'impact d'un programme conduit dans cinq pays (Brésil, Inde, Sri Lanka, Iran, Chine) destiné à organiser le maintien d'un contact à la sortie de l'hôpital avec des patients ayant effectué une tentative de suicide. Neuf contacts (téléphoniques ou sous forme de visites à domicile) étaient réalisés à une, deux, quatre, sept et onze semaines puis à quatre, six, douze et dix-huit mois d'intervalle. Significativement, dans le groupe de patients ayant bénéficié de ce programme, moins de suicides ont été rapportés. Des programmes similaires intégrant notamment l'envoi de cartes postales² ont également obtenu des effets positifs.

Les lignes et centres d'appel

Sur les six études consacrées à l'évaluation des lignes et centres d'appel, cinq ont montré un impact positif : quatre sur les taux de suicides accomplis et une sur les pensées suicidaires (NDLR : lire aussi les articles sur les services d'écoute téléphonique dans le dossier central de ce numéro).

Plusieurs pistes de prévention sont à considérer : d'une part, la facilitation de l'accès aux lignes d'appel dans les lieux à risque de suicide, d'autre part, le développement d'un service actif de suivi des personnes (« appels sortants »),

Étude

soit dans une démarche de prévention (personnes suicidaires, à l'image de ce qui a été développé dans la section précédente), soit dans une démarche de promotion en direction de personnes isolées et vulnérables telles que les personnes âgées. Enfin, si les lignes d'appel ont une fonction préventive, il semble d'autant plus intéressant de réfléchir à la définition de protocoles d'écoute à adapter en fonction des caractéristiques et des situations d'appel.

La formation des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont le potentiel pour constituer un relais essentiel dans la prévention du suicide. À titre de référence, il a été estimé dans une étude danoise que 64 % des suicidés avaient rencontré leur médecin le mois précédent le suicide et 92 % l'année précédente.

Sur les quatre études relevant de cette catégorie d'intervention, la moitié a montré une efficacité sur des indicateurs de suicide. Au regard des interventions évaluées, il semble nécessaire, pour avoir un impact significatif sur les taux de suicide, que la formation des médecins généralistes soit ciblée sur une pathologie spécifique (ex : troubles dépressifs), continue ou bien régulière au cours des années, et dispensée très largement.

L'intervention en milieu scolaire

Parmi les sept interventions analysées dans cette section, trois portent sur la population générale des élèves, dont une a montré une efficacité sur les tentatives de suicide, et quatre ciblent des élèves à risque suicidaire, dont deux ont obtenu un impact positif sur les pensées suicidaires.

L'évaluation des interventions ciblées sur les élèves à risque en milieu scolaire montre que la formation d'adultes peut être bénéfique mais également suffisante, dans le sens où les programmes de soutien par les pairs ne semblent pas apporter de valeur ajoutée. Le risque de stigmatisation et de dévoilement d'une souffrance dans un environnement qui n'est pas toujours sécurisant (l'école) et le risque d'accroître le sentiment de culpabilité des adolescents confrontés à la tentative de suicide d'un pair plaident d'ailleurs pour une utilisation prudente des programmes s'appuyant sur les pairs. La seule intervention (programme SOS, « *signs of suicide* ») fondée sur

l'éducation et l'information des pairs ayant démontré une efficacité s'inscrivait dans le cadre d'un cours didactique (connaissances sur la dépression, le suicide, les outils de repérage et les solutions) organisé sur deux jours et dispensé à l'ensemble des lycéens. Le matériel du programme était composé d'un guide, d'un support vidéo et d'une échelle auto-diagnostique des troubles dépressifs. Le message pédagogique insistait sur l'importance de « reconnaître, soutenir et dire ».

L'organisation de la prise en charge

Sur les douze études considérées pour cette catégorie d'intervention, seulement cinq présentent des preuves solides d'efficacité. Les interventions ayant obtenu des résultats sont celles qui organisent l'effectivité du recours aux soins soit directement dans la structure d'accueil, soit à l'extérieur. Une étude danoise, publiée en 2005, a par exemple montré l'efficacité d'un accueil dans un centre spécialisé (six lits) avec suivi d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pendant deux semaines en comparaison à la prise en charge habituelle sur le taux de récurrence des tentatives de suicide. Une étude britannique de 2004 a constaté que le simple fait d'être adressé à un spécialiste à la sortie des urgences de l'hôpital diminuait le taux de récurrence. *A contrario*, le suivi social des personnes ayant effectué une tentative de suicide s'appuyant sur des réseaux sentinelles n'a,

semble-t-il, montré que peu d'efficacité. La seule intervention, en l'occurrence australienne, ayant montré un impact positif s'appuyait sur un dispositif individualisé (mise à disposition d'un intervenant personnel), proactif (supervisant l'ensemble des démarches), avec un suivi intensif du patient pendant les six premières semaines après la sortie de l'hôpital.

L'information du public

Sur les trois études disponibles, deux ont montré un impact positif sur la réduction des suicides.

L'une était un programme de prévention des troubles dépressifs conduit dans la ville de Nuremberg. L'intervention comprenait trois volets :

- une campagne de communication (site Internet, affiche, brochure, etc.) à destination du grand public ;
- l'information et la formation des professionnels (médecins généralistes, prêtres, policiers, enseignants et journalistes) ;
- le soutien des patients et de leurs familles.

La seconde étude aux conséquences positives était un programme d'information, de repérage et de prise en charge de la dépression des personnes âgées, implanté par les autorités et services locaux dans certaines campagnes japonaises.

Dans ces deux études, l'information du public était réalisée au niveau local et jumelée à une proposition directe de prise en charge et d'offre de soins.

Étude

Pistes de réflexion sur l'efficacité des interventions

Considérant les études les plus rigoureuses d'un point de vue méthodologique, M. Leitner *et al.* (2) présentent trois catégories d'interventions efficaces : la restriction de l'accès aux moyens létaux, le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une tentative de suicide, et la mise en place de centres d'appel et d'urgence.

La restriction de l'accès aux moyens létaux est également citée par C. M. Van der Feltz-Cornelis *et al.*, dans une revue de revues systématiques publiée en 2011 comme l'une des trois meilleures pratiques de prévention du suicide (3).

En phase avec les conclusions de M. Leitner *et al.*, D. Lizardi et B. Stanley (4) insistent également sur l'importance de maintenir un contact substantiel (téléphone, visite à domicile, lettres) avec les patients sortis de l'hôpital. Selon notre analyse, les modalités d'intervention les plus efficaces impliquent un nombre important de contacts sur une période relativement longue. Ces contacts doivent être à l'initiative des soignants et avoir une dimension relationnelle et personnelle.

Concernant les lignes d'appel, les éléments issus de notre analyse vont dans le sens d'un impact positif sur la réduction des taux de suicide. Toutefois, la recherche demeure extrêmement limitée autour de ces pratiques ; elle devrait être développée dans un objectif de mutualisation et de formation, et la question des appels sortants pourrait être considérée au regard des effets bénéfiques observés dans les interventions consistant à maintenir un contact (NDLR : lire à ce propos les articles sur la formation des écouteurs et l'évaluation des services d'écoute téléphonique, dans le dossier central de ce numéro).

Concernant la réorganisation des soins, deux revues récentes insistent sur l'importance de la transition entre le service des urgences et le système de soins à l'extérieur de l'hôpital, ainsi que sur l'accessibilité aux soins pour les personnes à risque (3, 4). Il semble en effet que les interventions les plus efficaces sont celles qui assurent la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital, ou qui engagent une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier. Il convient cependant de considérer avec attention des initiatives aussi simples et peu coûteuses

que le fait d'être orienté vers un spécialiste (NDLR : psychiatre, psychologue) après la sortie des urgences hospitalières suite à une tentative de suicide.

En ce qui concerne les programmes de prévention en milieu scolaire, une revue récente de la littérature conclut qu'il existe des preuves d'efficacité sur les connaissances, attitudes et comportements de recherche d'aide. En revanche, il n'est pas établi que ces programmes aient un impact sur les taux de suicide ou de tentative de suicide (5).

Enfin, nos données d'évaluation des campagnes d'information du grand public montrent des effets positifs dans la mesure où celles-ci visent les facteurs de risque du suicide (tels que la dépression) et non directement la prévention du suicide, et à condition qu'elles soient directement associées à une offre de prise en charge. Les exemples les plus probants que nous avons pu analyser ont été conduits à un niveau local. Plusieurs études soulignent que seuls les programmes à long terme réussissant à constituer un réseau impliquant divers acteurs locaux aux différents niveaux du processus de prévention pourraient contribuer à réduire les taux de suicide.

En conclusion, il existe de nombreuses pistes d'intervention possibles. La grande majorité s'articule autour de la prise en charge de la souffrance psychologique et propose des axes d'intervention

relativement classiques (formation des professionnels de santé, accessibilité aux soins, rôle des lignes d'appel) susceptibles toutefois d'être améliorés. D'autres pistes plus originales et relativement peu coûteuses, comme la mise en place d'une correspondance après la sortie de l'hôpital avec les personnes ayant effectué une tentative de suicide, semblent également intéressantes à envisager. Enfin, des initiatives relevant de la promotion de la santé, c'est-à-dire en amont de l'apparition des états de souffrance psychique, méritent aussi qu'on y prête attention. On peut notamment penser à la mise en place de plateformes de services innovantes intégrant des services médico-sociaux et des services de proximité, notamment pour les personnes âgées isolées (6).

Enguerrand du Roscoët

Chargé d'études et de recherche,

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques, Inpes.

1. Cette recherche a été conduite dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 rendu public début septembre 2011.

2. À titre d'exemple, le contenu des cartes postales était le suivant : « Cher... : Cela fait un certain temps que vous êtes dans notre service à l'hôpital et nous espérons que les choses vont bien pour vous. Si vous souhaitez nous laisser un mot, nous serions très heureux d'avoir de vos nouvelles. »

Références bibliographiques

- (1) Beck F., Guignard R., du Roscoët E., Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n° 47-48 : p. 488-492. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf
- (2) Leitner M., Barr W., Hobby L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review. Edinburgh: Scottish government social research, 2008 : 78 p. En ligne : www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/209331/0055420.pdf
- (3) Van der Feltz-Cornelis C.M., Sarchiapone M., Postuvan V., Volker D., Roskar S., Grun A.T., et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2011, vol. 32, n° 6 : p. 319-333. En ligne : psyccontent.metapress.com/content/1727415132845581/fulltext.pdf
- (4) Lizardi D., Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 2010, vol. 61, n° 12 : p. 1183-1191. En ligne : ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3920/10ps1183.pdf
- (5) Cusimano M.D., Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention*, 2011, vol. 17, n° 1 : p. 43-49. En ligne : <http://injuryprevention.bmj.com/content/17/1/43.full.pdf+html>
- (6) De Leo D., Carollo G., Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *The American Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 152, n° 4 : p. 632-634.

"Semaines d'Automne" (sensibilisation et prévention du risque suicidaire en milieu rural)

Titre	"Semaines d'Automne" (sensibilisation et prévention du risque suicidaire en milieu rural)
Année	2012
Porteur de l'action	Collectif pour la prévention du mal-être et du suicide en Mayenne Type : Association Président : Marie-Claude FINOT CNAM/IDELIS, 23 rue de Clermont, 53000 LAVAL Téléphone : 06 88 73 94 71 Email : cops53@emailasso.net
Action reconduite	non
Thème(s)	Santé mentale
Coût	20 769 €
Financier(s)	ARS : 11 600 € Collectivités territoriales : 1 923 €
Programme(s)	Programme 01 : Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles
Contexte	Le département de la Mayenne est touché par une mortalité par suicide élevée : 3 fois le nombre de décès par accident de la route (76 suicides en 2009). Le milieu rural est particulièrement concerné, on y observe des facteurs de risques comme la solitude (célibat...), les difficultés financières... qui peuvent aller jusqu'à l'isolement, la déconsidération et l'exclusion.
Objectif(s) de l'action	- Sensibiliser les acteurs du monde rural au risque suicidaire à travers la présentation d'une pièce de théâtre construite à partir de récit de vie - Engager un débat et une dynamique de réseau sur les 4 sites bénéficiaires
Description	Quatre soirées théâtre-débat "Semaines d'Automne" - le 22 novembre 2012 à Evron - le 23 novembre 2012 à Cossé le Vivien - le 24 novembre 2012 à Mayenne - le 25 novembre 2012 à Laval La Compagnie des Oliviers, avec des acteurs professionnels, est allée à la rencontre des agriculteurs en grande difficulté et souvent très isolés pour recueillir leur parole, comprendre leurs attentes, leurs soucis et leurs peurs afin de réussir à créer une pièce de théâtre "Semaines d'Automne", non seulement réaliste mais surtout produite à partir de récits de vie. Des supports vidéo ont été intégrés dans la pièce. Un débat a clôturé chaque représentation.
Année de départ	2012
Année de fin	2012
Fréquence	Répétitive
Public(s)	Tout public

Nombre de personnes concernées	540
Type(s) d'action	Communication, information, sensibilisation
Partenaire(s) d'action	Solidarité Paysans ; IREPS Pôle Mayenne ; Lycée Léonard de Vinci
Outil(s) et support(s) utilisé(s)	Plaquette distribuée au public pour information sur les différentes structures et personnes pouvant être relais de prévention du mal-être et du suicide
Outil(s) et support(s) créé(s)	Semailles d'Automne Affiche COPS 53 et Solidarité Paysans, 2012 A la rencontre du monde rural "En compagnie des oliviers" Affiche ; Plaquette de présentation
Communication et valorisation de l'action	- Conférence de presse - Presse (Ouest France, Courrier de la Mayenne, Haut Anjou, campagne mayennaise, Avenir Agricole, Paroles et Gestes (diocèse), journaux des communautés de communes, Laval Agglo, Bouger en Mayenne - Conseil Général, CPAM (sites internet) - Radio (L'Autre Radio, France Bleue Mayenne, Radio Fidélité)
Evaluation de l'action	* Indicateurs quantitatifs - 11 réunions du comité de pilotage de 3h en moyenne - 4 représentations - 540 participants (135 à chaque représentation) - Thèmes abordés : santé, vie de couple en souffrance, isolement, surcharge de travail, difficultés financières pouvant engendrer du mal-être allant jusqu'au suicide, solitude * Indicateurs qualitatifs - Prestation théâtrale de qualité (sujet traité avec humour, émotions) - Participation du public : richesse des échanges lors du débat et échos suite aux représentations - Mobilisation importante des bénévoles du comité de pilotage hors temps de réunion - Vrai travail de partenariat dans le respect des différences : des mises au point ou des demandes d'explication ou de clarification ont permis d'exprimer des points de vue différents et d'opter pour des positionnements communs
Secteur d'activité	Autre
Niveau géographique	Départemental, Territorial
Commune(s) de proximité	COSSE-LE-VIVIEN, EVRON, LAVAL, MAYENNE
Territoire(s) de proximité	Centre Mayenne, Nord Mayenne, Sud Mayenne
Département(s)	MAYENNE
Lieu(x) d'intervention	- Evron (pôle culturel des Coëvrons Auditorium) - Salle St Exupéry de Cossé le Vivien - Théâtre municipal de Mayenne - Amphithéâtre du lycée agricole de Laval

"Autrement Dit" - Vieillir en bonne santé : promotion de la santé mentale et prévention du suicide des personnes âgées

Titre	"Autrement Dit" - Vieillir en bonne santé : promotion de la santé mentale et prévention du suicide des personnes âgées
Année	2013
Porteur de l'action	Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires des Pays de la Loire Type : Association Président : Mme Dominique CAILLON 2 impasse de l'Espéranto, 44800 SAINT-HERBLAIN Téléphone : 02 40 41 38 53
Action reconduite	non
Thème(s)	Santé mentale, Vieillesse
Coût	61 559 €
Financier(s)	ARS : 15 000 € Assurance Maladie Régime général : CARSAT : 800 € Régime agricole : MSA Loire Atlantique-Vendée : 45 759 €
Programme(s)	Programme 01 : Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles
Contexte	En France, les études statistiques comptabilisent autour de 3 500 décès par suicide par an de personnes de plus de 65 ans. On observe une augmentation du taux de suicide avec l'âge, 6 fois supérieur au taux de suicide des adolescents. Plus particulièrement, les hommes de plus de 95 ans : ils se suicident 10 fois plus. Le projet "Autrement Dit" intervient en amont de cette problématique.
Objectif(s) de l'action	Evaluation externe d'un outil visant à : 1/ Permettre aux personnes âgées de pouvoir exprimer leurs difficultés, prendre conscience de leurs ressources et mieux connaître le réseau d'aide existant 2/ Sensibiliser les professionnels et bénévoles au repérage du mal-être et de la crise suicidaire
Description	Evaluation de la faisabilité, l'acceptabilité et la transférabilité du projet "Autrement Dit" basé sur : 1/ L'animation d'ateliers "Autrement Dit" : espace d'échange animé par un animateur sensibilisé, préalablement à l'utilisation du support : - un jeu de cartes (cartes Problèmes / cartes ressources) - des documents annexes : annuaire des ressources (réseau d'aide par département), glossaire (missions des structures citées dans les cartes ressources), guide l'animateur (recommandations pour l'animation de l'atelier) 2/ La sensibilisation des animateurs au risque suicidaire et à l'utilisation de l'outil : - repères théoriques sur les signes de mal-être, les facteurs de vulnérabilité et de protection ainsi que des connaissances nécessaires au repérage de personnes en crise suicidaire - échanges sur l'outil "Autrement Dit" pour mettre en œuvre les ateliers

Année de départ	2013
Année de fin	2014
Fréquence	Répétitive
Public(s)	Professionnels ou bénévoles, en contact avec des personnes de plus de 60 ans
Nombre de personnes concernées	45
Type(s) d'action	Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation
Partenaire(s) d'action	CHS Georges Daumezon de Bouguenais, association Recherche et Rencontres, entreprise Ere de Jeux
Outil(s) et support(s) créé(s)	AUTREMENT DIT Jeu MSA Loire Atlantique-Vendée, avec le concours de l'entreprise Ere de Jeux, 2013 Jeu avec des cartes problèmes (sentiment d'inutilité, perte du conjoint, mésentente avec les proches, etc.) et des cartes ressources personnelles (prendre du temps pour soi, s'entourer, etc.) ou locales (réseaux d'écoute téléphonique, centres médico-psychologiques, associations de loisirs, etc.)
Evaluation de l'action	- 45 professionnels ont été sensibilisés représentant 15 structures - 4 séances de sensibilisation ont eu lieu les 26 septembre et 10 octobre 2013 en Loire Atlantique et les 1er octobre et 5 novembre 2013 en Vendée - L'évaluation du programme a porté sur 100 personnes entre novembre 2013 et avril 2014 - Les ateliers ont été réalisés (100 ateliers menés) - Une évaluation externe a été réalisée
Secteur d'activité	Autre
Niveau géographique	Départemental
Territoire(s) de proximité	Aizenay-Le Poiré, Ancenis, Challans Beauvoir Monts, Châteaubriant-Derval-Nozay, Divatte Sèvre Clisson, Guérande Presqu'île, La Roche sur Yon, Littoral 85 St Gilles Olonne, Machecoul Grandlieu Legé, Montaigu, Nantes métropole, Nord Ouest Nantes, Pouzauges Mortagne Herbiers, Redon-Pontchâteau-St Gildas, Saint-Nazaire Estuaire, Sud Vendée Fontenay, Sud Vendée Luçon
Département(s)	LOIRE-ATLANTIQUE, VENDEE
Lieu(x) d'intervention	Loire-Atlantique et Vendée
Catégorisation	A1, A2, A3, B1, B2, B4, C3

Groupes familles endeuillées par suicide

Titre	Groupes familles endeuillées par suicide
Année	2014
Porteur de l'action	Recherche et Rencontres Type : Association Président : Mme Colette OLIVAUX Directeur : Mme Martine METIVIER 23 rue Adolphe Moitié, 44000 NANTES Téléphone : 02 40 08 08 10 Email : rrnantes@wanadoo.fr Site : http://www.recherche-rencontres.org/
Action reconduite	oui
Thème(s)	Santé mentale
Coût	11 897 €
Financier(s)	ARS : 10 000 €Autre : 1 897 €
Programme(s)	Programme 03 : Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie
Contexte	Le suicide d'un proche est un facteur de fragilité pour l'entourage. L'accompagnement des personnes endeuillées est un facteur clé de la prévention du suicide.
Objectif(s) de l'action	- Soutenir l'entourage traumatisé par un suicide - Permettre l'expression d'une souffrance extrême - Valoriser les capacités de soutien mutuel - Prévenir les risques de deuil pathologique d'autres actes suicidaires
Description	- Groupes de parole, d'échange et de soutien mutuel rassemblant à leur demande, sur inscription et engagement préalables, des personnes, membres de différentes familles traversant une épreuve traumatique semblable soit la perte d'un très proche par suicide - Chaque groupe, composé de 10 à 12 personnes, se rencontre en séances de 2 à 3 heures, 1 soirée tous les 15 jours, pendant 5 à 6 mois. - Des séances de reprises de contact et de lien sont proposées 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an après la fin d'un groupe et/ou à la demande des anciens groupes formés, ponctuellement - Des entretiens individuels sont proposés avant la mise en place des groupes pour présentation et préparation de l'entrée dans le groupe, et plus tard, éventuellement à la demande, après la fin des groupes
Année de départ	2014
Année de fin	2014
Durée	12 mois
Fréquence	Suivie
Public(s)	Autre

	Toute personne endeuillée par le suicide d'un proche, fragilisée par ce grave traumatisme et souhaitant la rencontre et l'échange avec d'autres
Nombre de personnes concernées	environ 70
Type(s) d'action	Accueil, écoute, orientation
Communication et valorisation de l'action	Flyers, Presse, Réseau
Evaluation de l'action	- 40 personnes ont été orientées vers les groupes de parole et de soutien et reçues en entretien de présentation - 20 séances de groupe - 30 participants effectifs - 8 personnes en entretien individuel complémentaire
Secteur d'activité	Local d'association
Niveau géographique	Départemental
Commune(s) de proximité	NANTES
Territoire(s) de proximité	Ancenis, Châteaubriant-Derval-Nozay, Divatte Sèvre Clisson, Guérande Presqu'île, Machecoul Grandlieu Legé, Nantes métropole, Nord Ouest Nantes, Pays de Retz Sud Estuaire, Redon-Pontchâteau-St Gildas, Saint-Nazaire Estuaire
Département(s)	LOIRE-ATLANTIQUE
Lieu(x) d'intervention	Locaux du centre social spécialisé de l'association Recherche et Rencontres à Nantes.
Catégorisation	A1, A3, B1, B3, C2

Mobilisation des EHPAD autour de la question de la prévention du suicide

Titre	Mobilisation des EHPAD autour de la question de la prévention du suicide
Année	2014
Porteur de l'action	MSA Services Midi-Pyrénées Sud Type : Association 1 place du Maréchal Lannes, 32018 AUCH Téléphone : 05 62 34 86 94 Email : msaservices.mps@gmail.com Site : www.msa-mps.fr
Action reconduite	non
Thème(s)	Santé mentale
Coût	5 640 €
Financier(s)	ARS : 5 640 €
Programme(s)	Programme 7 : Promotion de la santé mentale et prévention du suicide
Contexte	L'ARS Midi-Pyrénées souhaite organiser des formations pluridisciplinaires à la prévention de la crise suicidaire sur l'ensemble de la région Midi-Pyrénées. Ces formations permettront de renforcer les compétences des participants, de favoriser la connaissance mutuelle des professionnels et structures ressources et de favoriser la mise en réseau des acteurs par la formalisation de l'organisation en place dans chaque bassin de santé sur le parcours des personnes en risque suicidaire. La MSA Services Midi-Pyrénées Sud a été mandatée pour réaliser cette mission de 2012 à 2014. Cette association créée en 2010 à l'initiative de la MSA Pyrénées Sud a pour mission de soutenir et d'accompagner ses membres ainsi que de développer des services en réponse aux besoins sanitaires et sociaux des territoires. Elle intervient en complément de l'action de la MSA Pyrénées Sud et s'adresse à l'ensemble de la population des territoires, sans se limiter aux seuls ressortissants agricoles. La MSA souhaite encourager le développement de la formation sur la prévention du suicide en EHPAD. Pour ce faire, la MSA Services MPS, en tant qu'organisme de formation, programmera, organisera la logistique de ces formations, réalisera la formation et son évaluation.
Objectif(s) de l'action	* Objectif général - Inciter les EHPAD à prendre en compte dans leur projet d'établissement la question de la « prévention du suicide » * Objectif opérationnel - Améliorer l'information et la formation des personnes - Préciser les procédures de suivi et d'accompagnement en cas de repérage d'une personne en crise suicidaire, - Réduire l'accès aux moyens létaux par des mesures organisationnelles (ex : vigilance sur les possibilités de stockage des médicaments) ou architecturales (ex : sécurisation de l'ouverture des fenêtres).

Description	* Prospection et recueil des demandes en formation des EHPAD : - Lorsque la MSA Services MPS contactera les EHPAD pour leur proposer de participer à la formation qui aura lieu dans leur bassin de santé, elle leur proposera également de réaliser la formation au sein de leur établissement. - Recueil les demandes en formation des EHPAD lors de l'organisation ou de la mise en œuvre des formations dans les bassins de santé. - Note les refus de formation des EHPAD et communiquera la liste des refus à l'ARS en fin d'année. - Aussi, tous les EHPAD ayant bénéficié de la formation dans les bassins de santé en 2012 et 2013 se verront proposer la formation. - Transmission aux Délégations Territoriales de l'ARS de la liste des EHPAD bénéficiant de la formation et prise en compte des demandes des DT ARS concernant le ciblage d'autres EHPAD. * L'accompagnement des référents EHPAD et le suivi des actions menées : - 9 mois après la formation, la MSA Services MPS adressera un questionnaire à l'EHPAD (contact initial + personne référente) pour : - savoir si la question de la « prévention du suicide » a été prise en compte dans le projet d'établissement, - connaître la nature des actions mises en œuvre à la suite de la formation. - connaître les difficultés rencontrées * Mise à jour l'annuaire des personnes formées au regard de la feuille de présence. * Chaque année, à partir de 2015, une journée régionale de formation sera organisée afin de : - consolider les connaissances des professionnels formés précédemment - échanger sur les pratiques et mutualiser les expériences - apporter des réponses aux questionnements à partir de situations vécues par les professionnels
Année de départ	2014
Année de fin	2014
Durée	12 mois
Fréquence	Répétitive
Public(s)	Professionnels de santé ; Professionnels du social ; Autre Les professionnels travaillant en EHPAD auprès des personnes âgées
Type(s) d'action	Formation
Evaluation de l'action	* Indicateurs quantitatifs - Nombre d'établissements contactés : 499 - Nombre de journées de formation : 1 formation pour 2 EHPAD * Indicateurs qualitatifs - Le nombre de formation est très faible du fait du financement incombant aux établissements
Secteur d'activité	Autre, Centres de soins, établissement de santé
Niveau géographique	Régional
Lieu(x) d'intervention	EHPAD de la région Midi-Pyrénées
Catégorisation	A1, B1, C2

Prévention du suicide des personnes âgées vivant à domicile avec les professionnels...

Titre	Prévention du suicide des personnes âgées vivant à domicile avec les professionnels et bénévoles des structures intervenant à domicile
Année	2014
Porteur de l'action	Communauté d'Agglomération de Vitré Communauté (pour le pays de Vitré - Porte de Bretagne) Type : Collectivité territoriale - commune ou intercommunalité Président : Pierre MEHAIGNERIE 13 bis Boulevard des Rochers, BP 20613, 35506 Vitré Téléphone : 02 99 74 52 61 Site : www.vitrecommunaute.org
Action reconduite	non
Thème(s)	Santé mentale
Coût	10 764 €
Financier(s)	ARS : 3 000 €Collectivités territoriales Communes et intercommunalités : Pays de Vitré - Porte de Bretagne : 3 264 €Fonds propres : 4 500 €
Programme(s)	Programme 03 : Schéma Régional de Prévention - La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide <i>Objectif 01:</i> Faciliter toutes les actions qui vont favoriser le lien social, lutter contre l'isolement, améliorer les conditions de travail... <i>Objectif 04:</i> Permettre aux personnes d'améliorer leurs compétences psychosociales et de développer les aptitudes influençant positivement leur santé
Autres programmes ou dispositifs	Contrat Local de Santé (CLS)
Contexte	La prévention du suicide a été identifiée priorité de santé lors du diagnostic des besoins en promotion de la santé. Cette priorité a été confirmée en septembre 2012 lors d'une actualisation du diagnostic et inscrit dans le volet territorial du contrat pour la mise en œuvre du dispositif d'animation territoriale de santé signé par le Pays de Vitré - Porte de Bretagne, l'ARS et la région Bretagne. Depuis plus de 6 ans, le Pays s'engage dans des actions de prévention du suicide (sensibilisation, information et formation des acteurs, information du grand public par soirée d'échanges, ciné-débats, etc.). Lors dernier comité de pilotage « prévention du suicide sur le Pays de Vitré - Porte de Bretagne » en juin 2013, le public des personnes âgées a été identifié comme un des deux publics prioritaires, avec celui des jeunes. Malgré une diminution générale importante des suicides en France (10371 suicides en 2010 en France métropolitaine vs 11403 en 1990), le taux de suicide chez les personnes âgées reste très élevé, notamment chez les hommes. Le vieillissement démographique croissant laisse présager une augmentation du nombre de suicidés âgés, ce qui fait du suicide dans cette tranche d'âge un véritable problème de santé publique.

	Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'avancée en âge. Le taux de suicide est multiplié par 2.33 à 75 ans et par 3.13 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans. En Ille-et-Vilaine, en 2010, 17 personnes de moins de 25 ans sont décédées par suicide, 56 personnes chez les plus de 65 ans sur la même période (dont 30 chez les plus de 75 ans). Le comité de pilotage « prévention du suicide sur le Pays de Vitré - Porte de Bretagne » ; a exprimé le besoin partagé avec les acteurs locaux partenaires, d'engager avec le public visé une démarche de prévention du suicide dans les structures intervenant auprès des personnes âgées à domicile, en partant des besoins et attentes exprimés par les professionnels et les bénévoles des structures intervenant à domicile, élaborer conjointement un programme d'actions visant à développer et renforcer la prévention du suicide auprès du public des personnes âgées vivant à domicile.
Objectif(s) de l'action	*Objectif général - Développer avec les professionnels et les bénévoles une démarche de prévention du suicide dans les établissements intervenant auprès des personnes âgées à domicile *Objectifs opérationnels - Recueillir les besoins, les attentes et expériences de professionnels et bénévoles des établissements concernés - Organiser un premier temps d'échanges à partir de ces besoins - Sensibiliser sur la problématique suicidaire chez la personne âgée - Elaborer conjointement des réponses aux besoins identifiés
Description	*Diagnostic « Le suicide chez les personnes âgées »
- Analyse documentaire - Enquête (besoins, attentes, expériences) auprès des professionnels et bénévoles - Restitution, échanges, élaboration d'axes de travail - Public : professionnels des structures intervenants à domicile *Sensibilisation au repérage de la crise suicidaire et à l'orientation de la personne âgée - Public : professionnels des structures intervenants à domicile *Elaboration de réponses aux besoins identifiés - Propositions d'axes de travail et d'actions - Suivi de la mise œuvre des axes retenus - Bilan de la démarche au bout d'un an
Année de départ	2014
Année de fin	2014
Durée	12 mois, de janvier à décembre 2014
Fréquence	Suivie
Public(s)	Professionnels de santé ; Professionnels du social ; Autre Professionnels et bénévoles de structures qui interviennent à domicile

Type(s) d'action	Travail en réseau ; Formation ; Etude de besoins - diagnostic
Partenaire(s) d'action	CHGR Pôle G06 : Cadre de santé Clic de la Roche aux fées : coordinatrice Clic de Vitré Communauté : coordinatrice
Evaluation de l'action	*Indicateurs quantitatifs - Nombre des questionnaires renseignés : 50 (valeur cible), 26 (valeur réalisée) - Nombre de participants à la sensibilisation sur la crise suicidaire : 13 (valeur réalisée)
Secteur d'activité	Centre social
Niveau géographique	Territorial
Commune(s) de proximité	Vitré
Autre(s) territoire(s)	Pays de Vitré - Porte de Bretagne
Lieu(x) d'intervention	Centre social de Vitré
Catégorisation	A1, A2, B1, C2

Mobilisation Vauclusienne pour la prévention du suicide

Titre	Mobilisation Vauclusienne pour la prévention du suicide
Année	2011
Porteur de l'action	Comité Départemental d'Education pour la Santé du Vaucluse Type : Association Président : Claude SOUTIF Directeur : Alain DOUILLER 13 rue de la Pépinière, 84000 Avignon Téléphone : 04 90 81 02 41 Email : accueil@codes84.fr Site : www.codes84.fr
Action reconduite	oui
Thème(s)	Santé mentale
Coût	13 648 €
Financier(s)	ARS : 8 000 € Collectivités territoriales : CG 84 : 5 648 €
Programme(s)	Programme 13 : Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides <i>Objectif</i> : Agir en amont du passage à l'acte lors d'une crise suicidaire et en cas de TS, améliorer la prise en charge et éviter les récidives
Contexte	Un peu moins de 200 000 tentatives de suicide (TS) donneraient lieu chaque année à un contact avec le système de soins et près de 13 000 décès par suicide ont été enregistrés en 2003 (Drees 2006). Pour la région PACA, cela représente quelques 800 suicides par an et 15 000 tentatives de suicide sur la période 2002-2004 (ORS-Paca 2008). Bien que cette question soit considérée comme une priorité de santé publique depuis août 2004, aussi bien au niveau national que régional, ces chiffres évoluent très peu depuis des années. La mobilisation de tous reste donc essentielle. Les Rencontres Départementales de Prévention du Suicide en Vaucluse : Le Codes de Vaucluse, en partenariat avec le Centre hospitalier de Montfavet, organise depuis 5 ans un travail de concertation et de mobilisation sur la question de la prévention du suicide dans le département. Soutenue par le Groupement Régional de Santé Public et par le Conseil Général de Vaucluse, cette action relaie la journée nationale de prévention du suicide qui se tient chaque année au mois de février.
Objectif(s) de l'action	* Objectif général - Développer la prévention du suicide en Vaucluse et une réflexion sur les déterminants de ce phénomène par une mobilisation de la population et des acteurs relais de prévention * Objectifs opérationnels - Susciter une large mobilisation des institutions et associations départementales sur la question de la prévention du suicide - Encourager le partenariat entre acteurs issus de différentes structures au

	niveau local et sur l'ensemble du département sur ces questions de santé mentale et de prévention du suicide - Aborder publiquement le phénomène du suicide et susciter une réflexion sur les différentes facettes de ce phénomène auprès d'un large public
Description	* Mobilisation des institutions et associations départementales sur la question de la prévention du suicide - Mobilisation des partenaires ayant déjà participé à l'organisation des rencontres - Invitation de nouveaux acteurs - Organisation et animation du comité de pilotage départemental pour la préparation de la journée nationale de prévention du suicide de 2012 - Elaboration d'un support de communication commun aux membres du comité de pilotage qui renforce le partenariat des acteurs engagés - Elaboration et distribution d'un questionnaire d'évaluation destiné à l'ensemble des partenaires et relais de l'organisation des rencontres - Organisation d'une réunion du comité de pilotage pour faire le bilan des manifestations de 2011 et proposer des perspectives pour les journées de prévention du suicide de 2012 * Partenariat entre acteurs issus de différentes structures au niveau local et sur l'ensemble du département - Rapprochements entre partenaires souhaitant travailler sur un même aspect du suicide et/ou un même public et/ou une même zone géographique - Soutien à la préparation et à la mise en œuvre de manifestations locales dans le cadre des Rencontres * Actions Grand Public - Proposition de manifestations et de temps d'échanges et de débats largement ouverts au public, sur l'ensemble du département - Proposition d'environ 15 manifestations abordant le phénomène suicidaire sous différents angles (aspects sociologiques, psychologiques, économiques, souffrance psychique liée au travail, prévention, prise en charge, etc.) et selon différentes modalités. Exemples : vidéos-débats sur les questions du mal-être et de l'intention suicidaire à l'adolescence, journée d'atelier en direction des professionnels sur le thème « adolescence, mal-être et suicide », rencontre avec les professionnels hospitaliers autour des Risques Psychosociaux, après midi d'informations et d'échanges sur les liens entre homosexualité, homophobie et suicide - Diffusion du programme des Rencontres pour la prévention du suicide 2012 auprès du grand public et des publics auxquels s'adressent plus spécifiquement certaines manifestations - Communication auprès des médias (radio et presse écrite) - Elaboration d'un questionnaire d'évaluation auprès du public participant à chacune des manifestations
Année de départ	2011
Année de fin	2012
Durée	10 mois, de septembre 2011 à juin 2012

Fréquence	Suivie
Public(s)	Tout public ; Professionnels de santé ; Professionnels du social ; Professionnels de l'éducation ; Autre profession
Nombre de personnes concernées	1000 personnes (prévisionnel)
Type(s) d'action	Coordination locale ; Communication, information, sensibilisation ; Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation
Partenaire(s) d'action	DIRECCTE PACA, CHS Montfavet, Sos Amitié, Le Passage à Carpentras, Association Clic Présage, La Maison Bonhomme d'Apt, La Cappa d'Apt, Mairie d'Apt, Conseil Général de Vaucluse, DDASS Vaucluse, CARSAT SE, MSA, Inspection Académique de Vaucluse, DRASS Paca, CH Valréas, La vie en Rose 84, SOS Obèses, Phare enfants parents, CMP d'Avignon, Orange, Avapt, Advsea, ANPAA, LGBT
Outil(s) et support(s) utilisé(s)	Documentation de prévention
Communication et valorisation de l'action	Diffusion dans la presse, site internet du CoDES 84
Evaluation de l'action	* Indicateurs quantitatifs - Nombre de réunions de comité de pilotage - Nombre de partenaires présents - Nombre de plaquettes de présentation diffusées - Nombre de documents d'information diffusés - Nombre de manifestations organisées sur la base d'un partenariat - Nombre de localités dans lesquelles une manifestation a été organisée * Indicateurs qualitatifs - Type de structures partenaires - Diversité des thématiques abordées - Atteinte des objectifs - Réalisation bilans et comptes-rendus des réunions - Satisfaction des publics
Niveau géographique	Départemental, Territorial
Commune(s) de proximité	Avignon
Territoire(s) de proximité	Cavaillon, Avignon, Orange-Valréas, Carpentras, Apt
Département(s)	Vaucluse
Lieu(x) d'intervention	CoDES 84, centre hospitalier de Montfavet, divers lieux du département
Catégorisation	A1, A4, B1, B2, B4, C2, C3

Sélection bibliographique[†]

Le suicide : concept et épidémiologie

Article

BOSSARD Claire, SANTIN Gaëlle, LOPEZ V., **Surveillance des suicides liés au travail en France : une étude exploratoire**, Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 64 n° 3, 2016-06, pp. 201-210

Rapport

GIGONZAC Virginie, BREUILLARD Eléonore, BOSSARD Claire (et al.), **Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011**, Santé Publique France, 2017-09, 10 p.

Après un rappel du contexte et de la méthodologie employée, ce rapport rend compte des résultats d'une enquête portant sur le suicide chez les agriculteurs. Il présente les caractéristiques socio-professionnelles de la population étudiée et analyse les facteurs associés à la mortalité par suicide tels que l'âge de l'agriculteur, le type et la surface de l'exploitation agricole, l'implantation géographique.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/layout/set/print/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2017/Caracteristiques-associees-a-la-mortalite-par-suicide-parmi-les-hommes-agriculteurs-exploitants-entre-2007-et-2011>

Rapport

FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, GREMY Isabelle (et al.), **L'état de santé de la population en France. Rapport 2017**, DREES, 2017-05-11, 436 p.

Cette édition 2017 du rapport "L'état de santé de la population en France" conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels les politiques publiques doivent répondre.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

Article

ROBERT Maëlle, LEON Christophe, DU ROSCOAT Enguerrand, **Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014**, Evolutions, n° 36, 2017-01, 8 p.

Ce document présente les données concernant les tentatives de suicide (TS) et les pensées suicidaires parmi les 15-75 ans interrogés pour le baromètre santé 2014. Les pensées suicidaires et les TS sont plus souvent déclarées par les femmes que par les hommes et les personnes les moins favorisées sont surreprésentées. Les TS sont plus souvent le fait des jeunes et elles diminuent avec l'âge. Les pensées suicidaires concernent davantage les 45-64 ans. L'enquête fait aussi le constat

[†] Cette bibliographie est organisée selon les chapitres du dossier et présentée de manière ante-chronologique. Les documents ne comportant pas de liens *Internet* sont disponibles en consultation ou en prêt au service documentation du CoDES 84 (sauf exceptions signalées)

d'une augmentation de ces phénomènes entre 2010 et 2014. Enfin, seules 53% des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de l'année en ont parlé à quelqu'un et 42% des hommes ayant fait une TS dans l'année ne sont pas allés à l'hôpital et n'ont pas été suivis par un professionnel.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/20000.pdf>

Article

KHIREDDINE Imane, SANTIN Gaëlle, BOSSARD Claire (et al.), **Prévention du suicide. Surveillance de la mortalité chez les agriculteurs**, La Santé en action, n° 433, 2015-09, pp. 44-49

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-433.pdf>

Article

LAANANI Moussa Laanani, GHOSN Walid, JOUGLA Eric (et al.), **Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010**, BEH, n° 1-2, 2015-01-06, pp. 2-6

http://www.invs.sante.fr/beh/2015/1-2/pdf/2015_1-2.pdf

Rapport

CHAN CHEE Christine, JEZEWSKI-SERRA Delphine, **Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011**, InVS, 2014-09, 51 p.

Ce rapport s'appuie sur les données issues du PMSI-MCO2, Programme de médicalisation des systèmes d'information - Médecine, chirurgie, obstétrique, et d'Oscour®, Organisation de la surveillance coordonnée des urgences. Il décrit les tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation, leur mode opératoire et leur répartition par région entre 2004 et 2011. Il estime également le nombre de recours aux urgences pour les années 2007-2011.

http://www.invs.sante.fr/content/download/94289/341845/version/8/file/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011.pdf

Rapport

BOSSARD Claire, SANTIN Gaëlle, GUSEVA CANU Irina, **Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats**, InVS, 2013-09, 28 p.

Ce rapport présente les résultats d'une étude épidémiologique transversale répétée. Cette dernière consiste à mesurer chaque année la mortalité par suicide et par causes externes dans la population des exploitants agricoles, selon des variables sociodémographiques et professionnelles, et d'en suivre l'évolution entre 2007 et 2009.

http://www.invs.sante.fr/content/download/77471/284015/version/1/file/rapport_surveillance_mortalite_suicideagriculteurs_exploitants.pdf

Rapport

DUMESNIL Hélène, CORTAREDONA Sébastien, FERONI Isabelle (et al.), **Santé mentale en région Paca**, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2013-03, 14 p.

Ce document présente une extension sur la santé mentale pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur du Baromètre santé 2010 réalisé par l'INPES. Une synthèse et les résultats y sont présentés : Troubles de la santé mentale, dépression, suicide et tentative de suicide, l'importance des inégalités sociales de santé et de recours aux soins, le rôle du médecin généraliste.

http://www.sirsepaca.org/pdf/SIRSE_territoires/TERRITOIRE_REGION/BS_2010_sante_mentale.pdf

Ouvrage

DEBOUT Michel, CLAVAIROLY Gérard, **Le suicide, un tabou français**, Editions Pascal, 2012, 189 p.
Les auteurs analysent en quoi le suicide est un tabou français alors même que la France est parmi les pays les plus touchés. Ils analysent l'évolution des politiques, de l'opinion et des médias, présentent les différentes figures du suicide et les populations à risques. Ils plaident enfin pour une politique de prévention renouvelée et publient l'appel des 44 signataires pour la création d'un observatoire des suicides. (non disponible au CoDES 84)

Article

FRANCOIS Stéphane, GARRE Jean-Bernard, GUIHO-BAILLY Marie-Pierre (et al.), **Etude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés**, Santé publique, vol. 23 n° 2, 2011-03, pp. 101-112

Aspects psycho-sociaux

Rapport

WIEBER-CHRIGUI Frédérique, **La prévention du suicide chez les personnes âgées qui vivent en EHPAD. Pièces annexes**, Université d'Aix-Marseille UMFCs, 2015, np

Ce document, annexe au rapport "La prévention du suicide chez les personnes âgées qui vivent en EHPAD", regroupe les diagrammes et recensions des écrits, les entretiens réalisés pour la rédaction du mémoire, les tableaux de recueil des données ainsi que les ressources impliquées dans la prévention du suicide.

Rapport

ETHIER Sophie, LAROCHE Eddy, GREGOIRE Catherine G., **L'évaluation des besoins en matière de prévention du suicide chez les aînés : étude exploratoire**, Centre de prévention du suicide de Québec, Université Laval, 2014-11, 75 p.

Le centre de prévention du suicide Québec a sollicité un groupe de chercheurs de l'université de Laval afin de mener une recherche qualitative auprès des aînés et des professionnels qui les accompagnent sur la question du suicide des personnes âgées. La présente étude apporte des réponses quant à la perception du suicide par les aînés, leur capacité et les moyens mis à leur disposition pour identifier la détresse de leurs proches ou la leur et l'accès à l'aide disponible. Le document présente un certain nombre d'éléments ayant pour but de permettre l'adaptation des interventions et des programmes de prévention en tenant compte des réalités nouvelles du vieillissement.

<http://www.cpsquebec.ca/wp-content/uploads/2015/03/%C3%89tude-Suicide-chez-les-a%C3%AEn%C3%A9s.pdf>

Article

DE RICCARDIS Nicolas, **Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires**, Etudes et résultats, n° 886, 2014-07, 6 p.

Cette étude analyse les idées suicidaires déclarées au cours des deux semaines précédant l'enquête, au regard de l'état de santé, de la situation professionnelle, des caractéristiques sociales et familiales, à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP). Elle est centrée sur les personnes âgées de 40 à 59 ans en 2010.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er886.pdf>

Rapport

PINARD Louise, ROCHE Jean, DUPRE-LEVEQUE Delphine (et al.), **Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement**, ANESM, 2014-05, 85 p. Ces recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ont pour finalité de permettre aux professionnels travaillant auprès de personnes âgées aidées à domicile ou accueillies en établissement, de faire évoluer leurs pratiques quant à la prise en compte de la souffrance psychique. Elles s'inscrivent dans un contexte de mobilisation nationale pour une amélioration de la prévention du suicide des personnes âgées. Ce document a pour objectifs de donner des pistes de réflexion et d'action aux professionnels de l'accompagnement des personnes âgées dans le repérage des facteurs de risque de souffrance psychique de la personne ; le repérage des expressions et des symptômes de souffrance psychique et/ou du risque suicidaire, mais aussi de son entourage proche (conjoint, enfant), lui-même vieillissant ; la gestion des situations de crise ; et la coordination des professionnels pour un accompagnement interdisciplinaire et complémentaire de la personne en situation de souffrance psychique.

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANE-Agees-Souffrance_psychique_BAT.pdf

Rapport

ROCHE Jean, **Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées**, ANESM, 2014-04, 48 p.

Cette analyse de la littérature vient en appui à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la "Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement" par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Analyse_de_la_litterature_RBPP_Souffrance_psychique_PA_Mai_2014.pdf

Article

LEFEBVRE DES NOËTTES Véronique, **Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique**, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, n° 14, 2014, pp. 246-251

Cet article se propose d'aborder la question de la prévention du risque suicidaire chez la personne âgée. Il se divise pour se faire en cinq parties dans lesquelles il propose une approche historique, transdisciplinaire et épidémiologique du suicide de la personne âgée puis présente les facteurs de risques suicidaires et les spécificités du sujet âgé, aborde la question de l'évaluation de la crise suicidaire et enfin, présente les politiques de prévention de ce phénomène qui ont été déployées en France.

http://ac.els-cdn.com/S1627483014000312/1-s2.0-S1627483014000312-main.pdf?_tid=d9d7b5c4-1b36-11e5-b416-00000aacb360&acdnat=1435235990_d75a820b966f7f1612abf76f5a203704

Ouvrage

LEON Christophe, BECK François, **Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010**, Editions INPES, 2014, 192 p.

L'objectif de cet ouvrage, destiné en priorité aux acteurs en lien avec les populations âgées, est d'actualiser et de préciser l'état des connaissances sur les populations âgées et sur leurs comportements de santé. Il analyse les données de l'enquête Baromètre santé 2010 pour faire le point sur les comportements, attitudes et connaissances en santé des 55-85 ans. Il s'agit notamment de prévenir le risque de perte d'autonomie et maintenir la qualité de vie des personnes, si possible

à domicile, afin de permettre à toutes et à tous de vivre le plus longtemps possible en bonne santé. Les résultats, analyses et propositions visent à faire évoluer les stratégies de prévention et de promotion de la santé de l'ensemble des acteurs en lien avec la population de cette tranche d'âge : élus, décideurs, professionnels de santé, proches, aidants bénévoles ou professionnels.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf>

Rapport

WIEBER-CHRIGUI Frédérique, **La prévention du suicide chez les personnes âgées qui vivent en EHPAD**, Université d'Aix-Marseille UMFCs, 2014, 116 p.

Ce mémoire aborde le suicide chez les personnes âgées vivant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), phénomène mésestimé et mal connu malgré une conjonction de facteurs de risque, particulièrement lors des admissions. Le repérage et la prévention de la crise suicidaire n'y sont donc pas développés, bien que les acteurs de cette prévention estiment que la formation reste fondamentale pour les personnels de ces établissements.

Rapport

RIGAUD Anne-Sophie, GALLARDA Thierry, ZAJDENWEBER Marc (et al.), **Prévention du suicide chez les personnes âgées**, CNBD, 2013-10, 74 p.

Malgré la mise en place de plusieurs plans nationaux successifs pour le prévenir, le taux de suicide chez les personnes âgées demeure très élevé. Dans ce rapport, le Comité National pour la Bientraitance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) donne ses préconisations en matière de prévention. Ses propositions s'articulent sur trois axes : renforcer l'information et la communication ; améliorer la formation initiale et continue ; mieux valoriser les actions et les dispositifs.

[http://www.social-](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf)

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf)

Ouvrage

DURKHEIM Emile, **Le suicide, étude de sociologie**, PUF, 2013, 463 p.

Cette 14^{ème} édition de l'ouvrage paru pour la 1^{ère} fois en 1897 et considéré comme l'un des textes de référence sur le suicide, aborde les facteurs extra-sociaux, les causes sociales et les phénomènes sociaux ainsi que le suicide comme phénomène social en général. (non disponible au CoDES 84)

Ouvrage

VANDEVOORDE Jérémie, **Psychopathologie du suicide**, Dunod, 2013, 152 p.

Le geste suicidaire est de plus en plus répandu, augmentant ainsi le nombre de professionnels de la santé confrontés à ce phénomène. L'auteur propose dans cet ouvrage un panorama actuel des connaissances disponibles sur le geste suicidaire. Plusieurs aspects sont traités : l'histoire, l'étymologie, l'épidémiologie, les facteurs de risques, la psychologie, le passage à l'acte, la prévention...

Ouvrage

TISSERON Serge, **Fragments d'une psychanalyse empathique**, Albin Michel, 2013, 207 p.

Dans cet ouvrage l'auteur aborde la cure psychanalytique du point de vue du patient. En prenant appui sur sa propre expérience de psychanalyse auprès de Didier Anzieu, il montre ce qui se joue pendant la cure et la place de l'empathie dans la thérapeutique, en opposition aux concepts de neutralité absolue des thérapeutes.

Rapport

Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Les recommandations, Fédération française de psychiatrie, 2009, 32 p.

Ces recommandations s'insèrent et soutiennent la partie du Plan national de prévention du suicide qui concerne l'entourage des défunts. Le document aborde notamment l'impact du suicide sur l'entourage, les modalités de compréhension des suites du suicide, ainsi qu'un état des lieux des interventions et des pratiques de soutien à proposer.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/recoEndeuilles.pdf>

Ouvrage

GRANIER Emmanuel, **Idées noires et tentatives de suicide**, Odile Jacob, 2006, 334 p.

Cet ouvrage destiné au grand public apporte des idées pratiques pour soutenir une personne dépressive et ayant des idées suicidaires. La première partie aide à comprendre le geste suicidaire, tandis que les deuxième et troisième parties proposent de parler et de soutenir. Enfin la dernière partie traite plus spécifiquement des tentatives de suicide chez les adolescents.

Ouvrage

BAUDELOT Christian, ESTABLET Roger, **Suicide, l'envers de notre monde**, Seuil, 2006, 263 p.

Cet ouvrage propose une analyse des causes sociologiques du suicide dans différents pays. Ce livre traite des facteurs de risque pour le passage à l'acte : le chômage, les inégalités sociales, l'absence de reconnaissance et l'exclusion. (non disponible au CoDES 84)

Les exemples d'actions et la prévention

Rapport

BOULDOUYRE MAGNIER Anne-Marie, FISCHMAN Georges, COWPPLI-BONY Ahou Pascale (et al.), **Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique**, HAS, 2017-10, 45 p.

Cette recommandation de bonne pratique porte sur la prise en charge de la dépression de l'adulte en soins de premier recours, et s'adresse notamment au médecin généraliste. Les objectifs sont de mieux identifier les patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé isolé ; prévenir le risque suicidaire ; améliorer la qualité de vie et le handicap des patients atteints d'un épisode dépressif. Ce document s'articule en deux grands chapitres. Le premier est consacré au diagnostic, le second à la prise en charge thérapeutique avec un focus sur les personnes âgées et la femme enceinte.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf

Rapport

GUETIERE Géraldine, PLANCKE Laurent, DANIEL Thierry (et al.), **La prise en charge des personnes suicidantes dans les services d'urgence du Nord et du Pas-de-Calais**, F2RSM, 2016-04, 56 p.

En 2015, un programme de recontact des suicidants, nommé Vigilans s'est progressivement mis en œuvre dans le Nord - Pas-de-Calais à partir des services des urgences. L'objectif est de rester en contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide et de maintenir un lien avec elles après leur sortie des urgences. Une enquête par entretien a été menée auprès des professionnels impliqués dans le programme. Elle portait sur l'organisation pratique du programme, l'articulation entre les équipes d'urgence et de psychiatrie et les représentations des professionnels.

<http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/-27.pdf>

Rapport

Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives, 2^{ème} rapport, Observatoire national du suicide, 2016

Dans ce deuxième rapport, l'Observatoire s'attache à mettre en lumière les données et les actions de prévention, menées à un niveau national comme local, par les pouvoirs publics comme par les associations. Il fait aussi le point sur les connaissances récentes concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide. Il propose, enfin, les dernières statistiques disponibles et un suivi des recommandations énoncées dans le premier rapport. Celles-ci sont complétées par de nouvelles perspectives et pistes de réflexion.

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_010216.pdf

Rapport

Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011 - 2014. Annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, DGS, 2015-09, 40 p.

Cette synthèse des actions de prévention du suicide menées en région a été réalisée à partir des réponses reçues, suite à l'instruction du 17 mars 2015 relative à la réalisation du bilan des actions régionales menées dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide. Elle prend le parti de présenter les 3 axes d'interventions les plus développés par les ARS : la formation, l'intervention en milieu scolaire et le recontact de personnes ayant fait une tentative de suicide. Une analyse spécifique des formations à la crise suicidaire, réalisée en novembre 2014, est proposée en annexe.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_PNACS_2011-2014.pdf

Rapport

Bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011 - 2014, DGS, 2015-08, 36 p.

Le programme national d'actions contre le suicide comportait 49 actions et couvrait un champ continu de la prévention à la prise en charge en incluant la recherche. Les actions étaient regroupées autour de six axes : le développement de la prévention et de la postvention ; l'amélioration de la prise en charge des personnes à risque suicidaire et de leur entourage; l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide; la formation des professionnels; le développement des études et de la recherche; le pilotage et l'animation du programme. Ce document présente le bilan dressé par les pilotes désignés pour chaque action.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_PNACS_2011-2014-2.pdf

Article

DEBOUT Michel, **Crise économique et risque suicidaire**, Rhizome, n° 52, 2014-06, p. 10

Cet article explore le lien entre chômage et santé à tous les âges. Les salariés dont l'itinéraire professionnel est marqué par le chômage présentent, à caractéristiques sociodémographiques données, une santé relativement dégradée. Et un homme au chômage a un risque annuel de décès environ trois fois plus élevé qu'un actif occupé du même âge.

<http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome52.pdf>

Article

DEBOUT Michel, CLAVAIROLY Gérard, DOUILLER Alain, **"L'Observatoire national du suicide étayera une vraie politique de prévention"**, La Santé en action, n° 427, 2014-04, pp. 44-46

Installé fin 2013, l'Observatoire national du suicide a pour mission de développer l'expertise et de formuler des recommandations pour agir.

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-427.pdf>

Ouvrage

FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, BOSSARD Claire (et al.), **Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche**, Observatoire national du suicide, 2014, 221 p.

Ce rapport marque le premier anniversaire de l'Observatoire national du suicide. Il est le fruit des travaux menés tout au long de cette première année sur les enjeux qui se posent en matière de prévention du suicide. Il présente un premier état des lieux des connaissances qui sera appelé à être enrichi. Il comporte une description et une analyse des systèmes d'information et des actions de prévention, ainsi que des perspectives de recherche. Il énonce des recommandations qui seront suivies et complétées dans les rapports annuels ultérieurs, afin de mieux identifier les leviers d'action efficaces pour prévenir le suicide. [Résumé d'après l'auteur].

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf

Rapport

FLEISCHMANN Alexandre, HOWLADER Sutapa, VIJAYAKUMAR Lakshmi (et al.), **Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial**, OMS-département santé mentale et abus de substances psychoactives, 2014, 93 p.

Publié dans le cadre de la journée Mondiale de prévention du suicide, ce rapport est le premier de l'OMS en la matière. Il dresse un état des lieux complet du suicide, des tentatives de suicide et des efforts de prévention du suicide dans le monde. La dernière partie est dédiée aux stratégies nationales de prévention que les pays peuvent développer. Les annexes présentent les chiffres estimés du nombre de suicides et des taux par sexe et âge, 2000 et 2012 ainsi que les États membres de l'OMS classés par région et revenu moyen par habitant.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1

Article

DUPUIS Pascale, **Prévenir le suicide : coup d'œil sur quelques stratégies québécoises**, Education santé, n° 289, 2013-05, pp. 5-7

<http://www.educationsante.be/pdf/es289.pdf>

Rapport

BERNUS Didier, **Suicide : plaidoyer pour une prévention active**, Conseil économique, social et environnemental, 2013-02, 50 p.

Ce rapport est une mise au point sur la prévention du suicide en France. Après avoir proposé un état des lieux de la question, en passant en revue les données épidémiologiques, les facteurs de risque, la crise suicidaire et les mesures préventives, les auteurs proposent de nouvelles orientations et mobilisations en faveur d'une prévention active. Ils s'appuient sur l'expérience française, sur ses réussites et ses manques, en tenant compte des pratiques étrangères, notamment anglo-saxonnes, pionnières dans ce domaine.

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2013/2013_08_suicide_plaidoyer.pdf

Rapport

RYAN Peter, **Le guide Promise sur la dépression et la suicidalité : 10 critères de qualité pour la formation des professionnels du sanitaire et du social sur la promotion de la santé mentale**, Executive agency for health and consumers, European network for mental health promotion, 2013, 13 p.

Ce document sur la promotion de la santé mentale dans le domaine de la dépression et du suicide fournit une série de recommandations sous la forme d'indicateurs de bonnes pratiques pour aider les professionnels/collectivités à élaborer/évaluer des programmes de formation de qualité pour les professionnels en promotion de la santé mentale dans le domaine du suicide et de la dépression.

Ils peuvent également être utilisés pour une formation lors de la mise en place de projets locaux sur des thèmes spécifiques de la promotion de la santé mentale : par exemple lorsque les utilisateurs de formation sur la promotion de la santé et du bien-être au travail se retrouvent dans le cadre d'une série de suicides liés au travail.

http://entermentalhealth.net/promise/docs/Le%20Guide%20PROMISE%20D%C3%A9pression%20et%20Suicide_24102012.pdf

Rapport

Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014), Ministère de la justice et des libertés, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale, 2011-09, 95 p.

Suite aux travaux dirigés par Mr David Le Breton en 2008-2009 à la demande de la Ministre chargée de la santé, sur la problématique du suicide, des directions ministérielles, des professionnels et des associations spécialisées ont dégagé des pistes d'amélioration pour la politique nationale de prévention du suicide, qui ont été ensuite déclinées en actions concrètes. L'objectif de ce programme est de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, les autres professionnels au contact des personnes à risque, les familles et les associations spécialisées. Il vise également à améliorer la qualité des données sur les suicides et les tentatives de suicide.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf

Ouvrage

LANE Julie, ARCHAMBAULT Johanne, COLLINS-POULETTE Marilou (et al.), **Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux**, Ministère de la santé et des services sociaux-Direction des communications, 2010, 83 p.

Le Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux a pour objectif de soutenir les compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de la personne suicidaire : l'accueil et le repérage de la personne suicidaire, l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte, l'intervention auprès de la personne suicidaire ainsi que l'orientation, la référence ou l'accompagnement vers les partenaires du Centre de santé et de services sociaux et dans le réseau local de services. Si la première partie du guide est centrée sur le contexte québécois, la suite du guide propose des bonnes pratiques à inclure dans l'intervention en prévention du suicide, de l'accueil de la personne suicidaire et la création d'une alliance thérapeutique, à l'adaptation de l'intervention aux caractéristiques de la personne suicidaire. Le guide se termine par une grille d'autodiagnostic des connaissances et des compétences en prévention du suicide.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>

Rapport

KOVES-MASFETY Vivianne, BOISSON Marine, GODOT Clélia (et al.), **La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie**, Centre d'analyse stratégique, 2009-11, 252 p.

Ce rapport a été remis à Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'Etat en charge de la prospective et du développement de l'économie numérique, le 17 novembre 2009 par Viviane Kovess-Masfety, présidente du groupe de travail "Santé mentale et déterminant du bien-être". En effet, l'Union Européenne considère trois dimensions pour décrire la santé mentale : 1) les troubles mentaux, 2)

la détresse psychologique et 3) la santé mentale positive. Les deux premières dimensions de la santé mentale sont les plus documentées, contrairement à la santé mentale positive. L'objectif de ce rapport est donc de déterminer les conditions et les instruments de promotion de la santé mentale positive. Il s'attache, pour cela, à identifier les déterminants structurels et socio-culturels de la santé mentale et du bien-être (valeurs, institutions et modes de vie) et démontre l'importance de la santé mentale positive en tant qu'enjeu de politiques publiques.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000556/0000.pdf>

Didacticiel

LAFLEUR Christian, SEGUIN Monique, **Intervenir en situation de crise suicidaire**, CCDMD, Chronique sociale, Presses de l'Université Laval, 2008, 122 p.

Ce guide, accompagné d'un DVD, illustre le cadre clinique lors d'un entretien de crise suicidaire, et permet de répondre aux objectifs de formation des intervenants. Une première partie présente le cadre théorique de l'intervention et définit les caractéristiques liées à la crise et aux comportements suicidaires. Une seconde partie décrit chaque étape de l'intervention. Une troisième partie traite de l'intervention, qui a fait l'objet d'une mise en scène et d'une production vidéo. Des exercices et des réflexions, à la fin de chaque chapitre, aident à intégrer la démarche proposée. Enfin, le DVD illustre une intervention réalisée par un professionnel, et dans laquelle on retrouve toutes les étapes du déroulement d'une entrevue.

Ouvrage

SHEA Shawn Christopher, TERRA Jean-Louis, SEGUIN Monique (et al.), **Evaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir**, Elsevier Masson, 2008, 302 p.

Ce guide est conçu pour accompagner les cliniciens qui interviennent auprès des personnes en détresse psychique majeure. Expert de la conduite de l'entretien clinique, les auteurs introduisent d'abord les bases de la clinique de la crise suicidaire, à travers une compréhension psychopathologique. Ils montrent ensuite de manière approfondie et à l'aide de nombreuses situations illustrées par des dialogues : comment entrer en contact avec ces personnes, comment évaluer leur potentiel suicidaire, et surtout comment entrevoir avec elles puis construire un autre chemin. L'ouvrage propose notamment la méthode de l'Évaluation Chronologique des Événements Suicidaires (ECES), technique d'entretien innovante qui permet, avec précision et tout en douceur, d'évaluer les idées, les intentions et les planifications suicidaires. (non disponible au CoDES 84)

Article

TERRA Jean-Louis, **La prévention du suicide. Dossier**, ADSP, n° 45, 2003-12-01, pp. 19-62

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=86>

Rapport

Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte court, ANAES, 2000, 17 p.

Les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner : ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents, lorsqu'ils existent ils se manifestent par des signes peu spécifiques et permettent peu de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ses critères de définition. Pourtant il est essentiel de repérer une telle crise suicidaire car elle justifie une prise en charge et constitue un moment fécond où une action thérapeutique est possible. Ce document propose donc une méthodologie partagée pour reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>

Liens utiles

<http://www.cresuicidologie.fr/>

Site du Centre ressource en suicidologie. Aide à l'Information en Suicidologie. Pour une étude globale des phénomènes de société relatifs au suicide et aux comportements autodestructeurs

<http://www.infosuicide.org/>

Site ouvert à l'échange d'informations entre tous ceux concernés par l'isolement et la prévention du suicide et tout particulièrement aux professionnels, aux chercheurs, aux étudiants, aux associations, aux institutions. Il héberge également le site officiel de l'UNPS (Union Nationale de Prévention du Suicide).

<http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/>

Ressources actualisées du Ministère des affaires sociales et de la santé

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

L'observatoire national du suicide

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/fr/

Les ressources de l'Organisation mondiale de la santé - OMS en prévention du suicide

http://www.msa.fr/lfr/solidarite/prevention-suicide?p_p_id=56_INSTANCE_8Zho&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_8Zho_read_more=2

Agri'écoute, un numéro de la Mutualité sociale agricole - MSA dédié à la détresse psychologique dans le monde rural

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

ORSPERE SAMDARRA - Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés

<http://www.geps.asso.fr/>

Le Groupement d'études et de prévention du suicide

<http://crpcs-irjb.arhm.fr/>

Le Centre régional de prévention des conduites suicidaires - Institut régional Jean Bergeret

<https://suicideecoute.pads.fr/>

Suicide écoute est membre fondateur de l'Union nationale de prévention du suicide. La ligne répond à 20 000 appels par an.

<http://www.deuilapressuicide.fr/>

Ressources et informations pour les personnes endeuillées après un suicide