



S U I C I D E

Enjeux éthiques

de la prévention, singularités

du suicide à l'adolescence

3^e RAPPORT / FÉVRIER 2018

S U I C I D E

Enjeux éthiques

de la prévention, singularités

du suicide à l'adolescence

3^E RAPPORT / FÉVRIER 2018

AVANT - PROPOS

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a inscrit la prévention et la promotion de la santé mentale dans la stratégie nationale de santé qui définit le cadre de la politique de santé pour les cinq prochaines années. Dans la continuité de Marisol Touraine, qui avait créé l'Observatoire national du suicide en 2013, elle a en particulier confirmé sa volonté de renforcer la compréhension et la prévention du suicide. En effet, le suicide est une cause majeure de décès prématurés. En Europe, la France se situe parmi les pays connaissant un taux élevé de suicide (10^e rang sur 32), avec 8885 décès par suicide enregistrés en France métropolitaine en 2014¹.

Le premier rapport de l'Observatoire, *Suicide – État des lieux des connaissances et perspectives de recherche*, paru en novembre 2014, traitait des systèmes d'information permettant de mesurer le nombre de suicides et de tentatives de suicide en France. Il dressait également un panorama des actions de prévention du suicide dans l'Hexagone et à l'étranger et des recherches actuelles sur le comportement suicidaire et sa prévention. Il proposait enfin une revue de la littérature sur les effets de la crise économique de 2008 sur les comportements suicidaires.

Le deuxième rapport, *Suicide – Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives*, publié en février 2016, présentait les données et les actions des associations de prévention du suicide en France et abordait la question des facteurs de risque et de vulnérabilité au suicide. Enfin, il offrait un panorama des travaux régionaux et infrarégionaux des données sur le suicide et les tentatives de suicide.

Le présent rapport est réalisé sous la coordination scientifique conjointe de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), avec le concours des membres de l'Observatoire et de contributeurs extérieurs.

1. Se référer à la fiche 1 du présent rapport.

Il comprend deux dossiers thématiques approfondissant chacun une des caractéristiques sensibles de la prévention du suicide, qui compliquent son approche : la nécessité de prendre en compte les enjeux éthiques forts qu'elle porte et le fait de conduire des travaux spécifiques concernant certaines populations, en l'occurrence les jeunes.

Le premier dossier restitue les pistes de réflexion de l'Observatoire sur la question des enjeux éthiques soulevée par la prévention du suicide. Il est complété par un article de recherche sur la couverture du suicide par les journalistes et les médias et les risques de « contagion » encourus. Il est également enrichi par un recueil numérique recensant les principales publications sur cette thématique, accessible sur le site Web de l'Observatoire².

Le second dossier traite du suicide des adolescents, une priorité de santé publique et un objet de recherche pointé dans le cadre de recommandations antérieures de l'Observatoire. En effet, en France, le suicide est la deuxième cause de mortalité parmi les 15-24 ans. Ce dossier fait le point sur les connaissances récentes et identifie les besoins de recherche pour une meilleure compréhension des comportements suicidaires des jeunes.

Au-delà de ces deux dossiers thématiques, ce troisième rapport fait état de l'avancement des travaux en cours. Il présente notamment les avancées des travaux pilotés par Santé publique France sur l'amélioration du système de surveillance des suicides et des tentatives de suicide. Il constitue aussi un point d'étape sur l'avancement des cinq projets de recherche, lancés dans le cadre de l'Observatoire et portant sur des thématiques variées : le suicide en lien avec le travail ; la vulnérabilité au suicide ; la détection du risque chez les adolescents ; les mots du suicide et l'efficacité de l'écoute par les associations ; le suicide des personnes âgées. Il présente également les travaux du groupe dédié à la prévention du suicide au sein du Conseil national de la santé mentale, qui ont pour objectif d'organiser et de mettre en place des programmes d'actions à partir d'un ensemble d'interventions reconnues efficaces dans la littérature internationale.

Enfin, comme les précédents rapports, cette troisième édition comporte une série de fiches statistiques venant compléter ou mettre à jour les connaissances sur des thématiques diverses : tentatives de suicide à l'adolescence, mortalité par suicide des agriculteurs, actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide auprès du personnel de l'administration pénitentiaire...

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

SOMMAIRE

SYNTHÈSE

13

1. État des lieux des données de mortalité par suicide et de tentatives de suicide en France	16
1.1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide	16
1.2. Données épidémiologiques sur les tentatives de suicide	17
2. Enjeux éthiques de la prévention du suicide	18
3. Appréhender le suicide à l'adolescence pour mieux le prévenir	20
3.1. L'état des lieux des connaissances sur le suicide des jeunes	20
3.2. La vulnérabilité des jeunes et leurs comportements suicidaires	21
4. État d'avancement des travaux	23
4.1. Point d'information des travaux du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale	23
4.2. Amélioration du système de surveillance des suicides et des tentatives de suicide	24
4.3. Avancement des recherches financées par l'Observatoire	25
5. Suivi des recommandations des précédents rapports	27
5.1. Refonte du certificat de décès et accélération du déploiement du certificat électronique	27
5.2. Appariement des données de l'échantillon démographique permanent et des causes médicales de décès	29
6. Nouvelles recommandations	29
6.1. Recommandations sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide	30
6.2. Recommandations sur le suicide des jeunes	30

Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide	35
1. Introduction de la discussion	36
1.1. Que faire face à des comportements suicidaires?.....	37
1.2. Comportements suicidaires, éthique et société.....	41
1.3. Le lien entre prévention du suicide et suicide assisté : quels enseignements des exemples étrangers?.....	42
2. Les associations d'écoute	43
2.1. Le rôle des associations de prévention du suicide et d'aide à distance : intervenir ou non en cas de crise suicidaire d'un appelant?	43
2.2. Revue de littérature sur les dispositifs de prévention et d'aide à distance	44
3. Risque suicidaire : quelles pourraient être les conditions d'une levée du secret médical?	45
4. À la lumière des exemples étrangers, comment l'évolution de la législation sur la fin de vie peut-elle avoir un effet sur la prévention du suicide?	48
4.1. Assistance médicale au suicide : quelle position pour le psychiatre?	48
4.2. La jurisprudence comme reflet de l'évolution de la société (exemple du Canada)	49
4.3. Du droit de vivre dignement.....	50
Complément • Communiquer sur le suicide : à enjeu éthique exceptionnel, responsabilités singulières	52
1. De quoi parle-t-on?	52
2. Traitement médiatique du suicide: le vif sujet	55
3. Conclusion	61
Travaux, revue de littérature et pistes de recherche sur le suicide à l'adolescence	63
1. Épidémiologie du suicide et des tentatives de suicide des adolescents en France	66
1.1. Des conduites suicidaires différenciées selon le genre.....	66
1.2. D'importants écarts de mesure des tentatives de suicide entre les sources.....	67
2. Interactions entre comportements suicidaires et processus d'adolescence	69
2.1. L'adolescence : une délimitation moins nette qu'avant.....	69
2.2. Le rôle prépondérant des pratiques numériques dans le processus d'adolescence.....	69
2.3. Des facteurs protecteurs mis à mal par les évolutions de la famille.....	70

3. Le signalement du mal-être et l'adoption de comportements suicidaires difficiles à repérer	72
3.1. Une faible propension des jeunes à demander de l'aide	72
3.2. Des frontières floues entre comportements suicidaires et lésions cutanées auto-infligées	73
3.3. Le harcèlement et le cyber-harcèlement, des comportements connexes aux conduites suicidaires	73
4. Quelle prévention du suicide des jeunes ?	75
4.1. Des évaluations insuffisantes.....	75
4.2. Le développement des compétences psychosociales chez les enfants....	77
4.3. Des programmes d'interventions spécifiques pour repérer les adolescents à risque	79
4.4. La prévention par les outils connectés et le Web.....	85
4.5. Autres dispositifs de prévention du suicide des jeunes	86
Annexe I • L'enquête « portraits d'adolescents »	91
Annexe II • L'évaluation du programme SEYLE	93
Annexe III • L'évaluation du dispositif Porte t'apporte	97
Annexe IV • La prévention par les outils connectés	101

AVANCEMENT DES TRAVAUX 105

Avancement des travaux.....	107
1. Point d'information des travaux du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale	108
1.1. Des travaux fondés sur la littérature scientifique et les recommandations du Haut Conseil de la santé publique.....	109
1.2. Une stratégie multimodale à décliner en fonction des contextes locaux.....	110
2. Avancement des travaux des groupes de travail sur l'amélioration des données sur le suicide et les tentatives de suicide de l'Observatoire national du suicide	114
2.1. Projet d'étude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides avec les instituts médico-légaux.....	114
2.2. L'amélioration des données sur les tentatives de suicide : bilan.....	115
3. Suivi des recherches sur la prévention du suicide parrainées par l'Observatoire national du suicide	120
3.1. Travail et risque suicidaire : études épidémiologiques en population générale	121
3.2. Sensibilité à l'adversité sociale dans les conduites suicidaires	129
3.3. Étude de validation de la version française du questionnaire « Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ) dans une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgences pédiatriques	134

3.4. Médiation des technologies de l'information et de la communication dans l'expression du suicide : le cas des associations d'écoute de prévention contre le suicide	146
3.5. Défaut d'inhibition cognitive et tentative de suicide chez le sujet âgé : caractérisation par <i>eye tracking</i> et impact des interactions psychosociales	150

FICHES 155

Fiche 1 • Données épidémiologiques sur les décès par suicide	157
Fiche 2 • Hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France.....	164
Fiche 3 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015	172
Fiche 4 • Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011	181
Fiche 5 • Caractéristiques socioprofessionnelles associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011.....	187
Fiche 6 • Actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire.....	191
Fiche 7 • Enquête sur les activités et pratiques des instituts médico-légaux en France, en 2016, en vue de l'amélioration des connaissances des données sur la mortalité.....	197

ANNEXES 203

Annexe 1 • Recueils numériques sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide, sur le surendettement & le suicide, et sur la thématique du suicide (tomes 1 & 2)	205
Annexe 2 • Textes fondateurs de l'Observatoire	209
Contributeurs	217



SYNTHÈSE

DOSSIERS P.33

*AVANCEMENT
DES TRAVAUX* P.105

FICHES P.155

ANNEXES P.203

SYNTHÈSE

Diane Desprat et Valérie Ulrich (DREES)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport sur la prévention du suicide de 2014¹, rappelle que « toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge ne sont épargnées ». Le suicide est un phénomène que l'on retrouve dans toutes les sociétés, dans toutes les catégories de la population et à toutes les époques. Dès l'Antiquité, on trouve des écrits faisant mention de décès par suicide. Depuis les années 1990, le suicide connaît une baisse tendancielle dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en dehors du Japon et de la Corée². Néanmoins, il constitue aujourd'hui encore la quinzième cause de mortalité dans le monde, la deuxième pour les 15-24 ans, et il est à l'origine de 1,4 % des décès (données OMS 2012).

Le suicide est un sujet complexe, aux déterminants multiples. Le taux de suicide est tout d'abord un indice de la santé mentale d'une population. Il peut, en effet, être lié à certaines pathologies psychiatriques, en particulier la dépression, mais sans que ce lien soit systématique. Il est également révélateur de problèmes sociaux et économiques, du fait notamment du lien entre chômage, conditions de travail et suicide. Plusieurs travaux relèvent que, à la suite de la crise économique et financière de 2008, l'augmentation du taux de chômage s'est accompagnée d'une hausse du taux de suicide chez les hommes en âge de travailler. Toutefois, cette corrélation mérite d'être confirmée par d'autres recherches, comme le souligne la revue de littérature sur cette question présentée dans le premier rapport de l'Observatoire national du suicide³.

Il est de fait difficile d'identifier et de démêler les raisons qui poussent à l'acte suicidaire. Un certain nombre de facteurs ont néanmoins été mis en évidence (OMS, 2014) : des facteurs individuels (antécédents de tentative de suicide, problèmes de santé physiques ou psychiatriques, difficultés financières dues à un surendettement⁴ ou à la perte d'un emploi, etc.), relationnels (isolement, situation de veuvage ou de divorce, etc.) et enfin sociaux (chômage et conditions de travail) ou sociétaux (accès

1. OMS (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*.

2. OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017 : les indicateurs de l'OCDE*.

3. Observatoire national du suicide (2014). *Suicide – État des lieux des connaissances et perspectives de recherche* (1^{er} rapport). Paris, France.

4. Voir le recueil numérique Surendettement & suicide sur le site Web de l'Observatoire : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

facilité aux moyens létaux, obstacles aux soins, couverture médiatique inappropriée du suicide, etc.). Dès lors, des facteurs de risques multiples se conjuguent : psychiatriques, somatiques, démographiques, socio-économiques et culturels. Il importe de les prendre en compte pour appréhender le geste suicidaire (voir le dossier dédié aux facteurs de risque dans le 2^e rapport de l'Observatoire⁵).

Ainsi, comme le souligne le psychiatre Fabrice Jollant : « On trouve le suicide partout dans le monde, quoique à des fréquences variables, pour des raisons variées, et les motifs sont plus ou moins les mêmes partout. Le suicide est bien un phénomène universel. »⁶ De plus, aucune discipline ne peut expliquer à elle seule les mécanismes des conduites suicidaires. Ce sujet invite donc à une analyse pluridisciplinaire. C'est ce à quoi l'Observatoire national du suicide s'attache depuis 2013.

Le suicide est, par ailleurs, un phénomène évitable en partie par la prévention, comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé dans son rapport de 2014. C'est pourquoi, depuis ses débuts, l'Observatoire articule ses réflexions autour de la connaissance des actions de prévention efficaces. La littérature identifie la réduction de l'accès aux moyens létaux comme l'une de ces mesures. D'autres existent, comme le maintien du contact avec les personnes ayant été hospitalisées pour une tentative de suicide ou la prévention communautaire faisant intervenir un grand nombre d'acteurs de divers secteurs (de l'éducation, de la santé, de la justice, de la police, de la protection de l'enfance, des services sociaux, sans oublier les médias). Ces deux mesures ont été étudiées de façon détaillée dans le premier rapport de l'Observatoire.

Dans le présent rapport, la prévention est abordée sous l'angle des enjeux éthiques. Le premier dossier thématique restitue ainsi les pistes de réflexion de l'Observatoire sur cette question. Plusieurs thèmes sont abordés : la posture de l'écoute par les associations d'aide à distance, les conditions d'une levée du secret médical en cas de risque suicidaire, les interactions possibles entre la législation sur la fin de vie et la prévention du suicide et, enfin, l'importance de promouvoir le droit de vivre dans la dignité comme action de prévention du suicide. En complément, la couverture responsable du suicide par les journalistes et les médias en général fait l'objet d'un article dans ce rapport.

Le second dossier thématique traite des comportements suicidaires des jeunes. Bien que le nombre de décès par suicide chez les jeunes soit relativement faible par rapport aux autres classes d'âge, un focus sur cette population a semblé

5. Observatoire national du suicide (2016). *Suicide – Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives* (2^e rapport). Paris, France.

6. Jollant, F. (2015). *Le suicide : comprendre pour aider l'individu vulnérable*. Paris, France : Odile Jacob, p. 28.

pertinent aux membres de l'Observatoire. Le suicide d'un jeune a en effet une résonance particulière dans l'entourage proche, dans les médias et dans la société en général. Il fait écho à des débats sociétaux plus larges comme la place de l'école dans la prévention, l'évolution de la jeunesse et des familles ou le rôle des outils numériques comme vecteur de contagion de certains comportements à risque. Ce dossier restitue sept interventions de chercheurs et de représentants d'associations sur ces thématiques. Complété par des éléments de la littérature, il propose une vue d'ensemble sur le suicide des jeunes, ses singularités et les actions efficaces pour le prévenir ainsi que des pistes de recherche à investir.

Ce rapport fait état de l'avancement des travaux de l'Observatoire, comme dans les éditions précédentes, avec en complément un aperçu des travaux du Conseil national de la santé mentale (CNSM), créé en 2016 afin de mettre en œuvre une stratégie globale et transversale en santé mentale. Le rapport présente la démarche de ce Conseil et, plus spécifiquement, celle de son groupe de travail consacré à la prévention du suicide. L'articulation des travaux du Conseil, à vocation opérationnelle, et de l'Observatoire, à visée d'amélioration des connaissances, devrait contribuer à améliorer l'efficacité de la prévention du suicide. Les travaux de l'agence Santé publique France visant à améliorer les systèmes de surveillance des suicides et tentatives de suicide sont également rapportés. Enfin, un point d'étape permet de suivre les travaux de recherche financés dans le cadre de l'Observatoire.

Après un rappel des données épidémiologiques-clés disponibles aujourd'hui en France, cette synthèse aborde donc successivement les principaux axes de réflexion au sein de l'Observatoire, développés dans les deux dossiers thématiques du rapport : les enjeux éthiques que soulèvent la prévention du suicide et le suicide des jeunes. Il est ensuite fait un point d'information sur les travaux du groupe de prévention du suicide du Conseil national de la santé mentale et un état d'avancement des travaux de l'Observatoire national du suicide. Cette synthèse fait enfin le point sur les recommandations concernant l'amélioration des données, issues des rapports précédents, et formule quelques nouvelles recommandations en matière de recherche, résultant des travaux présentés dans ce troisième rapport.

1. État des lieux des données de mortalité par suicide et de tentatives de suicide en France

1.1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide

En France métropolitaine, en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm), soit près de 24 décès par jour.⁷ On compte ainsi un suicide toutes les heures. Toutefois, ce chiffre sous-estimerait de 10 % les décès par suicide, portant ce nombre à près de 10 000. Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, constatée dans toutes les régions françaises, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique.

Le décès par suicide touche davantage les hommes que les femmes. Le taux de décès standardisé⁸ est de 23,1 pour 100 000 pour les premiers contre 6,8 pour 100 000 pour les secondes. D'après l'Organisation mondiale de la santé, cette surmortalité des hommes par suicide touche tous les pays mais, dans une proportion plus forte, les pays à revenu élevé, dont la France.

Si le suicide concerne tous les âges, le taux de suicide est nettement plus élevé chez les personnes âgées, notamment chez les hommes. Pour l'année 2014, alors que le taux de décès par suicide des 15-24 ans est de 7,5 pour 100 000 hommes, c'est entre 45 et 54 ans et après 74 ans qu'il est le plus important, respectivement 33,4 et 59,4 pour 100 000 hommes. Toutefois, bien que le taux de suicide entre 15 et 24 ans soit relativement faible comparativement aux autres tranches d'âge, il n'en constitue pas moins la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et représente 16 % des décès de cette tranche d'âge en 2014.

Les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (57 %), l'utilisation d'armes à feu (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modalités diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 61 % des suicides et l'utilisation d'armes à feu de 16 %. Les femmes, elles, ont majoritairement recours à la pendaison (42 %), à la prise de médicaments et autres substances (24 %) et aux sauts d'un lieu élevé (13 %).

7. Les données synthétisées dans cette partie sont les dernières données disponibles à l'été 2017. Elles sont détaillées dans les fiches statistiques en fin d'ouvrage.

8. Il s'agit du taux pour 100 000 habitants standardisé selon la population Eurostat regroupant l'Union européenne et l'Association européenne de libre-échange (les pays de l'UE-28 ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse), en 2014. Ce taux est obtenu en appliquant à la population française la structure par sexe et âge de cette population de référence. Cette standardisation permet des comparaisons internationales et temporelles, en neutralisant l'effet des différences de structure par sexe et âge des populations comparées.

Parallèlement, ainsi que l'ont souligné les sociologues dans la lignée d'Émile Durkheim, d'importantes inégalités face au suicide sont à constater selon les catégories socioprofessionnelles. Parmi les professions les plus à risque, les agriculteurs comptent, entre 2010 et 2011, 296 décès enregistrés. Toutefois, alors qu'en 2010, il était constaté un excès de suicide de 20 % chez l'ensemble des hommes agriculteurs exploitants, en 2011, seuls les exploitants agricoles âgés de 45 à 54 ans présentaient un excès de mortalité par suicide significativement supérieur (de 33 %) à celui de la population générale d'âge similaire.

D'autres professions sont également très touchées, comme les surveillants de prison qui ont connu une vague de suicide en 2009. En réaction, une série d'actions de prévention du suicide a été mise en place par l'administration pénitentiaire auprès de son personnel. Ces actions portent sur l'amélioration des procédures de recrutement, des conditions et des cycles de travail, mais aussi sur la mise en place d'un réseau de soutien institutionnel.

Ces chiffres taisent les conséquences de ce geste sur les proches. Comme le rappellent Christian Baudelot et Roger Establet : « le deuil après suicide n'est pas un deuil comme les autres. C'est toujours "un deuil aggravé", selon la formule du psychiatre Michel Hanus. [...] Par les interrogations qu'il suscite et du fait de son caractère exceptionnel, chaque suicide interpelle directement un grand nombre de personnes. L'évènement rare ne passe pas inaperçu. Il impose sa présence par les jalons qu'il pose dans la trame de la vie quotidienne »⁹.

1.2. Données épidémiologiques sur les tentatives de suicide

À ces chiffres sur les décès par suicide s'ajoute celui des tentatives de suicide. En 2015, 78 128 patients ont été hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide¹⁰ ; ce chiffre a connu une diminution entre 2010 et 2013. Il semble se stabiliser depuis. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide présente en outre des disparités régionales : la Guadeloupe connaît les taux les plus bas (respectivement, 3,9 pour 10 000 chez les femmes et 3,3 chez les hommes) tandis que la région Hauts-de-France a les plus forts taux d'hospitalisation pour une tentative de suicide (30,7 pour 10 000 chez les femmes et 23,7 chez les hommes). Ce geste concerne davantage les femmes avec un premier pic chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans (en moyenne 39 pour 10 000) et un second entre 45 et 49 ans (en moyenne 27 pour 10 000).

9. Baudelot, C., Establet, R. (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, France : éditions du Seuil, p. 41.

10. L'analyse est ici circonscrite aux tentatives de suicide des personnes hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée 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, ni encore les personnes non hospitalisées après l'acte suicidaire.

A contrario, chez les hommes, les hospitalisations pour tentative de suicide augmentent avec l'âge jusqu'à 40-44 ans (en moyenne 20 pour 10000) et baissent ensuite.

Deux enquêtes, l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) et le volet français de l'enquête European school project on alcohol and other drugs (ESPAD), pilotées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), permettent une analyse fine du risque suicidaire chez les 15-19 ans. Elles montrent notamment que 3 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide ayant débouché sur une hospitalisation. À cela s'ajoute le fait qu'un jeune sur dix a déclaré avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois. Les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les filles, de même que les pensées suicidaires. L'âge moyen à la première tentative est de 13,6 ans pour les filles comme pour les garçons. Les jeunes des Hauts-de-France déclarent plus souvent des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. À l'inverse, l'Île-de-France et la Corse comptent le plus faible taux d'adolescents ayant fait une tentative de suicide ou ayant des pensées suicidaires (voir partie 1.2 page 67).

2. Enjeux éthiques de la prévention du suicide

Les membres de l'Observatoire national du suicide, engagés en faveur de la prévention du suicide, sont naturellement confrontés à la question des enjeux éthiques associés à cette prévention. Lors de la séance plénière de l'Observatoire du 19 octobre 2016, ils ont esquissé des pistes de réflexion sur les principes susceptibles de guider les actions de prévention du suicide, afin d'éclairer les acteurs – soucieux de bien faire et dont la responsabilité est parfois engagée – sur la conduite à tenir face à des comportements suicidaires. En cohérence avec le champ de l'Observatoire, les échanges n'ont pas porté sur les situations des personnes atteintes d'une maladie incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme, qui relèvent du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Le premier dossier de ce rapport restitue les échanges de cette séance plénière ; il est complété par une présentation des actions visant à améliorer la communication sur les suicides dans les médias¹¹ et par un recueil numérique sur ce thème, consultable sur le site Web de l'Observatoire¹².

11. Notredame, C.-E., Grandgenèvre, P., Pauwels, N., Danel, T., Vaiva, G., Walter, M. (2016). Can we consider the journalist an actor in suicide prevention? *L'Encephale*, 42(5), 448-452. Disponible sur : www.europepmc.org/abstract/med/27268241

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

En introduction de la séance plénière de l'Observatoire consacrée aux enjeux éthiques de la prévention du suicide, Nathalie Fourcade¹³ a rappelé les trois grands principes de bioéthique, reconnus internationalement : le respect de l'autonomie, la bienfaisance et la justice. Toutefois, dans la pratique, ces principes entrent en tension, posant la question de leur meilleure conciliation possible. Il convient ainsi de respecter la décision des personnes qui souhaitent mettre fin à leurs jours (respect de leur autonomie), tout en les aidant à trouver d'autres solutions à leur détresse (bienfaisance et justice), en particulier si des troubles de santé mentale sont susceptibles d'altérer leur capacité de jugement. L'intervention de Michel Debout¹⁴ à ce sujet est présentée dans le premier dossier.

En outre, chacun de ces principes peut revêtir des contenus différents selon la perspective que l'on adopte, et notamment selon que l'on s'attache aux conséquences de l'action ou à ses principes. La première approche peut ainsi conduire à tenter d'évaluer l'opportunité d'une action de prévention du suicide en fonction de ses conséquences attendues sur le bonheur des personnes concernées, et la deuxième, à poser au contraire comme absolue la protection de la vie humaine. Ces difficultés reflètent la complexité et l'importance des questions soulevées par l'éthique de la prévention du suicide, que ce rapport ne fait qu'esquisser. Celles-ci prennent une acuité particulière dans les situations d'urgence : risque suicidaire important à court terme, décision de prise en charge médicale après une tentative de suicide engageant le pronostic vital, mise en danger de la vie d'autrui. Le dossier aborde notamment la question de la levée du secret médical dans ce contexte, qui a fait l'objet d'une présentation de Jean-Pierre Soubrier¹⁵. Face à ces difficultés, les associations de prévention du suicide et d'aide à distance adoptent des règles de conduite différentes, comme l'ont montré Jean-Pierre Igot¹⁶ et Enguerrand du Roscoät¹⁷, qui traduisent en partie la variété des publics qui font appel à elles.

Enfin, le dossier restitue les interventions de Françoise Chastang¹⁸ et Gabrielle Pilliat¹⁹ sur le lien entre prévention du suicide et mort volontaire assistée, à la lumière d'exemples étrangers. Dans la loi française, le droit de mourir constitue un droit-liberté (on est libre de se donner la mort) mais pas un droit-créance (on ne peut exiger une aide à mourir). Il est important de s'intéresser aux implications d'un droit-créance à mourir, dans les pays qui l'ont mis en place, sur la prévention

13. Alors sous-directrice de l'Observatoire de la santé et de l'assurance maladie à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

14. Médecin légiste au centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne, membre de l'Observatoire national du suicide.

15. Centre de ressources en suicidologie, expert OMS, membre du comité international de l'OMS pour la prévention du suicide et la recherche en suicidologie et membre de l'Observatoire national du suicide.

16. Président fédéral de l'association SOS Amitié.

17. Responsable de département, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France et membre de l'Observatoire national du suicide.

18. Psychiatre, CHU de Caen.

19. Titulaire d'un master 2 de criminologie, université d'Ottawa.

du suicide. En effet, dans les pays où l'aide médicale au suicide ou le suicide assisté, voire l'euthanasie, sont légalement autorisés ou en débat, des inquiétudes apparaissent quant à la difficulté d'organiser la prévention du suicide dans ce cadre. Le suicide risque alors d'être plus facilement envisagé comme une option possible, sans véritable exploration des autres issues.

3. Appréhender le suicide à l'adolescence pour mieux le prévenir

3.1. L'état des lieux des connaissances sur le suicide des jeunes

Les comportements suicidaires des jeunes²⁰ constituent une préoccupation majeure de santé publique qui a été peu abordée dans les deux premiers rapports de l'Observatoire. L'absence d'une revue de littérature spécifique à cette population a été également regrettée par le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Le groupe de travail « Axes de recherche » de l'Observatoire a ainsi choisi de consacrer ses travaux de l'année 2016 à cette thématique. Sept intervenants – chercheurs et membres associatifs – ont partagé leurs réflexions au cours de deux séances de travail qui se sont tenues les 22 juin et 22 novembre 2016. L'objectif de ces réunions était de faire émerger des besoins de connaissances et des enjeux de recherche à partir des questions et des préoccupations formulées par les intervenants et les participants au groupe.

Le dossier dédié rend compte de ces divers exposés et échanges. Il propose également une revue de littérature sur les problématiques actuelles autour des comportements suicidaires des jeunes qui, sans prétendre à l'exhaustivité, a été orientée en fonction des thèmes traités par les différents intervenants.

Comme en attestent les données récentes, les tentatives de suicide sont nombreuses à l'adolescence, alors que les décès par suicide sont plus rares mais pèsent fortement dans la mortalité des jeunes. Bien que certains rapprochements entre les comportements des filles et des garçons soient observés dans la pratique, d'importantes disparités demeurent, à commencer par la prévalence des comportements suicidaires. Le mal de vivre et la souffrance des filles se traduisent par des plaintes et des atteintes à leur corps (douleurs, troubles alimentaires, scarifications, etc.), dont les tentatives de suicide sont une forme d'expression alors que les garçons

20. Les termes « adolescents » et « jeunes » sont utilisés indifféremment, pour traduire le fait qu'il n'est pas fait référence à une tranche d'âge particulière. En effet, la période de l'adolescence n'a pas de délimitation nette, elle débute avec les modifications physiques et psychologiques liées à la puberté et se termine avec l'entrée dans l'âge adulte, cette dernière notion étant elle-même floue et pouvant être reculée du fait de l'accès plus difficile qu'auparavant à l'emploi et à l'autonomie.

extériorisent davantage leur souffrance par le recours à la force et à la violence (délinquance, alcoolisation, vitesse sur les routes, errance, etc.), dont les décès par suicide sont la forme ultime.

Le rapprochement des différentes sources fait apparaître, dans les enquêtes, une proportion de jeunes déclarant une tentative de suicide plus élevée que celle des jeunes hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide (statistiques hospitalières). Si toutes les tentatives de suicide ne se traduisent pas par un recours aux soins et si on estime à environ 40 % la part des suicidants passés par les urgences donnant ensuite lieu à une hospitalisation, il est difficile d'expliquer pourquoi cet écart est plus important chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes. Pour en affiner la compréhension, il conviendrait d'interroger davantage les différences de sens attribué aux pensées et aux conduites suicidaires entre les jeunes femmes et les jeunes hommes, les différences de déclaration dans les enquêtes, et les différences de comportement de recours aux soins.

La compréhension des comportements suicidaires des adolescents, comme celle des autres tranches d'âge, bénéficiera de l'amélioration des systèmes d'information que l'Observatoire a impulsée (voir partie 4.2 page 24). Les données hospitalières permettent d'appréhender les parcours de soins des personnes hospitalisées pour une tentative de suicide et de préciser en quoi les parcours des jeunes se distinguent de ceux des adultes.

3.2. La vulnérabilité des jeunes et leurs comportements suicidaires

Il est apparu légitime à plusieurs intervenants d'interroger certaines évolutions de notre société comme facteurs explicatifs de la vulnérabilité des jeunes et de leurs comportements suicidaires. Tout d'abord, les troubles des conduites et l'inadaptabilité sociale apparaissent plus précocement que par le passé, en particulier les violences contre soi ou contre les autres. Par ailleurs, les pratiques numériques ont pris une place prépondérante dans la vie de la plupart des adolescents. Elles ont parfois pour effet de réduire la durée de leur sommeil, de diminuer leur activité physique et de les surexposer aux médias, ce qui les prédispose fortement aux symptômes dépressifs et anxieux ainsi qu'aux idées suicidaires. De plus, l'usage des technologies numériques semble creuser les inégalités entre les jeunes face au suicide. Il présente en effet un atout pour les adolescents allant bien et évoluant dans un environnement familial et scolaire sécurisant, mais il constitue un espace exposant les plus vulnérables à la souffrance et au risque suicidaire. Les outils numériques, notamment les réseaux sociaux, peuvent enfin, dans certains cas, jouer un rôle dans l'amplification du phénomène de « contagion » des risques suicidaires. La vulnérabilité des jeunes serait également accrue par la diminution de

la fonction protectrice de la famille, quelle que soit sa configuration, et une exigence de performance accrue, à l'école particulièrement.

Les jeunes en souffrance se signalent parfois par d'autres comportements pouvant avoir des liens avec les conduites suicidaires. La littérature sur les scarifications et les automutilations ne permet pas de conclure si celles-ci sont des signes avant-coureurs d'un risque suicidaire ou, au contraire, des alternatives protectrices au suicide. Le harcèlement et le cyber-harcèlement seraient plutôt des comportements connexes aux comportements suicidaires et partageraient les mêmes facteurs de risque.

En matière de mesures préventives du suicide en direction des adolescents, les programmes ou les interventions auprès des jeunes souffrent d'un manque d'évaluations rigoureuses de leur efficacité. Toutefois, les connaissances progressent. La littérature s'accorde à souligner l'importance d'intervenir en milieu scolaire et ce, à deux niveaux : tout d'abord en renforçant les compétences psychosociales des enfants dès l'âge de 5 ou 6 ans, visant des effets à plus long terme, puis en ciblant plus spécifiquement les adolescents à risque. Pour ce second niveau, il s'agit de repérer ceux qui vont mal afin de les orienter vers le système de soins. La détection des jeunes en souffrance peut passer par l'utilisation d'un autoquestionnaire pour repérer les plus fragiles ou à former des personnes « sentinelles », notamment parmi le personnel scolaire, capables d'identifier les jeunes à risque. Un autre mode d'intervention semblant efficace consiste à améliorer la réactivité et la bienveillance des élèves face à leur propre souffrance ou à celle de leurs camarades et à renforcer leur disposition à en référer à des adultes. La modification des normes de communication entre jeunes, d'une part, et entre jeunes et adultes, d'autre part, facilite le repérage de ceux qui présentent un risque suicidaire.

Pour les jeunes isolés (déscolarisés, résidant en milieu rural ou loin de leur famille, en résidence universitaire, par exemple), il faut développer des actions proactives : en allant vers eux régulièrement pour leur délivrer des messages de prévention. Enfin, il a été démontré que, comme pour les adultes, les actions de veille, de recontact et de prise en charge après une tentative de suicide sont primordiales pour éviter les récives chez les jeunes.

Les applications de santé connectées pourraient, par ailleurs, ouvrir la voie à de nouvelles stratégies de prévention du suicide des jeunes, en permettant d'aller à la rencontre des adolescents. La facilité d'accès à internet et aux technologies mobiles des moins de 20 ans permet un développement plus aisé d'approches spécifiques de prévention du suicide.

Les interventions et les échanges entre membres ont permis d'identifier des recommandations en matière de recherche pour mieux comprendre les comportements suicidaires des jeunes (voir partie 6 *infra*).

4. État d'avancement des travaux

4.1. Point d'information des travaux du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale

Le Conseil national de la santé mentale a été installé le 10 octobre 2016 par Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, dans l'objectif d'être force de réflexion et de propositions, de veiller à l'articulation des différentes politiques et de rassembler les divers acteurs de la santé mentale.

La DREES représente l'Observatoire national du suicide au sein de ce Conseil. L'articulation des deux instances repose sur la complémentarité de leurs travaux. Le Conseil national de la santé mentale est une instance de définition des politiques de santé mentale et de prévention du suicide, avec des missions à visée opérationnelle, tandis que l'Observatoire a des missions d'observation, d'information et d'amélioration des connaissances et des systèmes d'information sur les comportements suicidaires.

Au sein du Conseil national de la santé mentale, trois commissions et un groupe de travail ont été mis en place. Ils correspondent aux priorités du Conseil : bien-être des jeunes ; prévention du suicide ; santé mentale et grande précarité ; parcours de l'usager et territorialisation de la politique de santé mentale.

Le groupe de travail relatif à la prévention du suicide est copiloté par le professeur Pierre Thomas, psychiatre au centre hospitalier universitaire de Lille, et la Direction générale de la santé (DGS). Ses travaux portent sur la définition d'actions de prévention concertées combinées et territorialisées sur la base des recommandations du Haut Conseil de la santé publique et des actions reconnues comme probantes par la littérature internationale.

Ce groupe propose ainsi d'inscrire la prévention du suicide dans le champ plus global de la santé mentale, de cibler les personnes les plus à risque (personnes ayant des idées suicidaires ou ayant déjà tenté de mettre fin à leurs jours) et de fixer des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicides et de tentatives de suicide. Il souligne la nécessité de mettre en œuvre des actions de prévention

multimodales pouvant s'adapter aux contextes des territoires et aux ressources mobilisables. Les cinq stratégies d'actions suivantes sont proposées :

- organiser le suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide en tenant compte des ressources mobilisables ;
- améliorer les formations au repérage du risque suicidaire en les centrant sur l'intervention de crise ;
- renforcer l'information du public ;
- mettre en place un numéro de prévention du suicide ;
- veiller au traitement médiatique et à la prévention de la contagion suicidaire.

4.2. Amélioration du système de surveillance des suicides et des tentatives de suicide

Dans la continuité des recommandations du premier rapport de l'Observatoire national du suicide sur l'amélioration du système de surveillance des suicides et des tentatives de suicide, l'agence Santé publique France anime deux groupes de travail.

Le premier groupe, créé en 2015 et piloté par Santé publique France en collaboration avec des instituts médico-légaux et le CépiDc-Inserm, a lancé une étude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides fondé sur les données des instituts.

Préalablement, une enquête téléphonique auprès des instituts médico-légaux a permis d'identifier les freins à la transmission systématique au CépiDc de l'Inserm des résultats de l'investigation sur les circonstances d'un décès par ces instituts, en cas de mort suspecte (fiche 7). Celle-ci doit normalement se faire par la rédaction d'un deuxième certificat de décès qui complète, annule ou s'ajoute au premier certificat rédigé par le médecin ayant constaté le décès. Il s'avère que peu d'instituts appliquent cette procédure, et encore moins de façon systématique. Cette enquête téléphonique a abouti à des propositions d'harmonisation et fournit des premiers éléments pour la mise en place de l'étude de faisabilité.

Cette étude, qui a obtenu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), est menée auprès de neuf instituts médico-légaux volontaires sur une période d'une année. Si les résultats sont concluants, des recommandations en découleront. Elles porteront sur le déploiement d'un tel système de surveillance des décès par suicide auprès de l'ensemble des instituts et sur l'évolution des modalités de certification des décès.

Pour améliorer la surveillance des tentatives de suicide, l'Organisation mondiale de la santé recommande également le recours aux données médico-administratives issues des passages aux urgences et des hospitalisations.

Un deuxième groupe de travail, piloté par Santé publique France, réunit la Fédération des observatoires régionaux des urgences, des experts des départements d'information médicale, des urgentistes et des psychiatres. Il a pour objectif principal d'améliorer la qualité du codage des tentatives de suicide grâce à l'action auprès des producteurs locaux de données. Il s'est ainsi attaché à travailler sur les données de passage aux urgences issues de la base Oscore®. Une évaluation des remontées des diagnostics dans cette base a été conduite. Le niveau d'exhaustivité des diagnostics dans Oscore® est d'environ 75 % mais il est très variable selon les services d'urgence. Une méthodologie d'exploitation de la base Oscore® pour l'étude des tentatives de suicide est par ailleurs proposée. Parmi les perspectives envisagées, le groupe de travail insiste sur la nécessité d'améliorer le codage pour la surveillance des tentatives de suicide dans Oscore® et envisage la création d'un nouveau thésaurus, avec introduction de la notion explicite de tentative de suicide, qui serait renseigné par l'infirmier d'accueil aux urgences ainsi qu'une évaluation des codages avec retour aux dossiers des patients.

4.3. Avancement des recherches financées par l'Observatoire

L'Observatoire et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) ont lancé en 2015 un appel à recherches sur la prévention du suicide. Vingt-huit projets ont été déposés et évalués par un conseil scientifique, présidé par Christian Baudelot²¹. La procédure de sélection a abouti au financement de cinq d'entre eux par la Direction générale de la santé, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ils portent sur des thématiques variées : vulnérabilité au suicide ; détection du risque chez les adolescents ; les mots du suicide et l'efficacité de l'écoute par les associations ; le suicide des personnes âgées ; le suicide et le travail. Ils mobilisent des disciplines diverses : psychiatrie, neurosciences, pédiatrie, psychologie, sciences de l'information et de la communication, épidémiologie, médecine du travail, etc. Les équipes de recherche ont démarré leurs travaux au premier trimestre 2016 et en ont présenté l'avancement le 10 mars 2017 aux membres de l'Observatoire.

La recherche de Nadia Younés²² porte sur la fréquence du risque suicidaire en population active occupée et sur l'étude du rôle des facteurs liés au travail, à partir

21. Sociologue, professeur émérite de l'École normale supérieure, membre de l'Observatoire national du suicide.

22. Psychiatre, centre hospitalier de Versailles, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, EA 4047.

de l'enquête Héraclès auprès d'adultes occupant un emploi et venus consulter leur généraliste, et de la cohorte GAZEL qui propose un suivi d'agents des entreprises Électricité de France et Gaz de France. Les premiers résultats montrent une association entre les comportements suicidaires et les exigences émotionnelles chez les femmes (devoir cacher et maîtriser ses émotions, contrôle de soi) ou l'intensité du temps de travail chez les hommes (contraintes de rythme, objectifs irréalistes ou flous, exigence de polyvalence, instructions contradictoires, longues journées de travail, horaires atypiques ou imprévisibles).

Dans le champ de la neuropsychiatrie, Philippe Courtet²³ compare les réponses émotionnelles de deux groupes de patientes à un stress social expérimental, les premières ayant fait une tentative de suicide, les secondes étant dépressives mais n'ayant jamais commis de tentative de suicide. Les premiers résultats révèlent que les premières auraient des profils de réponses émotionnelles différents qui pourraient expliquer leur plus grand risque de développer des comportements suicidaires.

Erick Gokalsing²⁴ conduit une évaluation d'un questionnaire court visant à repérer les adolescents à risque suicidaire qui entrent, pour tout motif, aux services d'urgence de deux hôpitaux de l'île de La Réunion. Le questionnaire semble remplir son rôle, car il permet de repérer les jeunes qui ont besoin d'une évaluation psychiatrique complémentaire et éventuellement d'une prise en charge, alors que les jeunes non repérés ne semblent pas avoir besoin de ce type de soins. Cette recherche permettra de répondre à certaines interrogations soulevées dans le deuxième dossier du présent rapport sur les actions de repérage efficaces des adolescents en souffrance.

L'étude de Romain Huët²⁵ porte sur l'analyse linguistique et textuelle des webchats de l'association d'écoute SOS Amitié. Cette recherche apporte une meilleure compréhension des mots utilisés par les appelants et de leurs attentes, et sera utile pour améliorer la prévention. Elle approfondit également les connaissances sur la méthodologie de l'écoute et pourra alimenter les réflexions de l'Observatoire quant à l'éthique de l'écoute.

Enfin, Pierre Vandiel²⁶ mène une étude sur le lien entre les tentatives de suicide chez les personnes âgées et un défaut d'inhibition cognitive (une altération de la capacité de résister aux distractions ou à inhiber une réponse attendue ou un commentaire

23. Professeur de psychiatrie, département d'urgence et de post-urgence psychiatrique, CHU de Montpellier.

24. Psychiatre, cellule d'urgence médico-psychologique océan Indien, Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR).

25. Maître de conférence en sciences de la communication, université de Rennes 2.

26. Psychiatre, cellule de psychiatrie de l'adulte, CHRU de Besançon, université de Franche-Comté, laboratoire de neurosciences cliniques et intégratives, EA 481.

qui traverse l'esprit). Si ce lien est avéré, la diminution de l'inhibition cognitive liée au vieillissement pourrait être compensée par des interactions sociales avec l'entourage et la famille.

5. Suivi des recommandations des précédents rapports

5.1. Refonte du certificat de décès et accélération du déploiement du certificat électronique

Dans son premier rapport en 2014, l'Observatoire avait appuyé la refonte du certificat de décès et l'accélération du recours au certificat électronique. Les textes réglementaires nécessaires à ces évolutions sont parus depuis.

Le décret n° 2017-602 relatif au certificat de décès a été publié le 21 avril 2017. Il complète les mentions devant figurer sur le certificat de décès et étend la procédure de dématérialisation au volet médical du certificat, le papier étant maintenu par défaut. Il ajoute un volet médical complémentaire pour affiner la connaissance des causes du décès.

Le certificat de décès est ainsi composé d'un volet administratif comportant le lieu, la date et l'heure du décès, les informations personnelles du défunt (nom, prénom, date de naissance, sexe et domicile) et les informations nécessaires à la délivrance de l'autorisation de fermeture du cercueil et à la réalisation des opérations funéraires. Il comporte également un volet médical relatif aux causes du décès, auquel s'ajoute désormais un volet complémentaire, disponible uniquement sous forme électronique, en cas de recherches approfondies des causes de décès. Ce volet est destiné à renseigner les causes du décès, lorsqu'elles sont initialement indéterminées. Elles seront par conséquent connues plusieurs jours après le décès et après l'envoi des volets administratif et médical aux organismes compétents²⁷. Les informations de ce volet complémentaire confirment, complètent ou remplacent celles du volet médical du certificat. Il est rédigé par le praticien qui effectue les recherches complémentaires, là où le volet administratif et le volet médical sont renseignés par le médecin qui atteste le décès. Le praticien qui procède au diagnostic des causes du décès disposera ainsi d'une procédure support pour informer l'Inserm des résultats de ses recherches.

Un arrêté du 17 juillet 2017 spécifie le contenu du volet complémentaire. Les informations figurant sur ce volet sont :

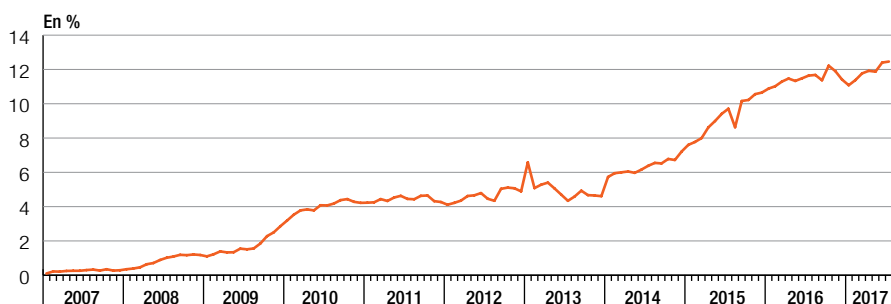
²⁷. Voir sur le site Web du CépiDc (www.cepidc.inserm.fr) une description du circuit administratif du certificat de décès.

- le lieu du décès ;
- le caractère brutal et inattendu de la mort ;
- les circonstances apparentes du décès (dont le suicide) ;
- le lieu de survenue de l'évènement ayant déclenché le décès en cas de mort violente (dont le suicide) ;
- l'existence d'une grossesse ;
- la survenue du décès lors de l'activité professionnelle.

La plupart des champs de ce volet complémentaire, dans lequel le décès par suicide est indiqué, sont des cases à cocher et non des champs libres.

L'envoi dématérialisé du certificat devrait permettre d'accélérer les remontées d'informations vers l'Inserm. En juillet 2017, le pourcentage de décès certifiés électroniquement atteint 12 % (graphique 1). Si ce pourcentage est encore faible, il augmente de façon soutenue depuis la fin de l'année 2013 et devrait bénéficier de la possibilité d'utiliser ce mode de transmission pour les deux volets du certificat.

GRAPHIQUE 1 • Pourcentage de décès certifiés électroniquement par mois et année de décès, de 2007 à 2017



Source • CépiDc-Inserm.

L'ajout du volet complémentaire devrait permettre d'affiner les statistiques de décès par suicide. Leur enregistrement par l'Inserm pourrait ainsi connaître une évolution, probablement à la hausse à partir de 2018, indépendamment de la réalité du suicide en France.

5.2. Appariement des données de l'échantillon démographique permanent et des causes médicales de décès

Le Système national des données de santé²⁸ (SNDS) permettra dans sa version finale de chaîner les données de l'Assurance maladie, les données des hôpitaux, les causes médicales de décès, les données relatives au handicap et un échantillon de données de remboursements en provenance des organismes complémentaires. À la fin 2017, cette fusion de bases de données porte sur les trois premières.

Par ailleurs, un projet d'appariement des données de l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee au Système national des données de santé est en cours de réalisation. Copiloté par la DREES et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en collaboration avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, il aboutira à la base de l'EDP-Santé.

Cette base constituera une source inédite permettant de croiser les causes médicales de décès, mais aussi les consommations de soins ou les parcours hospitaliers, avec les caractéristiques socio-économiques individuelles, décrites avec une grande richesse dans l'EDP. Ce dernier rassemble, pour près de 4 millions d'individus, les données des enquêtes annuelles de recensement et des précédentes vagues de recensement exhaustif, ainsi que les données fiscales et les déclarations annuelles des données sociales. Enrichi annuellement, l'EDP-Santé permettra un suivi longitudinal de la mortalité par suicide et de ses potentiels déterminants, notamment socio-économiques.

La mise en œuvre de cet appariement repose sur une réflexion juridique actuellement menée par les différents acteurs du projet, afin d'évaluer les conditions de mise en place, d'hébergement et d'accès aux données finales. Une fois achevée, les démarches auprès de la CNIL seront engagées pour permettre la réalisation finale de l'opération, dont la mise à disposition est prévue à l'horizon 2019-2020.

6. Nouvelles recommandations

Depuis la parution du rapport précédent en février 2016, les recommandations émises lors des assemblées plénières et des réunions des groupes de travail et validées par l'ensemble des membres, portent principalement sur des recherches à promouvoir.

28. www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil

6.1. Recommandations sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide

La séance plénière consacrée à l'éthique a constitué une première réflexion qui devra être poursuivie.

Comme évoqué plus haut, des recherches destinées à réfléchir à la posture de l'écoute dans les dispositifs d'aide à distance (une écoute participative et active mais non directive, une écoute accompagnée de conseils et de propositions de prise en charge) pourraient être envisagées. Plus largement, des travaux pourraient être développés sur les principes des actions de prévention dans les situations d'urgence : risque suicidaire important, mise en danger de la vie d'autrui, etc.

Par ailleurs, le possible impact de la dépénalisation de la mort volontaire assistée sur la perception du suicide dans les pays concernés mérite d'être étudié, surtout lorsqu'elle est appelée « suicide médicalement assisté ». Des travaux de recherche permettraient ainsi d'évaluer les répercussions de l'autorisation de la mort volontaire assistée sur le nombre de suicides dans les pays qui l'ont mis en œuvre.

6.2. Recommandations sur le suicide des jeunes

Malgré l'étendue des connaissances actuelles sur la prévention du suicide des jeunes, il reste encore d'importantes zones d'ombre que des travaux de recherche pourraient éclairer²⁹.

Afin d'améliorer les connaissances sur l'épidémiologie du suicide des jeunes et d'affiner l'efficacité des actions de prévention, des travaux qualitatifs sur le sens qu'attribuent les filles et les garçons aux pensées et aux actes suicidaires permettraient, d'une part, de mieux comprendre le processus de déclaration de leurs antécédents de pensées suicidaires et de tentatives de suicide dans les enquêtes, et, d'autre part, de repérer un éventuel rapprochement des comportements des deux sexes. L'exploitation des données hospitalières doit être approfondie pour mieux appréhender le parcours de soins à la suite d'une tentative de suicide, à condition d'améliorer leur codage dans ces sources.

Il conviendrait également d'analyser l'effet que peut avoir la conjonction de la place plus importante des mondes virtuels, de la diminution du rôle protecteur des familles et de l'exigence de performance individuelle, associée aux changements psychiques et physiques liés à l'adolescence, sur les conduites suicidaires des

29. La DREES a lancé, le 9 janvier 2018, un appel à recherches afin de promouvoir des travaux sur la prévention du suicide des jeunes.

jeunes. L'interaction de ces différents facteurs est mal connue. En particulier, le rôle des médias, du Web et des réseaux sociaux dans la promotion et la contagion des comportements suicidaires doit être éclairé. D'autres travaux devraient, au contraire, interroger le rôle des réseaux sociaux comme vecteur potentiel de repérage des pensées suicidaires et d'intervention préventive.

De plus, les liens entre les comportements suicidaires et d'autres types de conduites (scarifications, violence, consommation d'alcool, harcèlement, etc.) mériteraient d'être approfondis afin de faire progresser la réflexion sur les actions efficaces pour les prévenir. L'intérêt est aussi d'identifier si ces autres comportements sont des signes avant-coureurs, des médiateurs, des modérateurs ou des conduites connexes.

Enfin, concernant les moyens de prévenir le suicide des jeunes, les réflexions doivent porter sur l'amélioration de la détection de la dépression et du risque suicidaire, sur l'efficacité des dispositifs à mettre en place à l'école, dans les lieux de loisirs ou de soins (cabinets de médecins, urgences, etc.) pour repérer les adolescents en souffrance. L'efficacité de ce type de dispositifs dans le contexte français nécessiterait d'être étudiée.

Dans les programmes de prévention centrés sur les jeunes eux-mêmes, il faut s'interroger sur la manière d'augmenter les facteurs de protection ou de résilience afin de limiter ou de réduire l'apparition d'idées et de comportements suicidaires. Les pistes évoquées dans la littérature sont l'amélioration de l'estime de soi et le développement des compétences psychosociales. Les travaux de recherche peuvent aussi s'intéresser à la manière d'aborder la thématique de la mort volontaire auprès des jeunes, aux moyens de limiter les risques de contagion, de favoriser la perception des messages de prévention et d'instaurer de nouvelles normes de communication et d'entraide facilitant l'expression de la souffrance. L'opportunité de prévenir le suicide par les outils numériques mobiles connectés et le Web, dont les jeunes font un usage important, ouvre des perspectives nouvelles pour des études. La postvention – qui réfère aux mesures à prendre, à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide, auprès de l'entourage, en particulier dans le milieu scolaire – devrait également faire l'objet de recherches, afin d'adapter au mieux les interventions mises en place dans ces situations.

Sur toutes ces questions, il serait utile de promouvoir des recherches d'évaluation de programmes, de dispositifs ou d'actions de prévention des comportements suicidaires des adolescents. Des travaux plus qualitatifs permettant de caractériser la mise en œuvre du programme ou du dispositif étudié sont également attendus. Des réflexions sur les indicateurs utilisés pour évaluer l'effet d'une mesure ou d'un dispositif de prévention (idées suicidaires, tentatives de suicide, propension à demander de l'aide, connaissances sur le suicide, attitudes face à la dépression, autres comportements, etc.) et sur les méthodes seraient, par ailleurs, les bienvenues.

SYNTHÈSE p.13

DOSSIERS

*AVANCEMENT
DES TRAVAUX* p.105

FICHES p.155

ANNEXES p.203

SOMMAIRE

Dossier • Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide.....	35
Dossier • Travaux, revue de littérature et pistes de recherche sur le suicide à l'adolescence.....	63

ENJEUX ÉTHIQUES ASSOCIÉS À LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Nathalie Fourcade, Jean-Pierre Igot, Enguerrand du Roscoât,
Jean-Pierre Soubrier, Françoise Chastang, Gabrielle Pilliat, Michel Debout

« *Tous les hommes recherchent d'être heureux [...] C'est le motif de toutes les actions de tous les hommes. Jusqu'à ceux qui vont se pendre.* » Blaise Pascal, *Pensées*, 1670.

Les membres de l'Observatoire national du suicide, engagés en faveur de la prévention du suicide, sont naturellement confrontés à la question des enjeux éthiques associés à cette prévention. Ils ont esquissé, lors de la séance plénière du 19 octobre 2016, des pistes de réflexion sur les principes susceptibles de guider les actions de prévention du suicide, afin d'éclairer les acteurs, soucieux de bien faire, et dont la responsabilité est parfois engagée, sur la conduite à tenir lorsqu'ils sont confrontés à des comportements suicidaires. En cohérence avec le champ de l'Observatoire, les échanges ont porté sur les personnes ne souffrant pas d'une maladie incurable, dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, ces situations relevant du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Les membres de l'Observatoire se sont cependant interrogés sur les impacts, pour la prévention du suicide, des orientations législatives retenues en matière de fin de vie, sur la base d'exemples étrangers.

Ce dossier restitue les échanges de cette séance articulée autour de plusieurs séquences : introduction de la discussion, la posture de l'écoute par les associations d'aide à distance, les conditions d'une levée du secret médical en cas de risque

ENCADRÉ • Liste des intervenants de la séance plénière de l'Observatoire national du suicide du 19 octobre 2016

- **Nathalie Fourcade**, sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, DREES ;
- **Jean-Pierre Igot**, président fédéral de l'association SOS Amitié ;
- **Enguerrand du Roscoât**, responsable de département, Santé publique France ;
- **Jean-Pierre Soubrier**, coprésident fondateur du Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) ;
- **Françoise Chastang**, psychiatre au centre hospitalier universitaire de Caen ;
- **Gabrielle Pilliat**, titulaire d'un master 2 de criminologie, université d'Ottawa ;
- **Michel Debout**, médecin légiste au centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne.

suicidaire, les interactions possibles entre la législation sur la fin de vie et la prévention du suicide et enfin l'importance de promouvoir le droit de vivre dans la dignité comme action de prévention du suicide. Une présentation des actions visant à améliorer la communication sur les suicides complète ce dossier. Un recueil numérique sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide, élaboré par Monique Carrière (DREES), est par ailleurs consultable sur le site Web de l'Observatoire national du suicide.¹

1. Introduction de la discussion

Dans son introduction, Nathalie Fourcade rappelle les trois grands principes en bioéthique, reconnus internationalement : le respect de l'autonomie, la bienfaisance et la justice, auxquels s'ajoute la non-malfaisance lorsqu'elle est considérée comme un principe distinct². Dans la pratique, ces principes entrent en tension, posant la question de leur meilleure conciliation possible et, dans les situations complexes, il ne s'agit pas de choisir entre le bien et le mal, mais entre plusieurs biens³. En outre, les traditions philosophiques donnent à chacun de ces principes des contenus nuancés, avec des implications différentes en matière de prévention du suicide. Ainsi, on oppose classiquement une position morale téléologique, pour laquelle l'action a pour but la réalisation du bien, et qui s'interroge donc sur les conséquences de l'action, et une position déontologique, qui considère comme morale une action faite par devoir, par respect de principes auxquels on ne peut déroger, sans considération des conséquences de l'action⁴. Pour Emmanuel Kant, grand penseur d'une morale déontologique fondée sur l'autonomie du sujet, l'impératif pratique se traduit par une interdiction du suicide, qui reviendrait à considérer sa propre personne comme un moyen, et non comme une fin, et donc par une injonction à prévenir le suicide⁵. L'utilitarisme, adoptant quant à lui une approche téléologique, conséquentialiste, évaluera l'opportunité d'une action de prévention du suicide en fonction de ses conséquences attendues sur le bonheur des personnes concernées. Ces conséquences sont bien difficiles à déterminer, comme l'illustre le célèbre monologue de Hamlet⁶ : le suicide met fin à une souffrance jugée insupportable, mais il prive la personne

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

2. Beauchamp, T., Childress, J. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris, France : Les Belles Lettres.

3. Rameix, S. (1996). *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris, France : Ellipses.

4. Rameix, S., *op. cit.*

5. « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen ». Kant, E. (1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris, France : éditions Hatier, 2000.

6. « Qui voudrait porter ces fardeaux, grogner et suer sous une vie accablante, si la crainte de quelque chose après la mort, de cette région inexplorée, d'où nul voyageur ne revient, ne troublait la volonté, et ne nous faisait supporter les maux que nous avons par peur de nous lancer dans ceux que nous ne connaissons pas ? ». Shakespeare, W. (1603). *Hamlet*. Paris, France : éditions Libro, 2016.

d'opportunités (comme l'affirme la sagesse populaire, « l'espoir fait vivre »). Il faut également tenir compte de l'entourage de la personne, pour qui le suicide constitue un événement terrible. Dans certains cas, des proches peuvent, dans le même temps et avec beaucoup de culpabilité, se sentir soulagés d'un fardeau trop lourd à porter⁷. Ainsi, pour Anne Fagot-Largeault, certains auteurs, « riches et en bonne santé plus probablement que pauvres et malades, admettent comme une évidence que la vie est un bien, que plus de vie c'est mieux ; et que la mort est un mal, sinon le plus grand des maux ». Or, « une vie de pauvre qualité peut être pire que la mort »⁸. Dans ce cas, la pertinence d'une action de prévention du suicide fondée sur le principe de bienfaisance serait remise en cause, mais la question des moyens d'accroître la qualité de la vie pour tous demeure.

Ces difficultés reflètent la complexité et l'importance des questions traitées par l'éthique biomédicale dans le champ de la prévention du suicide. L'Observatoire souhaite les éclaircir, sans toutefois prétendre les résoudre entièrement. Comme le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé le rappelle : « l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine⁹ ». Ainsi, selon Suzanne Rameix¹⁰ « l'éthique est cette dialectique incessante du déontologique et du téléologique : l'objet de la volonté éthique c'est la réconciliation du juste et du bien ». Il ne s'agit donc pas de fournir un « kit de bonnes pratiques » indiquant la conduite qui s'imposerait sans ambiguïté face à chaque comportement suicidaire. Il s'agit d'éclairer les principes sous-jacents aux différentes options et d'aider les acteurs, confrontés à des situations toujours singulières, à s'orienter, dans le dialogue avec la personne souhaitant mettre fin à ses jours, vers la meilleure ligne de crête possible entre respect de l'autonomie, bienfaisance et justice.

1.1. Que faire face à des comportements suicidaires ?

Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide concernent en premier lieu la conduite à tenir face à une personne ayant un comportement suicidaire. Cela s'adresse à l'ensemble des individus en contact avec la personne concernée : professionnels de santé, relations familiales, amicales et professionnelles, associations, institution scolaire, etc. Plusieurs difficultés se posent dans l'application des grands principes déjà énoncés, face à un individu qui envisage de se donner la mort. Elles

7. Volant, É. (2002). La mise en scène de la mort dans le quotidien social et la gestion du risque suicidaire. *Éthique préventive*, 4 (2).

8. Fagot-Largeault, A. (1996). Vie et mort. Dans Canto-Sperber, M. (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris, France : PUF.

9. Comité national d'éthique (2000, janvier). *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie* (avis n° 63).

10. *Op. cit.*

prennent une acuité particulière dans les situations d'urgence : risque suicidaire important à court terme, ou décision de prise en charge médicale après une tentative de suicide engageant le pronostic vital¹¹.

« Une personne autonome est une personne capable de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par elle-même d'agir conformément à cette réflexion. »¹² On pourrait ainsi considérer que mettre fin à ses jours est un choix réfléchi d'un individu libre, qui est le plus légitime pour décider de sa vie. Le respect de l'autonomie de la personne et le principe de non-malfaisance commanderaient dès lors de ne pas intervenir. Au contraire, aller contre cette décision, au nom d'une certaine idée de la bienfaisance, s'inscrirait dans la tradition paternaliste contre laquelle s'est construite la législation relative aux droits des patients. Le changement de paradigme, d'une approche paternaliste vers une approche respectueuse de l'autonomie, est illustré par ces deux textes :

- « Tout patient est et doit être pour lui (le médecin) comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir » et « Tout acte médical normal n'est, ne peut être, ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience », Louis Portes (alors président du Conseil de l'Ordre des médecins), communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 1950 ;
- article L. 1111-4 du Code de la santé publique (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, modifiée par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 - art. 5) : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Ainsi, et ce sera l'objet de la présentation suivante, certaines associations de prévention du suicide et d'aide à distance mettent l'écoute au cœur de leur activité et ont pour règle de ne pas intervenir en cas de crise suicidaire d'un appelant, respectant la décision de la personne, même si elles tentent de la dissuader d'intenter à ses jours et de la convaincre de se faire aider. En se plaçant strictement dans cette perspective, on peut aussi considérer que lever le secret médical pour permettre des actions de prévention (point discuté plus tard dans ce dossier), prodiguer des soins à des personnes ayant un comportement suicidaire sans leur consentement, et *a fortiori* les hospitaliser, les surveiller dans les établissements de santé, les lieux

11. Gohier, B., Briere, M., Mugnier, G., Fournis, G., Denes, D., Mesu, C. R., Garre, J.-B. (2013, novembre). Faut-il réanimer les patients admis pour tentative de suicide? *Réanimation*, 22 (6), 577-582.

12. Rouchouse, M. et Lemoine, E. (2013). *Les principes de la réflexion éthique*, Espace éthique Rhône-Alpes. Disponible sur : www.ecole-rockefeller.com/campus-numerique/inf2/cours/ue13/2013/les-principes-de-la-reflexion-ethique-inf2-26-03-2013.pdf

de privation de liberté, voire leur environnement professionnel et familial, irait ainsi à l'encontre de la liberté de la personne.

Il convient toutefois de tenir compte du contexte dans lequel la personne envisage de se donner la mort, et du fait que cette décision, loin d'être le résultat ferme et définitif d'une évaluation méthodique des différentes options, recèle toujours une part d'ambivalence. Ainsi, selon Maurice Halbwachs, « Il y a, dans cette façon de prendre congé de ses semblables, un mélange apparent de libre choix et de fatalité, de résolution et de passivité, de lucidité et d'égarement, qui nous déconcerte. »¹³ Le premier rapport de l'Observatoire indiquait : « Les membres de l'Observatoire considèrent ainsi que la plupart des personnes qui attendent à leur vie le font non parce que la vie en général ne leur semble pas valoir la peine d'être vécue, mais parce qu'ils ne trouvent pas d'autre issue dans leur vie en particulier. Le suicide constitue un choix par défaut, lorsque les autres moyens de soulager la souffrance semblent inaccessibles. » Si la personne rencontrait une aide adaptée (possibilités de se soigner ou de briser son isolement), son choix pourrait-il être différent ? Cette question se pose avec une acuité particulière pour les tentatives de suicide qui semblent relever d'un appel au secours, notamment chez les adolescents. Ainsi, des dispositifs visant à maintenir le contact avec des personnes ayant effectué une tentative de suicide tentent de le faire sur un mode non intrusif, en rappelant, par l'envoi de cartes ou de textos, que des ressources sont à la disposition de ces personnes si elles estiment en avoir besoin. Cette veille se réfère à la notion éthique de l'inquiétude, à la clinique du souci et à la notion de *connectedness*¹⁴, et semble avoir trouvé un positionnement adéquat, caractérisé par une sollicitude qui parvient à éviter l'ingérence. La question du contexte de la décision se pose tout particulièrement en cas de troubles mentaux, y compris les formes légères de dépression, susceptibles d'affecter les capacités affectives, volitives et cognitives. Or, ces troubles sont très fréquents chez les personnes ayant des comportements suicidaires. Peut-on préjuger de leur autonomie, tout en leur proposant de se soigner et les accompagner dans ce parcours ? Enfin, les travaux récents insistent sur le caractère ponctuel de nombreuses crises suicidaires, les personnes n'ayant plus, une fois la crise passée, envie de mourir, ce qui justifierait d'intervenir. Le dialogue avec la personne peut porter sur les éléments qui, chez elle, favorisent l'envie de vivre, sur les solutions qu'elle a éventuellement essayé de mettre en œuvre, en les valorisant si elles peuvent être utiles ou en l'aidant à en chercher d'autres (Gohier *et al.*, 2013, *op. cit.*).

Ainsi, certaines associations de prévention du suicide développent des politiques d'intervention, se trouvant en cohérence avec les recommandations du Haut Conseil de la santé publique¹⁵. Par exemple, SOS Suicide Phénix assure une passerelle entre

13. Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. Paris, France : Félix Alcan.

14. Il s'agit du degré de proximité sociale d'une personne ou d'un groupe avec d'autres personnes ou d'autres groupes.

15. *Évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*.

les personnes en souffrance et l'offre de soins en santé, en travaillant en complémentarité avec les acteurs du champ médico-social, notamment avec les médecins généralistes. C'est aussi le cas des cellules de prévention mises en place par la Mutualité sociale agricole¹⁶ (MSA), qui fonctionnent sur la base de « sentinelles » pluridisciplinaires formées à la détection de la crise suicidaire et à l'accompagnement des personnes.

Le respect de l'autonomie ne doit pas conduire à abandonner le principe de bienfaisance et devenir un prétexte à l'indifférence, qui traduirait la limitation des moyens que l'on est prêt à consacrer aux personnes en souffrance souhaitant mettre fin à leurs jours – même si ces moyens, quelle que soit leur importance, trouveront toujours une limite : « Il est évident qu'aucune société n'est en mesure de garantir à tous ses membres une vie heureuse ou pleine de sens, même si certains pays sont reconnus pour répondre adéquatement à des standards d'une bonne qualité de vie. »¹⁷ De fait, la loi prévoit que la responsabilité de l'entourage médical et professionnel puisse être engagée en cas de suicide. L'attention légitimement accordée à la personne tentée de se donner la mort doit s'accompagner de sollicitude pour les personnes susceptibles d'être affectées par ses comportements. La question des conditions d'une levée du secret médical se pose là encore, comme celle de l'équilibre entre secret et sécurité pour soi et pour autrui.

Il s'agit donc, pour les actions de prévention du suicide, de concilier respect de l'autonomie et bienfaisance, de témoigner sa sollicitude en apportant une aide non condescendante, respectueuse de la dignité de la personne. Selon Suzanne Rameix¹⁸, cette tension, qui fait la difficulté de la vie morale, en fait aussi la richesse :

- c'est le respect de la personne qui empêche l'empathie de devenir pitié infantilissante et humiliante ;
- c'est l'empathie face à la personne vulnérable qui empêche le respect de devenir indifférence insensible et égoïste.

Atteindre un tel équilibre suppose un partenariat avec la personne pour délibérer, décider et agir, mais également, lorsque c'est possible (ce qui pose de nouveau la question du secret médical), avec d'autres membres de son entourage, médical, professionnel, familial ou autre. Ceci permet aussi d'éviter de se retrouver seul face aux sentiments que cette relation peut faire naître, sentiments qu'il faut reconnaître et gérer pour éviter qu'ils ne deviennent préjudiciables à la personne qui souhaite

16. Observatoire national du suicide (2016, février). *Suicide – Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives* (2^e rapport). Paris, France. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>.

17. Volant, É., *op. cit.*

18. Rameix, S. (2016, juin). *Fondements philosophiques de l'éthique du soin*. Communication à l'université d'été de l'Espace éthique de l'AP-HP.

mettre fin à ses jours ou à soi-même. L'entourage du patient, notamment les soignants, a également droit au respect de sa propre autonomie et à la préservation de son bien-être. L'éthique recommande de ne pas exiger d'eux des actions qui menaceraient leur intégrité morale, psychologique, affective et professionnelle.

Selon Éric Volant¹⁹, « la question éthique n'est pas de savoir si la mort est un droit qu'une personne en détresse physique ou morale peut revendiquer, mais plutôt de savoir si la mort librement choisie peut être, dans certaines circonstances, un bien et non pas un mal ». Dès lors, il convient de s'interroger sur les caractéristiques des sociétés qui font préférer à une proportion importante de leurs membres la mort à la vie, en lien avec le troisième (ou quatrième) grand principe de la bioéthique, celui de la justice. En effet, selon Maurice Halbwachs, « le nombre des suicides peut être considéré comme une sorte d'indication thermométrique qui nous renseigne sur l'état des mœurs, sur la température morale d'un groupe »²⁰.

1.2. Comportements suicidaires, éthique et société

Émile Durkheim liait degré d'intégration d'une société et prévalence du suicide : « Le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration de la société religieuse, de la société domestique ou de la famille, et de la société politique ou de la nation. »²¹ Cette analyse trouve un écho dans celle de Daniel Ramirez²², pour qui nos sociétés seraient caractérisées par une compétition forcenée pour les premières places, auxquelles, par définition, tout le monde ne peut prétendre. Elles seraient, symétriquement, inhospitalières pour les plus vulnérables, qui se verraient dans l'incapacité de trouver leur place, y compris sous la forme minimale consistant à bénéficier d'une écoute attentive, et seraient ainsi conduits à mettre fin à leur jour. Quelques principes fondamentaux pour la prévention du suicide sont à rappeler :

- le principe de justice doit être appliqué dans les actions de prévention du suicide, en traitant toutes les personnes ayant un comportement suicidaire avec un égal respect et une égale bienveillance, et en leur proposant le même accès aux soins, quelle que soit leur situation, y compris dans les lieux de privation de liberté ;
- il est souhaitable d'œuvrer, comme le font les associations, « à la construction et à la mise en place de lieux et de formes au sein desquelles et à la faveur desquelles nous pouvons échapper, fût-ce temporairement, à la pression séparatrice, isolante, de la compétition et de la performance »²³ ;

19. Volant, É., *op. cit.*

20. *op. cit.*

21. Durkheim, É. (1897). *Le Suicide : étude de sociologie*. Paris, France : Félix Alcan.

22. *La philosophie de l'écoute*. Communication aux Journées nationales pour la prévention du suicide, 2016.

23. Peter, H. B., Mösl, P. (2003). *Suicide. La fin d'un tabou*. Genève, Suisse : Labor et Fides.

- une attention toute particulière doit être accordée à la manière dont on traite les enfants, individus vulnérables et dignes de respect, qui construisent, dans l'interaction avec leur environnement et notamment les parents, leur résilience future ;
 - il convient de s'interroger systématiquement sur les actions de postvention souhaitables et possibles, dans l'environnement familial comme professionnel.
- Enfin, la manière dont les suicides sont présentés dans les médias – et les collaborations possibles avec eux permettant, dans le respect de leur liberté d'expression, une présentation des faits susceptible de limiter les effets de contagion – constitue également une question importante pour la prévention du suicide.

1.3. Le lien entre prévention du suicide et suicide assisté : quels enseignements des exemples étrangers ?

Dans la loi française, le droit de mourir constitue un droit-liberté (on est libre de se donner la mort) mais pas un droit-créance (on ne peut exiger une aide à mourir). Comme indiqué précédemment, l'Observatoire se préoccupe de la situation de personnes qui ne sont pas en fin de vie, et sont, pour la plupart d'entre elles, physiquement en mesure de mettre fin à leurs jours. Il est néanmoins important de s'intéresser aux implications d'un droit-créance à mourir, dans les pays qui l'ont mis en place, sur la prévention du suicide. En effet, dans les pays où l'aide médicale au suicide ou le suicide assisté, voire l'euthanasie, sont légalement autorisés ou en débat, des inquiétudes apparaissent quant à la difficulté de la prévention du suicide dans ce cadre.

L'association québécoise de prévention du suicide a souligné en 2013²⁴ que si l'aide médicale au suicide, le suicide assisté et l'euthanasie deviennent des options possibles, le suicide risque de devenir collectivement accepté et ainsi d'être plus facilement envisagé comme une option possible. Or, la prévention du suicide vise justement à lutter contre cela en montrant aux personnes en détresse que d'autres issues sont possibles. Deux situations peuvent induire un risque de dérive : lorsque la personne qui demande qu'on l'aide à mourir souffre de troubles psychiques ou psychiatriques qui peuvent altérer sa perception et lorsque la personne envisage de mourir pour des questions existentielles²⁵. Or, dans les pays du Benelux et en Suisse (pays ayant autorisé le suicide assisté ou l'euthanasie), certaines dérives sont observées. Des médecins acceptent de fournir un produit létal à des personnes souffrant de troubles psychiatriques, sans nécessairement connaître leur parcours

24. Association québécoise de prévention du suicide (octobre 2013). *Aide médicale à mourir et prévention du suicide*. Mémoire portant sur le projet de loi n° 52 concernant les soins de fin de vie. À consulter sur : www.aqps.info/media/upload/2_M%C3%A9moire_AQPS_Projet_loi_52.pdf

25. Claeys, A. et Leonetti, J. (2014, décembre). *Contributions à la réflexion sur les nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*. À consulter sur : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000166.pdf

de vie (c'est souvent la première fois qu'ils rencontrent la personne) et sans solliciter un avis psychiatrique²⁶.

2. Les associations d'écoute

2.1. Le rôle des associations de prévention du suicide et d'aide à distance : intervenir ou non en cas de crise suicidaire d'un appelant ?

Après avoir rappelé que d'autres associations d'écoute ont des approches différentes, Jean-Pierre Igot présente les modalités d'action de l'association SOS Amitié pour prévenir le suicide. Les caractéristiques de l'écoute y sont formalisées dans une charte :

- bénévole, l'écouter adopte un point de vue profane afin que l'appelant ne se sente pas dans une position de patient ;
- non directive, pour construire un espace où la parole peut se libérer sans contrainte, ni réserve ;
- fondée sur l'empathie et la bienveillance : il s'agit d'entendre la détresse sans la juger ni la culpabiliser ;
- anonyme, les échanges sont confidentiels.

SOS Amitié présume que chaque personne a en elle-même les ressources nécessaires pour dépasser son mal-être et que le fait de nommer le problème va permettre de le circonscrire.

Ces principes d'écoute ont pour corollaire l'absence de conseils et de prise en charge, à l'exception des appels évoquant explicitement ou non des pensées suicidaires. Dans ce cas, les écoutants rappellent l'existence de dispositifs d'aide.

Des réflexions sont en cours au sein de l'association pour répondre aux questions suivantes :

- Face à l'irruption d'un nouveau public de jeunes (via le chat), l'aide proposée est-elle bien adaptée²⁷ ?

26. Kim, S.Y., De Vries, R.G., Peteet, J.R. (2016, avril). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73 (4).

Olié, E., Courtet, P. (2016, août). The controversial issue of euthanasia in psychiatric patients. *JAMA Psychiatry*, 306 (6).

27. Cette question rejoint les interrogations soulevées par la recherche de Romain Huët (voir la partie Avancement des travaux).

- Quelle attitude adopter face aux appels répétés correspondant finalement à une forme de suivi ?
- Comment mieux articuler l'action de l'association avec les autres services impliqués dans la prévention du suicide ?

2.2. Revue de littérature sur les dispositifs de prévention et d'aide à distance

Pour rendre compte de la diversité des modes d'action en matière de prévention du suicide, Enguerrand du Roscoät (Santé publique France) apporte quelques éléments de réflexion sur la manière d'envisager l'aide à distance par la mise en place de programmes d'intervention.

Dans le cadre de ses travaux avec les associations d'écoute préventive, l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (Inpes, aujourd'hui fusionné au sein de Santé publique France) avait mené en 2009 une revue de littérature, réactualisée en 2013-2014, sur les dispositifs de prévention et d'aide à distance. Les résultats tendent à montrer un bénéfice attendu des lignes d'appels téléphoniques, notamment sur la baisse des taux de suicide et sur la diminution des pensées suicidaires imminentes.

Deux dispositifs ont été évalués comme susceptibles de réduire les taux de suicide observés en population générale :

- le recontact des patients sortis de l'hôpital après une tentative de suicide ;
- la mise en place de deux types de dispositifs envers les personnes âgées : un service d'appels d'urgence et un dispositif de suivi consistant à rappeler les personnes pour prendre de leurs nouvelles.

Des travaux anglo-saxons ont, par ailleurs, montré qu'il pouvait y avoir plusieurs types de pratiques d'écoute adaptées à différents profils d'appelants.

3. Risque suicidaire : quelles pourraient être les conditions d'une levée du secret médical ?

Jean-Pierre Soubrier (GEPS) rappelle les circonstances du crash de l'avion de la Germanwings du 14 mars 2015 qui avait été l'occasion d'un débat public sur la confidentialité médicale et les limites de la prévention du suicide. Le rapport du Bureau d'enquêtes et d'analyses (BEA) pour la sécurité de l'aviation civile du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, établi en mars 2016, a permis d'établir que le copilote, ayant précipité son avion dans les Alpes du Sud et provoqué la mort de 149 personnes, avait prémédité son geste. Ce rapport informait sur ses antécédents psychiatriques : épisodes dépressifs depuis 2008, consultations psychiatriques entre 2009 et 2014, hospitalisation suggérée sur présomption de symptôme psychotique en décembre 2014, plusieurs arrêts de travail soumis au centre aéromédical de la Lufthansa, admission dans un service psychiatrique pour un possible épisode psychotique le 10 mars 2015. Le jour du crash, le copilote était en arrêt de travail mais la compagnie n'en avait été informée ni par l'intéressé ni par les médecins.

Face à un tel évènement se pose la question de savoir si ce drame aurait pu être évité et, de façon plus générale, quelles sont ou pourraient être les conditions de levée du secret médical en cas de risque suicidaire.

La condition idéale devrait être légale, permettant la levée du secret médical en fonction des facteurs de décision comme la prédictibilité de l'acte après analyse comparative des facteurs de protection et de risque existants, et sa dangerosité en cas de responsabilité publique (aviation, transport ferroviaire, sécurité nucléaire...).

Jean-Pierre Soubrier rappelle ensuite les conditions actuelles d'application du secret médical et analyse différents aspects avec lesquels ce principe s'articule ou entre en contradiction avec d'autres obligations légales.

Actuellement, le secret médical est général et absolu sans aucune exception, et sa levée peut entraîner une lourde condamnation. Il comprend deux aspects, le respect de l'intérêt du patient et le maintien de la confidentialité entre le patient et son médecin, qui peuvent se révéler contradictoires en cas de risque suicidaire. Cependant, Jean-Pierre Soubrier estime que, le suicide n'étant pas une maladie nosologiquement définie, il ne relève pas uniquement du secret médical. De nombreux auteurs considèrent, en effet, que le suicide est un acte moral, non pathologique, lié à un malaise social.

La discussion autour de la possibilité de levée du secret médical amène à préciser la notion de confidentialité, qui ne concerne pas uniquement le médecin mais

également le personnel de santé quel qu'il soit, du secteur social et médico-social. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit la notion de secret professionnel partagé, qui implique le recueil du consentement du patient pour tout échange d'information concernant la prise en charge de celui-ci. En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches ou la personne de confiance soient informés pour qu'ils apportent un soutien direct à la personne malade, sauf opposition de sa part.

Le respect du secret médical se heurte cependant à d'autres principes du droit français, relevant du Code pénal ou du Code de la santé publique. Ainsi, le secret médical peut *a priori* être levé pour éviter de tomber sous le coup de l'article 223-6 du Code pénal, sanctionnant la non-assistance à personne en danger, cette notion pouvant très bien se discuter dans le cadre d'un risque imminent de suicide. Une autre condition de levée du secret médical se présente en cas du refus de soins et d'une dangerosité d'acte suicidaire. La loi prévoit, en effet, une réponse à cette situation avec l'obligation de soins et le placement non-volontaire dans un établissement de soins, avec ou sans le recours de la force publique, qui repose sur la notion de dangerosité pour soi-même et pour autrui. Il existe une réserve dans l'application de ce dispositif légal, qui ne doit pas être uniquement une mesure d'enfermement mais aussi de protection. Cette notion de dangerosité devrait pouvoir être reconnue pour tout personnel exerçant une profession de responsabilité publique, comme le recommande le BEA pour la sécurité de l'aviation civile.

À la notion de secret médical s'ajoute la notion de consentement préalable à la levée du secret médical, qui consiste à demander à la personne suicidaire, ou récemment suicidante, l'autorisation de lever le secret de son intentionnalité. Cette demande comporte un risque pour l'interlocuteur (soignant, aidant ou écoutant) de rompre la relation de confiance.

Au-delà de la question de la levée du secret médical, le drame du meurtre-suicide du copilote allemand soulève celle de la transmission d'un arrêt de travail en cas de désordre mental grave et d'un risque de suicide ; celle-ci ne peut en effet se faire qu'avec l'accord de la personne.

Il semble exister un consensus mondial sur le recours aux mesures de placement en milieu hospitalier spécialisé dans le cas d'un refus de soins ou d'un risque suicidaire majeur imminent. En outre, au niveau international, les exceptions au secret médical sont possibles en matière criminelle, c'est-à-dire en cas de projet d'homicide ou d'homicide accompli, les autres conditions permettant sa levée variant selon les pays.

L'exception en matière civile concernerait uniquement la dangerosité automobile au Canada ou en Suisse, associée donc à la sécurité routière et la prévention du suicide. En Allemagne, à la suite du crash de l'avion de la Germanwings, une proposition de loi serait à l'étude au Parlement permettant à un médecin d'informer l'employeur en cas de dangerosité (suicide ou autre).

En Belgique (Wallonie), en juin 2016, le Conseil supérieur de la santé a formulé des recommandations sur la protection des personnes suicidaires présentant un danger pour elles-mêmes, avec la possibilité légale de mise en observation, terme plus souple que celui du placement en institution. Ce dispositif ne nécessite pas d'obtenir un consentement aux soins.

En Pologne, Elwira Marszalkowska-Krześ, professeur de droit de l'université de Wrocław, indique dans une publication récente (voir références bibliographiques *infra*) qu'en cas de menace pour la vie d'une personne ou d'autrui, la violation du secret professionnel peut être différente entre les médecins généralistes et les psychiatres.

En conclusion, Jean-Pierre Soubrier cite Claude Jacquinot, conseiller à la Cour d'appel de Paris, au sujet de la polémique autour de la publication du livre *Suicide, mode d'emploi*²⁸ : « Le devoir d'humanité le plus élémentaire est celui de porter secours. Antoine Loisel (juriste du XVI^e siècle) disait : "Qui peut et n'empêche, pêche." Cette obligation naturelle et juridique s'impose à tous. »

Références bibliographiques sur les conditions d'une levée du secret médical

- **Blachère, P.** (1986). De la morale médicale à l'éthique. *Psychologie Médicale*, 18 (6), 869-870.
- **Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile** du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (2016). *Accident survenu le 24 mars 2015 à Prads-Haute-Bléone (04) à l'Airbus A320-211 immatriculé D-AIPX exploité par Germanwings*. Rapport final. Disponible sur https://www.bea.aero/uploads/tx_elydbrapports/BEA2015-0125-LR.pdf
- **Collège des médecins du Québec** (2016, février). *Le geste suicidaire : expression systématique d'un refus de traitement ?* Avis du groupe de travail en éthique clinique.
- **Limat, P. et al.** (1986). Suicide et secret professionnel. *Psychologie Médicale*, 18 (6), 937-938.
- **Marszalkowska-Krześ, E.** (2015). Professional confidentiality applicable to psychiatrists. *Psychiatria Polska*, 49 (3), 641-648. doi : 10.12740/PP/43445

28. Guillon, C., Le Bonniec, Y. (1982). *Suicide, mode d'emploi*. Paris, France : Alain Moreau.

- **Motto, J. A.** (1983, décembre). Clinical implications of moral theory regarding suicide. *Suicide and life threatening behaviour*, 13 (4), 304-312. doi : 10.1111/j.1943-278X.1983.tb00026.x
- **Soubrier, J.-P.** (2016). Self-crash murder-suicide : Psychological autopsy essay and questions about the Germanwings crash. *Crisis*, 37 (6), 399-401. doi : 10.1027/0227-5910/a000453
- **Soubrier, J.-P., Vedrinne, J.** (1987). Can the law help ? *Combined Proceedings 20th AAS Annual Meetings and 19th IASP International Congress, San Francisco*.
- **Soubrier, J.-P.** (1986). Éthique et suicide : Introduction à la 17^e réunion du GEPS. *Psychologie Médicale*, 18 (6), 835.
- **Soubrier, J.-P.** (1982). Étude psychiatrique légale du suicide. *Annales médico-psychologiques*, 140 (2), 177-192.
- **Szasz, T. S.** (1980). The ethics of suicide. Dans Battin, M. P., Mayo, D. J. (dir.), *Suicide : The philosophical issues* (p.185-198). New-York, États-Unis : St. Martin's Press.
- **Vedrinne, J.** (1982). Suicide, Loi et position du médecin. In Vedrinne, J., Quenard, O., Weber, D. (dir.), *Suicide et conduites suicidaires : Aspects cliniques et institutionnels* (t. II, chap. VII, p. 253-264). Paris, France : Masson.
- **Wedler, H.** (1994). Controversial issues in the ethics and limitation of suicide prevention. *Crisis*, 15 (2).

4. À la lumière des exemples étrangers, comment l'évolution de la législation sur la fin de vie peut-elle avoir un effet sur la prévention du suicide ?

4.1. Assistance médicale au suicide : quelle position pour le psychiatre ?

Françoise Chastang (CHU de Caen) rappelle que les frontières entre euthanasie, assistance médicale au suicide et sédation profonde sont poreuses. Elle propose d'analyser ces actions à la lumière des expériences étrangères. Elles sont fondées sur la même intention de soulager, selon le principe de la dignité. La question des raisons invoquées lorsque les patients expriment une demande de fin de vie médicalisée est peut-être un grand défi des années à venir, avec une progression des indications de souffrance existentielle. Ceci va dans le sens d'une considération égale pour les souffrances psychiques et physiques, et d'une dimension subjective dans les symptômes réfractaires²⁹.

29. Le symptôme réfractaire est défini comme tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

Concernant les arguments cliniques sur la façon de répondre à une demande médicale de fin de vie, il s'agit de savoir que toute demande est fondée sur le désespoir d'une personne, de reconnaître ce qui peut être curable, et de soigner ce qui peut et doit l'être. Les psychiatres seront de plus en plus sollicités vis-à-vis de ces demandes de fin de vie en augmentation. Le risque est un possible glissement, les psychiatres pouvant ainsi être détournés de leur rôle consistant à traiter la souffrance mentale et à proposer d'autres options que la fin de vie. Il faut également reconnaître si les troubles mentaux sont susceptibles d'altérer l'autodétermination, et de s'interroger sur la réversibilité de la demande.

En Belgique, les profils de patients demandant une fin de vie pour raison psychiatrique sont différents de ceux qui la demandent pour une raison somatique : âge moyen plus bas, plus grande proportion de femmes, troubles dépressifs et troubles de la personnalité. La moitié des demandes fondées sur des raisons psychiques sont considérées comme recevables : 73 % donnent lieu à des euthanasies et 23 % des personnes changent d'avis. En Suisse, 16 % des assistances médicales au suicide sont liés à des demandes existentielles. Aux Pays-Bas, 26 % de la population accepteraient le principe d'une fin de vie médicalisée en dehors de tout motif médical. Les euthanasies représentent 4 % des décès et 1 % des euthanasies concerne des problèmes psychiatriques (dépression, troubles de la personnalité, conduites suicidaires répétées).

En conclusion, dès l'instant où un pays légifère sur une fin de vie médicalisée, il modifie la relation médecin/malade. Il devient alors nécessaire de redéfinir l'acte médical.

4.2. La jurisprudence comme reflet de l'évolution de la société (exemple du Canada)

Gabrielle Pilliat (université d'Ottawa) se propose d'illustrer le lien possible entre la législation sur la fin de vie et la prévention du suicide en prenant l'exemple du Canada, dans une approche historique.

À vingt ans d'intervalle, deux drames personnels illustrent l'évolution que le Canada a connue en matière d'encadrement légal de la fin de vie. En 1993, Sue Rodriguez est déboutée de sa demande pour obtenir ce qu'elle considère comme le droit à mourir dans la dignité, après avoir fait appel devant la Cour suprême du Canada des décisions des juridictions de premier recours. En 2015, la même instance donne raison à Gloria Taylor qui bénéficie d'une exemption constitutionnelle lui permettant d'être aidée à mourir par un médecin. En 2016, le projet de loi C14 précise les conditions nécessaires d'obtention de cette aide légale à mourir : être affecté de problèmes

graves et irrémédiables avec une mort naturelle raisonnablement prévisible, être Canadien, être majeur, être capable de fournir un consentement libre et éclairé, et fournir une demande de manière volontaire et libre de contraintes.

Cette évolution de la législation canadienne sur la fin de vie s'inscrit dans le cadre de plusieurs lois récentes, et de changements sociétaux profonds (apparition de maladies chroniques, médicalisation de la prise en charge des malades, développement de l'acharnement thérapeutique, etc.), accompagnés d'un changement de rôle du médecin, devenant référent et se situant au centre du dispositif législatif.

Concernant le lien entre suicide médicalement assisté (SMA) et suicide, on constate que les caractéristiques des personnes qui demandent le SMA sont très spécifiques et diffèrent de celles des personnes qui se suicident. Ces personnes ont entre 60 et 85 ans, sont peu religieuses, majoritairement de race blanche et avec un haut niveau d'étude, plus souvent des femmes, généralement atteintes de cancers ou de maladies neuro-dégénératives graves comme la sclérose amyotrophique latérale. Leurs motivations sont la souffrance physique, la peur de perdre leur qualité de vie et une douleur existentielle qui n'aurait pas été entendue par le médecin. Leurs motivations sont donc stables et spécifiques, contrairement à celles de nombreuses personnes qui se suicident. Il est ainsi difficile de passer d'un phénomène à l'autre.

Peu d'études ont tenté d'analyser le lien entre législation sur la fin de vie et prévention du suicide, et celles qui l'ont fait aboutissent à des conclusions opposées. En l'absence de certitude, il convient de rester vigilant et d'encourager les travaux de recherche.

4.3. Du droit de vivre dignement

Michel Debout (CHU de Saint-Étienne) relève qu'être favorable à la prévention du suicide ne signifie pas être contre le suicide. Tout un chacun peut être amené à penser que le suicide est une possibilité laissée à tous, résultat du choix réfléchi d'un individu libre. De la même façon, on peut considérer que le suicide n'est en réalité que la marque d'une grande souffrance qui nécessite une écoute préventive. Mais il estime que la société se doit d'abord de considérer le droit de vivre dans la

dignité, avant de se poser la question du droit de mourir. S'il devient facile de se départir de la vie, quelle est sa valeur ? L'Observatoire national du suicide doit être le premier défenseur de la vie et de la qualité de vie humaine.

En discussion, Jean-Pierre Soubrier souligne que la suicidologie n'est pas favorable à la notion de suicide médicalement assisté.

Complément • Communiquer sur le suicide : à enjeu éthique exceptionnel, responsabilités singulières

Charles-Édouard Notredame¹, Pierre Grandgenèvre¹, Nathalie Pauwels²,
Thierry Danel^{1,2}, Guillaume Vaiva^{1,2}, Michel Walter³

Cet article n'engage que les auteurs.

1. De quoi parle-t-on ?

1.1. La force pragmatique du contenu médiatique

Tout acte de communication, lorsqu'il est activement et consciemment posé, porte en son sein le substrat de ce qui fait la complexité de la question de la liberté. La révélation, la commination, la proposition, la dénonciation, l'évocation, sont souvent considérées comme le fruit d'une pensée inaliénable, emblème de la dignité humaine, parce qu'elle représente la dernière enclave insoumise même lorsque le corps est sous le joug de l'oppression. Mais dans le même temps, l'acte de communication ne saurait se défaire de sa force pragmatique, de son empreinte sur le réel, de sa capacité à changer, faire changer, empêcher ou prévenir. Or, cette dimension pragmatique est à la fois une forme de consécration de la liberté de soi et une entaille nécessaire dans la liberté d'autrui, car si ce que je dis infléchit la réalité dans le sens de mon énonciation, cela le fait au détriment des expressions possibles de l'autre (1).

Ces questionnements propres à la communication et à la liberté ne s'arrêtent évidemment pas aux échanges entre individus. Ils concernent tout autant, si ce n'est plus, les situations d'énonciation intransitives qui sont le propre des pratiques journalistiques. Si les journalistes n'interpellent pas un individu en particulier, s'ils ne s'adressent pas à une personne singulière, ils n'en gardent pas moins leur force pragmatique démultipliée par le fait qu'elle s'imprime au double niveau individuel et social. Tout message envoyé par les médias a, en effet, des conséquences plus ou moins directes sur le lecteur, l'auditeur ou le téléspectateur en tant qu'individu ainsi que sur le groupe social auquel il appartient. Même s'il ne se commue pas en action concrète, le savoir – même infime – auquel donnent accès les médias procède d'après nous d'une trame pragmatique irréductible par laquelle le journaliste agit au moins *a minima* sur son auditoire. Et de fait, cette trame de force pragmatique minimale qui le relie à son auditoire l'oblige aussi à sa responsabilité.

1. CHRU de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire.

2. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale, Hauts-de-France.

3. CHRU de Brest, pôle de psychiatrie, université de Bretagne-Occidentale (UBO).

La question sensible qui en découle – « le journaliste est-il donc libre de tout dire ? » – ne relève pas de notre compétence de cliniciens. Sans chercher à répondre, nous tâcherons de la mettre en perspective en traitant de ce qui nous intéresse plus directement, à savoir les enjeux qu'il y a pour un journaliste à dire ou à écrire sur le sujet du suicide.

1.2. La liberté, enjeu fondamental mais complexe

Rappelons que ce qui fonde le droit des journalistes à s'exprimer ne leur est pas propre. En effet, dans toute société démocratique, la liberté d'expression est érigée en droit fondamental et inscrite comme telle dans les textes constitutifs : article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, article 19 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme. La liberté d'expression n'est pas propre aux journalistes mais elle revêt pour eux une importance particulière, ne serait-ce que parce qu'elle est la condition même de leur existence autant que l'essence de leur fonction. Plus encore, elle est chez eux érigée en emblème. En plus d'être liberté d'expression, elle représente aux yeux de la société la possibilité de disposer de cette liberté. Aussi les journalistes campent-ils le rôle plus ou moins reconnu d'émissaire à qui chaque membre social peut déléguer symboliquement sa propre potentialité à dire ou questionner sans entrave.

Cette spécificité, le droit français la reconnaît en sanctuarisant la liberté de la presse par la loi du 29 juillet 1881, renforcée en janvier 2017 [2]. Or la formulation même de cette loi mérite attention, car c'est précisément avec le paradoxe que nous avons évoqué plus haut qu'elle compose. Dans un premier temps, elle institue et protège une liberté qui semble ne pas devoir souffrir la contradiction : il s'agit bien de l'avènement d'un droit inaliénable. Et pourtant, dans un deuxième temps qui n'est en fait que le prolongement très étroit du premier, elle referme ses possibles en mettant cette liberté tout juste affirmée sous conditions : un journaliste a le droit absolu de s'exprimer sauf s'il s'agit de diffamer, d'injurier, de discriminer, d'inciter à la haine ou d'attenter à la protection des mineurs. Ce faisant, la loi fixe les paradoxes de la notion même de liberté lorsqu'elle s'inscrit dans la trame sociale. En reconnaissant les conséquences très concrètes et potentiellement préjudiciables que les écrits journalistiques sont susceptibles d'avoir, la loi protège à la fois la liberté de la presse mais elle protège aussi de la liberté de la presse.

Par conséquent, tout discours relatif à la liberté des médias devrait traiter, dans le même mouvement, et sous peine d'idéologisation, de leur liberté d'expression et de l'empreinte qu'ils laissent sur la liberté de leur audience. Reconnaître ce lien dynamique complexe qui unit une société à son corps médiatique, c'est instituer le rôle social du journaliste.

Le lien de covariance entre liberté du journaliste et liberté du lecteur/auditeur/télespectateur est complexe pour plusieurs raisons. Du côté du journaliste, l'esprit de la liberté de la presse voudrait que les contingences sociales n'aient pas barre sur leurs facultés d'expression. En d'autres termes – et c'est ainsi que la Charte de déontologie de Munich, qui fixe les droits et devoirs du corps journalistique, le mentionne [3] – le journaliste se doit d'être indépendant. D'ailleurs, la loi française prévoit des dispositions pour protéger, voire encourager cette indépendance : interdiction de la concentration des organes de presse, aides au maintien du pluralisme, à la diffusion, etc. Mais là encore, si un cadre légal et un appui étatique sont nécessaires à préserver l'indépendance journalistique, c'est bien que celle-ci ne porte en elle-même aucune évidence. L'information ne devrait être emportée que par sa logique propre. Elle devrait être force de résistance face à la corruption et aux pressions. Mais aujourd'hui, les pressions sont plus insidieuses, infiltrantes et parfois même inévitables parce que structurales. Les intrusions et collusions politiques, les intimidations idéologiques, l'actionnariat, les impératifs économiques, la force des lobbys sont autant de menaces contre lesquelles il faut lutter, mais qui colorent nécessairement la logique de l'information, ne serait-ce que par les marques « en négatif » que laisse cette lutte. À en croire le classement Reporters sans frontières, la problématique est particulièrement prégnante dans l'Hexagone [4]. En quinze ans, la France a rétrogradé de 34 places au classement des indices de liberté de la presse, occupant en 2016 le 45^e rang derrière le Burkina Faso et le Botswana. Indépendance et liberté sont-elles deux notions tout à fait superposables ? Pour le dire autrement, l'aliénation est-elle réductible aux contingences et aux déterminismes ? Ou alors ne faut-il pas voir que la liberté réside aussi dans la capacité de composer avec ces contingences ? Être libre de s'exprimer, est-ce nécessairement synonyme d'être délivré de toute contrainte à le faire ou n'y a-t-il pas aussi une forme de liberté à composer avec les contraintes, c'est-à-dire à accepter les contraintes qui sont inévitables ou nécessaires pour mieux s'ériger contre celles qui sont injustes et injustifiées ?

1.3. Représenter, se représenter ou transmettre des représentations

Du côté de l'audience, la question de la liberté est aujourd'hui caractérisée par la crise de confiance que connaît la société française à l'endroit des journalistes. La question se pose, qui prendra toute son importance en ce qui concerne le suicide, de savoir si les médias ne sont qu'un canal de diffusion d'une information voulue purement factuelle, ou s'ils participent au « travail », à la modulation de cette information ? Traduite dans le champ des sciences de la communication, l'interrogation devient : les médias ne font-ils qu'entretenir des représentations collectives par le relais qu'ils en font, ou participent-ils à façonner, voire à générer ces représentations au sein du corps social ? Parmi les chercheurs et les professionnels, les deux positions, dont les implications éthiques sont très concrètes, peinent à être

dialectisées. Sans prétention à l'arbitrage, nous nous contenterons de les rapprocher de la notion d'empreinte minimale sur la réalité que nous avons soulevée plus haut. Même s'il se veut d'une objectivité et d'une impartialité parfaites, le journaliste et la rédaction à laquelle il appartient opèrent des choix à chaque étape du processus de production de l'information : choix du sujet à traiter, de l'angle d'approche, des mots, des tournures, du style d'écriture, de la titraille, choix des personnes interviewées, du placement, de la temporalité et du mode de diffusion. Qu'ils soient conscients ou non, ces choix conduisent inévitablement à ce que les productions journalistiques revêtent un double niveau de lecture. Comme dans toute structure communicationnelle, le niveau strictement informatif (ou niveau digital), se voit augmenté d'un niveau implicite, davantage sujet à l'interprétation, que l'on peut qualifier de niveau analogique (5). Le contenu analogique est celui qui se lit « entre les lignes », qui renvoie le lecteur à certaines impressions, images ou idées à propos d'un sujet pourtant traité de manière factuelle. Or, il nous semble que ce contenu latent qui échappe en partie au journaliste constitue sa contribution minimale au travail des représentations sociales. Une contribution qu'il pourra amplifier, moduler et investir variablement selon ses choix (les éditorialistes et les faits-diversiers représentent deux opposés à cet égard), mais à laquelle il ne pourra jamais se soustraire tout à fait. Par la force de ce contenu analogique, le lecteur pourra consciemment ou inconsciemment interpréter des intentions qu'il supposera au journaliste ou s'en trouver affecté dans ses représentations. À travers la notion de modèle implicite (6), c'est donc à nouveau les notions d'empreinte sur la réalité, de liberté du lecteur en lien avec celle du journaliste et de responsabilité de ce dernier qui se trouvent nouées autour du travail médiatique.

2. Traitement médiatique du suicide : le vif sujet

Aussi général ou digressif qu'il puisse paraître, le développement précédent nous semble être un prérequis indispensable pour comprendre les enjeux éthiques qu'il y a à traiter du suicide, et surtout à essayer d'infléchir la pratique journalistique sur ce sujet. Car la couverture médiatique d'un fait divers suicidaire a ceci de particulier qu'elle donne l'exemple de façon immédiatement tangible de la force pragmatique de l'information et cristallise autour d'un sujet sensible les questions de liberté, de responsabilité et d'indépendance.

L'enjeu éthique n'a pas d'équivalent dans la pratique journalistique. Par le biais de l'effet Werther³⁰, chaque article, chaque émission, chaque reportage touchant à la question du suicide risque d'inciter des personnes vulnérables à se donner la mort (7). Certes le mécanisme par lequel cette « contagion » survient reste à éclaircir,

30. L'effet Werther désigne le fait que la couverture médiatique d'un fait suicidaire pourrait être responsable d'un phénomène de contagion chez des personnes déjà vulnérables.

mais le lien de causalité ne fait plus guère de doute (8). Même lorsqu'ils se forcent à la neutralité et à l'objectivité, les journalistes sont le plus souvent conscients des effets collatéraux que leurs productions sont susceptibles d'avoir, ne serait-ce que par la trame pragmatique minimale que nous évoquions plus haut. Mais jamais ces effets incidents ne sont aussi systématiques, aussi concrets et aussi graves que lorsqu'ils traitent du suicide. Si bien que la découverte de l'effet Werther tombe souvent pour les journalistes comme une sentence. C'est un lien auquel ils ne peuvent se dérober, qui engage leur responsabilité, interpelle leurs principes moraux et déontologiques et les oblige à un positionnement éthique clair.

2.1. L'écueil du scotome

En apparence, le positionnement le plus simple serait celui de la rétractation, voire de la soustraction. Avant même d'avoir connaissance des effets de contagion, beaucoup de journalistes disent leur inconfort à devoir se confronter à ce sujet qui les bouscule autant que n'importe quel citoyen. Apprendre que leurs productions sur le suicide pourraient être susceptibles de mettre la vie de certains de leurs lecteurs/télespectateurs/auditeurs en danger a souvent pour effet de les dissuader tout à fait d'en traiter. Perçu comme exceptionnellement contraignant, l'enjeu éthique de l'effet Werther semble alors pousser à l'autocensure, alors même que la liberté d'expression est ardemment défendue. Et de fait, voir disparaître le suicide des fils d'actualité aurait pour conséquence indubitable de couper court à l'effet Werther – du moins à celui attribuable aux médias professionnels. Si tant est que cela soit même concevable, entretenir un tel point aveugle serait-il néanmoins réellement opportun ? Nous soutenons le contraire. En effet, il y aurait d'après nous un double écueil à occulter le suicide, dans ce que l'on pourrait appeler un scotome³¹ médiatique.

Écueil journalistique d'abord, car le suicide est un phénomène dont les dimensions sanitaires, expérientielles ou philosophiques dépassent largement la seule portée individuelle. Si l'on se réfère à la sociologie durkheimienne, le suicide est même l'exemple paradigmatique de l'objet social (9). En tant que tel, les journalistes sont légitimes à le renvoyer sur la scène sociale, à en faire un sujet public. Nous irions même jusqu'à dire qu'ils seraient assez mal avisés de ne pas le faire. D'une part parce que ce serait nier sa valeur signifiante, celle par laquelle la violence du geste se fait révélatrice voire dénonciatrice d'un malaise sociétal au-delà du seul malaise individuel. D'autre part, parce que le devoir du journaliste que nous évoquions plus haut à conférer ou à restituer à son auditoire des degrés de libertés analytiques apparaît encore plus impérieux sur un sujet aussi profond et sensible que le suicide.

Écueil sanitaire ensuite, car si la censure annulerait le problème de la suggestion par les médias, elle en ferait naître d'autres, bien plus sérieux et durables. En effet,

31. Le scotome est une amputation partielle du champ visuel, perçue ou non par la personne.

le silence est la source la plus sûre d'une stigmatisation dont on sait qu'elle mine le recours aux soins de ceux qui souffrent d'idées suicidaires (10). Refuser de parler du suicide, ce serait instituer un interdit implicite que chacun pourrait faire sien : les aidants potentiels en engourdissant leur vigilance aux signaux d'alerte de leurs proches et en paralysant leur capacité à y répondre, les décideurs en les dédouanant d'investir les efforts que la gravité de la problématique réclame, les personnes en souffrance, surtout, en les dissuadant d'évoquer leur détresse et de demander de l'aide.

2.2. Traiter du suicide : une injonction éthique

À ce stade, le journaliste à qui il est demandé de couvrir une pendaison sur un lieu public pourrait se sentir acculé. D'un point de vue moral et philosophique, l'effet Werther rend difficilement acceptable le manque de discernement au moment de traiter du suicide. Dans le même temps, la déontologie et l'impératif d'utilité sociale excluent toute éventualité d'oblitération. En réalité, il nous semble que cette double contrainte implique davantage une injonction qu'elle ne mène à une impasse. Et l'injonction que le suicide fait au journaliste est celle de la voie tierce, du pas de côté. Pour ne pas avoir à se soumettre à l'indécidable, celui-ci n'a d'autre choix que de transposer la problématique. Non plus se poser la question « Doit-on parler du suicide ? » (question que les réseaux sociaux, sur lesquels les gestes et propos suicidaires abondent, rendent de toute façon caduque), mais plutôt « Comment bien parler du suicide ? ». L'inscription première sous le régime du qualitatif permet de clore toute hésitation quant à la pertinence de traiter des faits divers³² suicidaires en même temps qu'elle recentre le journaliste sur le cœur de sa fonction.

En se demandant « Comment vais-je traiter cette pendaison ? » avant même de se demander « Puis-je en traiter ? », c'est le champ de l'art journalistique qui s'ouvre dans toute son immensité : quel angle ? Quels mots ? Quel style ? Pour quel lecteur ? Dans quel but ? Un champ dans lequel le suicide exerce auprès du journaliste sa deuxième injonction : celle de l'exigence. Soumis à l'exceptionnelle sensibilité éthique du sujet, renvoyé au plus pur de ses responsabilités, le professionnel doit faire montre d'une application et d'une attention toutes singulières. Le suicide en appelle à son expertise, à son expérience et à sa sensibilité. Il les met à l'épreuve autant qu'il lui donne une occasion de les exprimer. Comme un défi lancé à ses compétences professionnelles, la tâche devient une stimulation. Et ce, d'autant plus que l'exercice ne porte pas seulement sur le contenu factuel qu'il y aura à restituer. Pour bien traiter du suicide (ou dans une sémantique moins moralisante, pour le traiter de façon responsable) il s'agit non seulement de prêter attention aux faits, à

32. On entend par fait divers un évènement de la vie qui n'est classable dans aucune des rubriques usuelles (politique, économie, internationale, nationale, etc.) du monde des médias.

la description objective et à la dénotation, mais aussi à ce qui n'est pas écrit et que le lecteur pourrait néanmoins comprendre ou interpréter.

2.3. Les figures implicites du suicide

Nous nous référons ici aux modèles de communication décrits plus hauts, fondés sur la distinction entre contenu digital (informatif) et contenu analogique (sujet à interprétation). En matière de suicide, il importe de prêter la même attention aux deux strates du discours, car l'effet Werther puise dans chacune d'elle. En tant que contenu informatif à proprement parler, la strate digitale est celle par laquelle un individu suicidaire pourrait se voir présenter des méthodes ou des lieux propices au passage à l'acte, ce qui aurait pour effet de le familiariser avec l'éventualité de son propre suicide (une disposition que les psychologues qualifient de « disponibilité cognitive ») [11]. Le niveau digital est aussi le niveau du style, qui colorera le récit d'une tonalité affective. Par la charge émotionnelle qu'il induira, un style ampoulé, dramatisant ou sensationnel aura pour effet d'éveiller l'attention et l'ap-pétence du lecteur. Mais par la même occasion, c'est la détresse induite chez les populations sensibles qui s'en trouve majorée, et donc l'impact que le contenu relatif au suicide aura sur eux [12]. La strate analogique est quant à elle moins docile, moins maîtrisable, plus volatile parce qu'à la fois dépendante de contingences non conscientes chez l'émetteur et tributaire des modalités interprétatives du récepteur. Le contenu analogique véhicule des messages implicites. Il n'énonce pas, il suggère, il évoque. Il est l'espace communicationnel de l'inférence : lorsque je lis qu'une personne âgée s'est suicidée en se précipitant de la fenêtre de sa maison de retraite, je ne me borne pas à me figurer la personne en question, mais convoque dans le même temps une image plus universelle (mais qui m'est propre) : celle de la personne suicidaire. Dans le creuset de mon système représentationnel, je me fais une idée de ce qu'est le suicide. Je l'infère depuis l'image qu'on me soumet, à la lumière de ma propre expérience. Cette idée, je pourrai ensuite m'y confronter, y chercher des similitudes ou des dissemblances avec ma propre situation, pour, le cas échéant, tendre à m'y conformer. C'est l'une des hypothèses sous-jacentes à l'effet Werther : chaque article de presse, chaque reportage, chaque émission traitant d'un fait divers suicidaire véhicule un certain modèle implicite du suicide auquel l'audience se réfère pour bâtir/consolider/modifier ses propres représentations [6]. Or les personnes en proie aux idées suicidaires sont particulièrement avides de ces modèles, qui fournissent des réponses préconçues à des questionnements existentiels souvent insoutenables. Dès lors, il y aurait un risque majeur à suggérer, à travers un sujet singulier que le journaliste aurait à dépeindre, que le suicide n'est finalement que l'issue d'un unique évènement causal, qu'il est imprévisible ou inéluctable. Cette image mythique, largement répandue dans l'opinion publique, fournit un support identificatoire efficace et pernicieux pour ceux qui se sentent eux-mêmes sur la brèche. Efficace en ce que la simplification et la linéarisation causale qu'elle

propose permettent à chacun d'y reconnaître des éléments de sa propre situation (« Moi aussi j'ai des difficultés familiales », « Moi aussi, mon travail m'est pesant »). Pernicieux en ce que l'inéluçtabilité du processus qu'elle suggère conduit à tirer des conclusions univoques : « Si moi aussi j'ai ce type de difficultés, et s'il n'y a d'autre choix pour soulager mes souffrances que de mettre fin à mes jours, alors je devrais peut-être suivre le même chemin que lui/qu'elle. »

2.4. Couvrir le suicide : informer ou communiquer ?

Couvrir le suicide de façon responsable impose au journaliste de travailler aux deux strates de son discours, en gardant toujours pour point de mire la lecture et l'interprétation que le lecteur vulnérable pourrait en faire. D'où la dernière injonction éthique que le suicide adresse aux professionnels des médias : celle de transposer son référentiel depuis celui de l'information vers celui de la communication. Nous avons conscience qu'il s'agit là d'une position discutée et discutable. On pourrait notamment nous opposer que l'information n'a pas d'autre finalité qu'elle-même et que la prise en compte des susceptibilités du lecteur n'est que secondaire et ne devrait en aucun cas constituer une contrainte. Mais dans le cas du suicide, la dimension pragmatique est tellement manifeste et grave qu'elle nous semble fonder à elle seule l'acte de communication tel que décrit plus haut. Le point de vue strictement factuel et informatif devient insuffisant à outiller le journaliste face aux enjeux éthiques et déontologiques que représente le suicide. Quand bien même il voudrait tendre à l'objectivité la plus parfaite, le journaliste aura à définir sa perspective pour traiter d'un fait divers suicidaire. Il aura à sélectionner ce qu'il décrira et ce qu'il laissera non-dit. Il devra choisir ses mots. En bref, conformément aux règles journalistiques élémentaires, il aura à trouver son angle. Or cet angle constitue précisément le substrat du modèle implicite de suicide dont l'importance pragmatique est celle que nous avons dite. De sorte que, une fois situé dans le référentiel communicationnel, le journaliste n'a plus d'autre choix que de reconnaître les implicites de son discours et leur impact potentiel. Son choix – sa liberté – ne consiste alors pas tant à pouvoir s'y soustraire qu'à s'en saisir, à en prendre la maîtrise, à les mettre au service de son exercice, de l'intérêt de ses lecteurs et de l'utilité sociale qu'il vise.

2.5. Une responsabilité en partage

Compte tenu de l'obligation de polyvalence et des contraintes qui pèsent aujourd'hui sur les médias, s'efforcer de prendre en considération les différentes strates de la couverture du suicide – sujet par lui-même délicat et spécialisé – pourrait paraître une gageure. Alors cette fois, c'est au professionnel de la prévention que s'adresse l'injonction. C'est lui qui est renvoyé à sa responsabilité. En tant que dépositaire d'un savoir et détenteur d'une expertise, il ne saurait se contenter d'une posture contemplative, expectative ou même inquisitrice sans déroger à ses devoirs déontologiques

en termes de santé publique. Pour lui aussi, l'éthique du suicide se fait contrainte. Elle lui défend de se contenter de blâmer les journalistes en lui rappelant qu'il lui revient tout autant d'améliorer la couverture médiatique. L'éthique du suicide met en partage la responsabilité de l'effet Werther. Celle du champ sanitaire est le fait de bousculer les paradigmes professionnels sur lesquels elle repose pour investir son rôle d'acteur social à part entière. Sa verticalité structurelle, efficace pour asseoir l'autorité de ses recommandations, se révèle contre-productive face aux médias. Toute attitude prescriptive tendra à être inaudible pour le journaliste. Faute d'ajustement de la forme du discours, le fond s'en trouvera neutralisé. Et ce serait à raison, car la prescription est aussi un acte de communication. Son niveau analogique suggère une prééminence du savoir et des intérêts de celui qui l'émet sur celui qui la reçoit. Dès lors, l'imposition de recommandations au corps journalistique, qui, comme nous l'avons vu, est épris d'indépendance et rompu à la résistance aux pressions, pourra être perçue comme une entame inacceptable à sa liberté.

La responsabilité eu égard au traitement médiatique du suicide ne se décrète pas. Aux yeux des journalistes, tout effort pour l'imposer, fut-ce au nom de la santé publique, est susceptible de s'apparenter à une entreprise de culpabilisation. Il ne revient donc pas au professionnel de la prévention de « responsabiliser » le journaliste. Ce serait occulter la responsabilité déontologique inhérente aux métiers de l'information sous une supposée irresponsabilité sanitaire, en disqualifiant la première par subordination à la seconde. Plus modestement, il lui revient de sensibiliser le journaliste, de l'alerter en lui faisant part des connaissances dont il dispose et qui les concernent tous les deux. L'effet Werther existe, c'est attesté. Le journaliste a le choix d'infléchir son travail pour limiter les risques qui lui sont attribuables ou au contraire de refuser de se soumettre à d'autres contingences que celle d'une information qu'il considérerait devoir rester pure. Cette responsabilité-là lui revient et, fort de son bagage, de sa culture professionnelle et de son expérience, il est le plus légitime à mettre en balance, à chaque nouveau fait divers, la nécessité de limitation de l'effet Werther avec les différentes valeurs et contraintes qui guident son action. Encore faut-il que ces délibérations éthiques se fassent en pleine conscience, et que le journaliste soit suffisamment outillé dans l'hypothèse où il choisirait de lutter contre l'effet Werther. Là se situe le rôle des acteurs de la suicidologie : non pas responsabiliser, mais faire émerger une responsabilité. Non pas recommander, mais fournir les moyens d'assumer la responsabilité qu'il aura éveillée en posant quelques jalons, en proposant quelques points de repère.

3. Conclusion

La mutation de l'image du suicide dans le paysage médiatique ne saurait être envisagée qu'à condition d'un basculement paradigmatique. La logique de la recommandation scientifique conçue comme un préalable à l'interaction interprofessionnelle conduit à une posture de défiance réciproque. Face à une prescription légitimement perçue comme une menace, la liberté de l'information risque de s'arc-bouter, de se retrancher sur une forme de radicalité, d'aspirer à un absolu, quitte à ce que cet absolu se fasse au prix de la mise en danger de vies humaines. Le champ sanitaire et social pourrait alors se draper dans une posture critique, par laquelle il s'exempterait de sa propre responsabilité en faisant artificiellement porter aux médias le poids d'une faute supposée. Il revient alors au préventeur – c'est de sa responsabilité éthique – de changer de posture. En saisissant la puissance de la communication comme outil de prévention, mais en acceptant dans le même temps que la communication et l'information ont affaire avec d'autres impératifs que ceux des considérations sanitaires, le préventeur a tout intérêt à se contraindre à passer de la verticalité à l'horizontalité, de la prescription à la collaboration, de la responsabilisation à la sensibilisation. C'est à cette seule condition que les recommandations à usage des journalistes pourront se faire guides, repères, supports à une responsabilité nouvelle que journalistes et préventeurs acceptent en partage. Dans les faits, le journaliste n'en sera pas moins chargé d'un degré de contrainte supplémentaire au moment de traiter du suicide. Mais lorsque le journaliste se l'impose, conscient des raisons pour lesquelles il le fait et dans le respect de ses valeurs morales et de ses principes déontologiques, alors cette contrainte prend la forme de choix qui sont l'expression même de son libre arbitre. Finalement, c'est aussi et surtout le lecteur/l'auditeur/le téléspectateur en souffrance à qui il sera restitué un peu de liberté. Si un journaliste conscient et éclairé par la science lui présente une image du suicide dépeinte avec attention et précision, cette image sera plus conforme à la réalité de la détresse et aux possibilités de la soulager. Elle sera débarrassée de ses mythes de monocausalité et d'inéluçabilité. Ce sera pour le lecteur/l'auditeur/le téléspectateur une occasion de se délivrer de l'illusion pernicieuse à laquelle l'idée suicidaire lui fait croire : celle de sa propre mort comme une délivrance.

Références bibliographiques

- [1] Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris, France : éditions du Seuil.
- [2] **Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse**. Version modifiée du 29 janvier 2017.
- [3] **Fédération européenne des journalistes** (1971, novembre). Déclaration des devoirs et des droits des journalistes. Munich.
- [4] **Reporters sans frontières** (2016). *Classement mondial de la liberté de la presse*. Disponible sur : <https://rsf.org/fr/le-classement-mondial-de-la-liberte-de-la-presse>
- [5] **Bateson, G.** (1977). *Vers une écologie de l'esprit* (vol. 1). Paris, France : éditions du Seuil.
- [6] **Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D. J., Till, B., Gould, M. S.** (2014, septembre). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma : the role of mass media. *American Journal of Preventive Medicine*, 47 (3), 235-243.
- [7] **Pirkis, J.** (2009). Suicide and the media. *Psychiatry*, 8 (7), 269-271.
- [8] **Pirkis, J., Blood, W.** (2010). *Suicide and the news and information media. A critical review*. Australie : Mind Frame.
- [9] **Durkheim, É.** (1897). *Le Suicide : étude de sociologie*. Paris, France : Félix Alcan.
- [10] **Corrigan, P.** (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59 (7), 614-625. doi : 10.1037/0003-066X.59.7.614
- [11] **Florentine, J. B., Crane, C.** (2010). Suicide prevention by limiting access to methods : a review of theory and practice. *Social Science and Medicine*, 70 (10), 1626-1632.
- [12] **Notredame, C.-E.** (2015). Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention. *Presse Médicale*, 12 (44), 1243-1250. doi : 10.1016/j.lpm.2015.07.018

TRAVAUX, REVUE DE LITTÉRATURE ET PISTES DE RECHERCHE SUR LE SUICIDE À L'ADOLESCENCE

Laurent Plancke, Karine Chevreul, Jean-Luc Douillard, Thérèse Hannier, Jean-Pierre Kahn, Laurentine Véron, Fanny Sauvade, Sofian Berrouiguet, Valérie Ulrich

Les comportements suicidaires des adolescents¹ constituent une préoccupation majeure de santé publique qui a été peu abordée dans les deux premiers rapports de l'Observatoire national du suicide. Le Haut Conseil de la santé publique regrette l'absence d'une revue de littérature spécifiquement consacrée à cette catégorie de la population dans son rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. C'est pourquoi le groupe de travail « Axes de recherche » de l'Observatoire a choisi de centrer ses travaux de l'année 2016 sur ce thème. Sept intervenants – chercheurs, praticiens et acteurs associatifs – ont partagé leurs réflexions au cours de deux séances de travail qui se sont tenues les 22 juin et 22 novembre 2016 (encadré 1). L'objectif de ces réunions était de faire émerger des besoins de connaissances et des enjeux de recherche à partir des questions et des préoccupations formulées par les intervenants et les participants.

De multiples causes expliquent les comportements suicidaires des jeunes, à chaque étape de leur développement et de leurs trajectoires scolaire, familiale et personnelle, jusqu'au moment où ils passent à l'acte. Seuls certains aspects ont pu être abordés par le groupe de travail. En particulier, le suicide des enfants et des pré-adolescents, de 5 à 12 ans environ, n'a pas été étudié. L'épidémiologie du suicide dans cette tranche d'âge est en effet complexe (Cyrułnik, 2011) et nécessiterait qu'un dossier complet y soit consacré. Par ailleurs, les travaux récents combinant psychiatrie, neurobiologie, génétique et épigénétique², qui s'emploient à expliquer l'acquisition d'un facteur de

1. Les termes « adolescents » et « jeunes » sont utilisés indifféremment, reflétant le fait qu'il n'est pas fait référence à une tranche d'âge particulière. La période de l'adolescence n'a en effet pas une délimitation nette, elle débute avec les modifications physiques et psychologiques liées à la puberté et se termine avec l'entrée dans l'âge adulte, cette dernière notion étant elle-même floue et pouvant être reculée du fait de l'accès plus difficile qu'auparavant à l'emploi et à l'autonomie financière.

2. L'épigénétique correspond à l'étude des changements dans l'activité des gènes. Les modifications épigénétiques sont induites par l'environnement au sens large : la cellule reçoit en permanence toutes sortes de signaux l'informant sur son environnement, de manière à ce qu'elle se spécialise au cours du développement, ou ajuste son activité à la situation. Ces signaux, y compris ceux liés à nos comportements (alimentation, tabagisme, stress...), peuvent conduire à des modifications dans l'expression de nos gènes, sans affecter leur séquence.

vulnérabilité individuelle comme déterminant à part entière des comportements suicidaires, ne sont pas mobilisés ici. Ils ont fait l'objet d'un dossier intitulé « Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide » dans le 2^e rapport de l'Observatoire de 2016. Comme l'explique Philippe Courtet (CHU de Montpellier) dans ce dossier, la vulnérabilité individuelle peut être acquise pendant l'enfance en cas de maltraitance psychologique, physique ou sexuelle et serait un facteur de risque de la survenue de conduites suicidaires à l'adolescence ou l'âge adulte. Les travaux de recherche dans ce domaine doivent être développés, mais suggèrent que les interactions précoces entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux néfastes (abus, isolement relationnel, traumatismes, etc.) sont incorporées biologiquement et provoquent une vulnérabilité. Celle-ci peut ultérieurement, par des mécanismes biologiques et épigénétiques, faire apparaître des idées suicidaires quand surgissent certains événements de vie négatifs. Ces mécanismes ne sont pas étudiés spécifiquement dans le présent dossier mais ne sont pas non plus absents des réflexions conduites par le groupe, dans une vision systémique des comportements suicidaires des adolescents.

Trois thématiques ont été abordées par les sept intervenants. Tout d'abord, deux interventions ont porté sur *l'épidémiologie des tentatives de suicide des adolescents*. D'une part, **Laurent Plancke** (F2RSM Psy Hauts-de-France) a proposé des facteurs explicatifs aux écarts observés entre les tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes et celles recensées dans les données hospitalières. D'autre part, **Karine Chevreul** (URC-Éco Île-de-France) a montré, à partir d'une étude exploratoire, que les données hospitalières permettent d'identifier ce qu'il y a de singulier dans les tentatives de suicide et dans les parcours de soins des jeunes par rapport aux autres classes d'âge afin d'adapter les outils de prévention.

Ensuite, **Jean-Luc Douillard** (CH de Saintonge) et **Thérèse Hannier** (association PHARE Enfants-Parents) ont proposé des éléments de compréhension des *interactions entre comportements suicidaires et processus d'adolescence*. Le premier a interrogé le rôle des pratiques numériques dans la promotion et la contagion des comportements suicidaires, et celui des évolutions des familles dans l'explication du mal-être des jeunes. Thérèse Hannier a souligné la faible propension des jeunes à demander de l'aide, avec pour conséquence la difficulté pour l'entourage à identifier des signes avant-coureurs du risque suicidaire.

Enfin, *l'efficacité des actions de prévention du suicide des jeunes* a été discutée sur la base de trois interventions. **Jean-Pierre Kahn** (université de Lorraine) a présenté une évaluation européenne de différents dispositifs mis en œuvre auprès de lycéens. **Laurentine Véron** et **Fanny Sauvade** (association Apsytude) ont exposé une recherche-action de prévention de la dépression et du suicide en résidence universitaire. **Sofian Berrouiguet** (CHU de Brest) a proposé un état des lieux de la prévention du suicide par les outils connectés et le Web.

Ce dossier rend compte de ces différents exposés. En parallèle des deux réunions de travail, une revue de littérature sur les problématiques actuelles autour des comportements suicidaires des adolescents a été conduite par Valérie Ulrich de la DREES. Il ne s'agissait pas d'effectuer un état de l'art exhaustif tant la littérature est abondante (voir la section consacrée aux jeunes dans les recueils numériques sur le suicide de l'ONS³), mais bien de l'orienter vers les thèmes traités par les différents intervenants. En particulier, la littérature sur deux thématiques a été mobilisée : d'un côté, les liens chez les adolescents entre comportements suicidaires, lésions auto-infligées (mutilations, scarifications) et cyber-harcèlement ; d'un autre côté, les connaissances sur les interventions de prévention du suicide ciblant les jeunes, en particulier en milieu scolaire.

Encadré 1 • Liste des interventions au groupe « Axes de recherche » de l'Observatoire national du suicide

- **Laurent Plancke** (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale [F2RSM] Hauts-de-France) : Éclairage sur les conduites suicidaires des jeunes filles de 15 à 24 ans ou comment expliquer les écarts entre la fréquence de tentatives de suicide déclarées et celles ayant donné lieu à une hospitalisation ?
- **Karine Chevreul** (unité de recherche clinique en économie de la santé [URC-Éco] Île-de-France) : Cadrage statistique des suicides et des tentatives de suicide des jeunes.
- **Jean-Luc Douillard** (centre hospitalier de Saintonge) : Risque suicidaire, outils technologiques et pratiques de prévention – résultats de l'enquête « Portraits d'adolescents ».
- **Thérèse Hannier** (association PHARE Enfant-Parents) : Résultats d'une enquête menée auprès des parents de jeunes suicidés.
- **Jean-Pierre Kahn** (université de Lorraine, pôle de psychiatrie et psychologie clinique) : Résultats de l'évaluation du programme Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE).
- **Laurentine Véron et Fanny Sauvade** (association Apsytude) : Recherche-action de prévention de la dépression et du suicide en résidence universitaire – Porte t'apporte.
- **Sofian Berrouiguet** (centre hospitalier universitaire de Brest) : Les nouvelles technologies en prévention du suicide : les sites internet, les applications mobiles, *l'ecological momentary assessment*, etc.

La première séance du groupe de travail était animée par Enguerrand du Roscoät (Santé publique France) et la seconde par Valérie Ulrich (DREES).

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

1. Épidémiologie du suicide et des tentatives de suicide des adolescents en France

1.1. Des conduites suicidaires différenciées selon le genre

Le taux de suicide est plus faible chez les adolescents que dans la population générale. Mais, comme peu de personnes décèdent à cette période de la vie, le suicide est une cause de mortalité chez les 15-24 ans parmi les plus fréquentes. Il représente 16 % des décès entre 15 et 24 ans et 20 % chez les 25-34 ans, alors qu'il représente moins de 1 % des décès chez les 75 ans ou plus, et ce sont les jeunes hommes qui en meurent le plus souvent (fiche 1).

Les hospitalisations pour tentative de suicide, mesurées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO)⁴, présentent en revanche des taux particulièrement élevés chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Ce pic, très marqué chez les jeunes filles, n'est pas observé chez les jeunes garçons, moins souvent hospitalisés pour tentatives de suicide. Pour ces derniers, le nombre d'hospitalisations pour cette raison va croissant avec l'âge entre 10 et 24 ans. Entre 25 et 35 ans, les écarts entre filles et garçons se résorbent pour s'accroître à nouveau entre 35 et 55 ans (graphique 3 de la fiche 2).

Les données recueillies dans le cadre du Baromètre santé de 2014 (voir fiche 6 du 2^e rapport de l'ONS) vont dans le même sens que ces résultats sur les hospitalisations après une tentative de suicide, à savoir une très forte prévalence déclarée des tentatives de suicide dans les douze derniers mois chez les 15-19 ans, essentiellement portée par les jeunes filles (2,6 % contre 0,5 % chez les jeunes hommes).

Pour David Le Breton (2014), les conduites à risque chez les adolescents, et en particulier les conduites suicidaires, sont influencées par les normes sexuées qu'imposent la famille, l'école, les médias et la société. Ainsi, le mal de vivre et la souffrance des filles se traduiraient par des plaintes et des atteintes à leur corps (douleurs, troubles alimentaires, scarifications, etc.) dont les tentatives de suicide sont une forme d'expression. Les garçons extérioriseraient davantage leur souffrance par le recours à la force, à la violence et à la prise de risque (délinquance, alcoolisation, consommation de drogues, vitesse sur les routes, errance, violence, etc.) dont les décès par suicide sont une démonstration. Toutefois, selon Jean-Luc Douillard, les professionnels de l'aide spécialisée et de l'éducation observent une inversion de certains troubles entre les garçons et les filles. Certains actes,

4. Le PMSI-MCO est un recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS), pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

typiquement masculins il y a quelques années, augmentent chez les jeunes filles (alcoolisation aiguë, consommations multiples, recours à la violence...) En revanche, d'autres comportements dits féminins augmentent chez les garçons, en particulier la verbalisation plus fréquente de leurs difficultés, de leurs angoisses et le recours à un professionnel de proximité lorsque c'est possible. Ces évolutions observées dans la pratique sont néanmoins à confirmer par des études épidémiologiques.

1.2. D'importants écarts de mesure des tentatives de suicide entre les sources

Au-delà des écarts entre filles et garçons, la proportion de jeunes déclarant une tentative de suicide dans les enquêtes est beaucoup plus élevée que celle des jeunes hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide telle qu'enregistrée dans les données médico-administratives. Cet écart est particulièrement important chez les jeunes filles. Ainsi, à partir des données du Baromètre santé⁵ de 2010 et des données hospitalières du PMSI-MCO de la même année, Laurent Plancke montre que le ratio des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois sur les tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation sur douze mois est supérieur à 3,5 chez les jeunes femmes de 15 à 30 ans. Chez les jeunes garçons, ce ratio est compris entre 1 et 2.

Pour expliquer cet écart, la comparaison des différentes sources permet d'avancer qu'il existe des tentatives de suicide non repérées dans le PMSI-MCO, parce qu'elles sont soit non médicalisées (elles ne donnent pas lieu à un contact avec le système de soins), soit non hospitalisées (elles donnent éventuellement lieu à un contact avec un professionnel de santé en dehors de l'hôpital ou un professionnel du social, ou encore à un passage aux urgences sans hospitalisation), mais aussi que toutes ne sont pas enregistrées comme telles en cas d'hospitalisation.

De même que la tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation est sans doute imparfaitement mesurée, la déclaration d'une tentative de suicide par les jeunes dans les enquêtes peut s'écarter du fait objectif. Elle peut être sous-estimée, consciemment ou non, du fait de la honte, du tabou ou de la volonté de ne pas être stigmatisé socialement (biais de désirabilité sociale). Elle peut au contraire être surestimée de façon volontaire ou involontaire (du fait de la confusion entre la notion de pensée suicidaire et de tentative de suicide). De manière générale, David Le Breton (2015) explique que la tentative de suicide est construite par la narration *ex-post*. Le sens que les adolescents donnent à leurs pensées ou à leurs actes varie en fonction de la réaction attendue ou effective de la famille et des amis, ainsi que

5. Le Baromètre santé est une enquête de Santé publique France visant à suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France.

de l'environnement culturel : le tabou du suicide, l'importance de la religion, de la morale, etc. Il dépend aussi de normes sexuées qui expliquent l'expression différenciée du mal-être chez les filles et les garçons.

Ces éléments permettent de comprendre en partie l'écart entre les tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes statistiques et celles mesurées *via* les hospitalisations, mais ils offrent peu d'éléments sur les raisons de cet écart plus important constaté chez les jeunes filles. Les travaux de Laurent Plancke montrent néanmoins que les jeunes filles se rendent moins fréquemment à l'hôpital et n'ont, la plupart du temps, pas recours à une structure ou à un professionnel de santé après une tentative de suicide. De plus, chez les jeunes filles, la létalité des tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation est quasiment nulle et leur gravité somatique est plus faible que celle des jeunes hommes.

Pour améliorer la compréhension du comportement suicidaire chez les adolescents, il conviendrait d'interroger davantage les différences de sens attribué aux pensées et aux conduites suicidaires entre jeunes femmes et jeunes hommes, les différences de déclaration dans les enquêtes ainsi que les différences de comportement face au recours aux soins.

Par ailleurs, les données hospitalières offrent la possibilité d'approcher les parcours de soins des personnes hospitalisées pour une tentative de suicide et de préciser en quoi les parcours des jeunes se distinguent de ceux des adultes. Une étude exploratoire, à partir des données du PMSI-MCO, de la base Oscour®⁶ et du réseau Sentinelles de 2009⁷, permet à Karine Chevreul de mettre en évidence le fait que les conséquences somatiques des tentatives de suicide chez les jeunes sont moins sévères que chez les adultes, que leur durée d'hospitalisation est plus courte en moyenne, qu'ils ont moins fréquemment un diagnostic psychiatrique avéré (ce défaut de diagnostic pouvant être dû à la courte durée d'hospitalisation), mais qu'ils sont plus fréquemment réhospitalisés pour une nouvelle tentative de suicide. D'après Karine Chevreul, l'exploitation de ces données, qui reste à approfondir, est à même d'améliorer la compréhension du parcours de soins après une tentative de suicide pour une prévention plus adaptée. Plus encore que chez les adultes, celle-ci doit s'appuyer sur des dispositifs de veille, de maintien du contact et de prise en charge à la sortie de l'hospitalisation.

À terme, la compréhension des comportements suicidaires des jeunes, comme celle des autres tranches d'âge, bénéficiera de l'amélioration des systèmes d'information

6. La base Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), mise en place après la canicule de l'été 2003, s'appuie sur la remontée quotidienne d'informations de structures d'urgences et permet à Santé publique France de répondre à ses missions de veille, d'alerte et de surveillance épidémiologique.

7. Le réseau Sentinelles est un système national de surveillance qui permet le recueil, l'analyse, la prévision et la redistribution en temps réel de données épidémiologiques issues de l'activité des médecins généralistes et pédiatres libéraux.

que l'Observatoire national du suicide a engagée. Le perfectionnement du codage dans le PMSI permettrait un meilleur repérage des tentatives de suicide donnant lieu à hospitalisation (voir la partie sur l'avancement des travaux de l'Observatoire).

2. Interactions entre comportements suicidaires et processus d'adolescence

2.1. L'adolescence : une délimitation moins nette qu'avant

Le passage de l'enfance à l'âge adulte est un processus caractérisé par la puberté générant des modifications physiques et psychologiques chez les jeunes. C'est aussi une période marquée par un entre-deux : l'adolescent n'est plus un enfant, pas encore un adulte. De plus, la complexité de cette transition est aujourd'hui augmentée du fait d'une délimitation de l'adolescence moins nette qu'auparavant. Certains enfants ont très tôt des comportements d'adolescents, mais l'entrée dans l'âge adulte est souvent reculée par un accès plus tardif et plus difficile au marché du travail (Le Breton, 2014). La sortie plus rapide de l'enfance et le passage plus chaotique à l'âge adulte brouillent ainsi le début et la fin de l'adolescence. Jean-Luc Douillard, en s'appuyant sur sa pratique et l'enquête « Portraits d'adolescents » (Jousselme *et al.*, 2015), confirme que chez les jeunes en souffrance les troubles des conduites et l'inadaptabilité sociale sont beaucoup plus précoces que par le passé, en particulier les violences contre soi ou contre les autres et l'exposition de soi par le biais d'internet. Les jeunes ne sont pas plus nombreux à aller mal à l'adolescence, mais ceux qui sont en souffrance, vont mal plus tôt et sans doute de façon plus marquée. La période de l'adolescence peut, par ailleurs, être particulièrement douloureuse pour les jeunes des minorités sexuelles et ceux qui se questionnent sur leur identité sexuelle ou de genre, en raison de la stigmatisation et du rejet de leur entourage.

2.2. Le rôle prépondérant des pratiques numériques dans le processus d'adolescence

L'enquête « Portraits d'adolescents », menée en 2013 auprès de 15 000 jeunes de 13 à 18 ans et présentée par Jean-Luc Douillard, montre que les pratiques numériques jouent aujourd'hui un rôle prépondérant dans la vie de la plupart des adolescents. Elles sont généralement ludiques : jeux, navigation sur internet, communication sur les réseaux sociaux et consommation de musique et de vidéos. Les éléments recueillis à l'occasion de cette enquête font apparaître que les jeunes sont hyperconnectés et en lien avec des pairs « réels » et virtuels. Elle montre aussi que les

jeunes sont en majorité conscients de la différence entre la réalité et le monde virtuel (annexe I).

Néanmoins, les pratiques numériques ont parfois pour effet de réduire la durée de sommeil des adolescents, de diminuer leur activité physique et de les surexposer aux médias. Or, ce trio de facteurs est associé fortement aux idées suicidaires et aux symptômes dépressifs et anxieux, comme le met en évidence l'étude européenne SEYLE présentée par Jean-Pierre Kahn (annexe II et Kahn *et al.*, 2014). De plus, l'usage des technologies numériques creuse les inégalités entre les jeunes face au suicide. Il présente en effet un atout pour les adolescents qui évoluent dans un environnement familial et scolaire sécurisant et qui vont bien, mais constitue un espace qui expose les plus vulnérables à la souffrance et au risque suicidaire.

Il faut souligner que le risque de « contagion »⁸ des comportements suicidaires chez les jeunes peut, dans certaines circonstances particulières, être amplifié par le biais des outils numériques, notamment des réseaux sociaux. Le rôle de ces outils dans la promotion des comportements suicidaires est d'autant plus fort que les amis et les camarades ont une influence très importante pendant l'adolescence. Les jeunes semblent ainsi particulièrement sensibles à cet effet d'imitation, notamment lorsqu'ils sont confrontés au suicide d'un pair (camarade de classe par exemple) ou d'un frère ou d'une sœur (Randall *et al.*, 2015). La présence d'un lien du sang ne semble toutefois pas en augmenter le risque (Pitman *et al.*, 2016). Par ailleurs, le décès par suicide d'un adulte proche semble avoir moins d'écho auprès d'un jeune que le suicide d'un pair. L'effet de contagion peut être assez durable, les conséquences d'un décès par suicide dans l'entourage pouvant influencer les idées suicidaires et les tentatives de suicide jusqu'à deux ans après l'évènement (Swanson, 2013). Or plus l'adolescent avance en âge, plus la probabilité qu'il ait été confronté au décès par suicide d'un pair augmente. L'usage croissant par les jeunes des réseaux sociaux et du Web, qui peuvent véhiculer des informations et des images spectaculaires ou romancées du suicide, peut faire craindre un risque accru de contagion. D'autres travaux (*infra*) interrogent au contraire la pertinence de ces outils pour la prévention.

2.3. Des facteurs protecteurs mis à mal par les évolutions de la famille

L'amour, l'affection, les liens familiaux et l'écoute d'adultes sont des protections efficaces contre les comportements suicidaires des jeunes. Néanmoins, l'étude menée auprès de parents d'enfants suicidés par l'association PHARE Enfants-Parents révèle que ces facteurs protecteurs sont remis en cause. Comme le

8. Le phénomène de « contagion » ou effet Werther (Phillips, 1982) survient lorsqu'un suicide dans l'entourage proche ou le récit d'un suicide dans les médias, sur le Web ou les réseaux sociaux, induit un comportement suicidaire chez une personne qui est « exposée » à ce suicide.

souligne Thérèse Hannier, la plupart des adolescents suicidés, dont les familles ont été interrogées par son association, avaient une vie familiale, une vie sociale, des activités, mais cette socialisation n'a pas suffi à endiguer leur mal-être et leur faire entrevoir une autre issue que l'acte suicidaire. Face à ces constats, il est légitime de se demander si les évolutions actuelles de la famille ont un rôle dans l'augmentation de ces comportements. Ce questionnement apparaît dans la pratique des psychiatres et des psychologues mais aussi dans certains travaux de recherche (Rolling et Ligier, 2015). Ce ne sont pas la multitude des configurations familiales (monoparentales, recomposées, élargies, etc.) ou la plus grande instabilité familiale (augmentation des divorces, des séparations, etc.) qui sont questionnées mais la diminution, constatée dans tous les types de structures familiales, du rôle de la famille comme « niche affective » structurée et sécurisante qui permet à l'enfant puis à l'adolescent de se développer et de grandir (Cyrulnik, 2016).

Dans certains cas, les comportements suicidaires seraient en effet des conduites réactionnelles en parties liées à l'affaiblissement des limites imposées aux jeunes. Jean-Luc Douillard observe tout d'abord des difficultés au sein des familles avec de très jeunes enfants. Il évoque le phénomène émergent de bébés ou d'enfants « tyrans » qui exercent une domination sur leurs parents fragilisés par l'évolution rapide d'une société qui n'accompagne sans doute pas suffisamment les jeunes parents dans les premières années de leur parentalité. Une inversion de la hiérarchie familiale est observée dans ces cas : l'enfant, confronté à des parents doutant des cadres et des règles qu'ils ont à poser, refuse l'autorité et exerce un chantage affectif sur ses parents qui sont alors en souffrance et ne trouvent pas toujours d'espace de soutien et d'expression de leurs difficultés à être parents. De même, chez les adolescents, l'effacement des différences entre générations, la délégitimation de l'autorité parentale, la primauté de l'amour et l'évitement de la conflictualité entre eux et leurs parents affaiblissent la fonction « contenante » de la famille (Rolling et Ligier, 2015). De plus, la moindre présence, aujourd'hui que par le passé, de l'entourage familial élargi (grands-parents) ou d'un tiers (médecin généraliste, éducateur, etc.) accroît la proximité entre parents et enfants et réduit les possibilités de médiation par des tiers.

Par ailleurs, l'affaiblissement des interdits et des obligations a comme corollaire l'accroissement de l'exigence sociale (Rolling et Ligier, 2015). L'augmentation des exigences de réussite individuelle, notamment à l'école, favorise l'expression d'inquiétudes et d'angoisses. La vulnérabilité des jeunes serait accrue par l'absence d'un environnement sécurisant et une exigence de performance intensifiée. Selon Jean-Luc Douillard et Thérèse Hannier, ces évolutions pourraient expliquer que certains adolescents en apparence « conformes » à la désirabilité sociale, au sens où ils ont de bons résultats scolaires, des amis et des activités sportives ou culturelles, sans

signal d’alerte classique (échec scolaire, redoublement, consommation de substances psychoactives, isolement, violence, etc.), sont en réalité en grande souffrance.

La conjonction de la place plus importante des mondes virtuels, de la diminution du rôle sécurisant des familles (quelle que soit leur configuration) et de l’exigence de performance, associée aux changements psychiques et physiques spécifiques à l’adolescence, doit ainsi être interrogée comme facteur aggravant du mal-être et comme éventuelle contribution aux conduites suicidaires chez les adolescents.

3. Le signalement du mal-être et l’adoption de comportements suicidaires difficiles à repérer

Les adolescents se caractérisent, en outre, par une faible propension à demander de l’aide et par l’adoption de comportements auto ou hétéro-agressifs, parmi lesquels les scarifications et automutilations, d’une part, et le harcèlement et cyber-harcèlement, d’autre part. La littérature ne permet pas de conclure si les scarifications et les automutilations sont des signes avant-coureurs d’un risque suicidaire ou au contraire des alternatives « protectrices » face aux idéations suicidaires. Si par certains aspects, actes suicidaires et scarifications ou automutilations sont distincts, par d’autres, ils se rejoignent. Le harcèlement et le cyber-harcèlement seraient, quant à eux, plutôt des comportements connexes aux comportements suicidaires et partageraient les mêmes facteurs de risque, aussi bien chez les adolescents harceleurs, que chez les victimes et les témoins.

3.1. Une faible propension des jeunes à demander de l’aide

L’enquête *Portraits d’adolescents* fait apparaître que les adolescents sont nombreux à s’isoler lorsqu’ils vont mal. En se confiant moins, ils amplifient leur isolement et rendent encore plus difficile le repérage de leur problématique dépressive ou suicidaire par des tiers. Les jeunes ont souvent des difficultés à se confier ou à demander de l’aide, notamment auprès des adultes. En l’absence d’appel à l’aide, l’enjeu est donc de détecter des signes précurseurs de conduite suicidaire et de mesurer le risque de passage à l’acte. Selon Thérèse Hannier, la prise de conscience par les parents et l’entourage de l’existence de tels signes intervient trop tard, ne permettant pas d’empêcher le passage à l’acte. De plus, pour Jean-Luc Douillard, les outils numériques très investis par les adolescents (notamment les réseaux sociaux), en augmentant l’importance de ce que pensent les pairs et en réduisant les liens avec les adultes, faussent ou ralentissent le repérage d’un adolescent qui va mal.

3.2. Des frontières floues entre comportements suicidaires et lésions cutanées auto-infligées

Les lésions cutanées auto-infligées (scarifications, automutilations) sont propres aux adolescents. Toutefois, la frontière entre ces pratiques et les comportements suicidaires est floue. Une revue de littérature récente (Grandclerc *et al.*, 2016) fait le point sur les convergences et les divergences entre ces deux types de comportements. Il y a consensus sur le fait qu'ils partagent les mêmes facteurs de risque (dépression, faible estime de soi, absence de soutien de la famille, etc.). Mais les positions divergent sur le fait de savoir si les lésions cutanées auto-infligées sont un facteur de risque suicidaire ou au contraire un facteur de « protection ». D'une part, le risque suicidaire serait accru chez les jeunes s'automutilant, car les atteintes à la peau pourraient constituer une « passerelle » vers les comportements suicidaires. Les automutilations précéderaient généralement les comportements suicidaires mais, à l'inverse, les tentatives de suicide ne seraient pas un facteur prédictif des lésions cutanées auto-infligées. Une autre explication possible serait que les automutilations permettent au jeune de s'habituer à la douleur et de se désensibiliser à la peur de se faire mal. Plus les automutilations deviennent fréquentes et sévères, plus la capacité du jeune à se faire mal et donc à se suicider augmente. *A contrario*, les lésions cutanées auto-infligées pourraient constituer une protection : elles exprimeraient une souffrance par un autre biais que la tentative de suicide et éviteraient ainsi le suicide. Enfin, autre hypothèse, les automutilations et les comportements suicidaires partagent des facteurs de risque, expliquant leur co-occurrence.

3.3. Le harcèlement et le cyber-harcèlement, des comportements connexes aux conduites suicidaires

Le harcèlement par les pairs et le cyber-harcèlement sont des comportements concernant spécifiquement les jeunes. Les chercheurs s'interrogent sur leur proximité avec les comportements suicidaires. Une méta-analyse (van Geel *et al.*, 2014) explore, pour des jeunes âgés de 9 à 21 ans, le lien entre le harcèlement par les pairs (excluant le harcèlement par des adultes) et les comportements suicidaires. Ce travail intègre les études sur le harcèlement traditionnel et le cyber-harcèlement (création de faux profils, diffusion de rumeurs infondées ou de messages d'insultes sur le Web et les réseaux sociaux, etc.); le type de harcèlement (verbal, relationnel ou physique); l'intensité (faible, modérée ou importante) et s'il est manifeste ou secret. Les idées suicidaires (qui font l'objet de 34 études) et les tentatives de suicide (qui font l'objet de 9 études) sont considérées séparément. L'analyse distingue, par ailleurs, les jeunes uniquement victimes de harcèlement de ceux qui sont à la fois victimes et auteurs, on parle alors de victimes-harceleuses. Être victime de harcèlement augmente les idées suicidaires, l'effet étant plus fort pour les

victimes-harceleuses et pour le cyber-harcèlement. Ce dernier résultat repose sur un petit nombre d'études mais suggère que les effets du cyber-harcèlement sont plus sévères en raison de l'audience plus large recueillie sur le Web et les réseaux sociaux, et du fait que le harcèlement en ligne peut laisser des traces plus durables. Aucune différence entre les filles et les garçons n'est mise en évidence, ni entre les moins de 13 ans et les jeunes plus âgés. Le harcèlement augmente aussi le risque de tentative de suicide, mais en raison d'un plus faible nombre de travaux sur cet indicateur, les distinctions par sexe, âge, cyber *versus* traditionnel et victimes *versus* victimes-harceleuses n'ont pu être réalisées.

Une autre étude (Hetz *et al.*, 2013), s'appuyant sur l'avis d'experts, souligne qu'il existe une association forte entre harcèlement et comportements suicidaires mais que cette relation est induite par des facteurs tiers, tels que la dépression et la délinquance. Ainsi, les élèves harcelés sont plus souvent dépressifs et anxieux, ont plus de difficultés à se faire des amis et sont plus solitaires. Les harceleurs sont davantage consommateurs d'alcool et de tabac, ont de mauvais résultats scolaires mais ont plus d'aisance pour se faire des amis. Des travaux sur une longue période montrent que les effets du harcèlement perdurent au-delà de quelques années sur les victimes (troubles anxieux et dépressifs, comportements suicidaires), que les harceleurs présentent plus souvent, en début de vie adulte, des troubles de la personnalité, font davantage usage de drogues et rencontrent plus fréquemment des difficultés à trouver un emploi. Cette étude souligne également que l'association entre harcèlement et comportements suicidaires concerne aussi bien les victimes, que les victimes-harceleuses et les harceleurs. Ceux qui sont témoins de harcèlement mais ne sont pas directement concernés ont aussi un risque plus important de comportements suicidaires. La relation entre harcèlement et suicide est donc complexe. Le harcèlement est un facteur parmi d'autres contribuant aux comportements suicidaires, il est souvent associé à de nombreux autres facteurs de risque (violence familiale, impulsivité, faible lien avec les parents et les adultes, échec scolaire, usage de tabac et de drogues, etc.).

On peut donc évoquer un halo autour des conduites suicidaires des jeunes, composé de l'ensemble des autres comportements auto ou hétéro-agressifs. Ces comportements à risque, comme les lésions cutanées auto-infligées et plus largement l'alcoolisation excessive, la vitesse, la violence, etc., partagent dans certains cas des caractéristiques communes avec les comportements suicidaires. Le degré de proximité mériterait d'être appréhendé davantage afin de mieux comprendre le lien de ces conduites à risque avec les comportements suicidaires et faire progresser la réflexion sur les actions efficaces pour les prévenir.

4. Quelle prévention du suicide des jeunes ?

Les conduites suicidaires chez les jeunes présentent de nombreuses singularités qui impliquent de mettre en œuvre des actions de prévention du suicide spécifiques. Certaines sont évoquées dans cette partie, sur la base des interventions de Jean-Pierre Kahn, de Laurentine Véron et Fanny Sauvade, et de Sofian Berrouiguet. Elles prennent appui sur le chapitre 29 du *International handbook of suicide prevention, research, policy and practice* publié en 2011, dédié aux différents types d'actions de prévention du suicide des jeunes, principalement aux États-Unis et en milieu scolaire. Une recherche d'articles publiés plus récemment procédant à des évaluations de ces mêmes actions a, par ailleurs, été conduite afin d'en actualiser les connaissances. Elles s'appuient également sur des revues de littérature systématiques concernant l'efficacité de tout type de stratégie de prévention du suicide dont une partie concerne les jeunes (Mann *et al.*, 2005 ; Zalsman *et al.*, 2016). Plusieurs revues systématiques d'interventions validées en prévention du suicide ou en santé mentale des jeunes, conduites par Santé publique France, ont également alimenté cette partie (Lambooy *et al.*, 2011 ; du Roscoät et Beck, 2013). De plus, des actions de prévention mises en œuvre en France, en cours d'évaluation, sont citées.

4.1. Des évaluations insuffisantes

Dans différents territoires français, des programmes ou dispositifs de prévention du suicide ciblant les jeunes ont été mis en place. Le constat général est qu'ils sont hétérogènes d'un territoire à l'autre, insuffisamment répertoriés et diffusés, et qu'ils sont rarement l'objet d'une évaluation scientifique. La Direction générale de la santé a procédé en 2015 à une synthèse des initiatives des agences régionales de santé (ARS) contre le suicide au cours de la période 2011-2014 (Direction générale de la santé, 2015). Il apparaît que les interventions en milieu scolaire sont les plus nombreuses. Elles sont réalisées soit par les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), soit par des associations spécialisées, souvent en partenariat avec le rectorat. Les actions développées sont variées : programme de repérage du risque suicidaire auprès de collégiens et lycéens ou formation d'adultes sentinelles visant à repérer des élèves en situation de mal-être. Un volet de développement des compétences psychosociales des élèves est souvent intégré à ces actions, conformément à ce que la littérature scientifique récente recommande (voir *infra*). Des expériences innovantes comme le développement d'équipes mobiles spécifiques aux jeunes sont déployées. Ces actions soutenues par les ARS sont complétées sur les territoires par de nombreuses autres initiatives, réalisées par des associations, souvent non recensées de façon systématique et non évaluées.

Ainsi, dans ce domaine de la prévention du suicide des jeunes, les évaluations d'actions, de dispositifs ou de programmes, en milieu scolaire ou dans d'autres milieux, sont insuffisantes en France, comme à l'international (Katz *et al.*, 2013). Elles doivent donc être développées. Ce manque de travaux d'évaluation a plusieurs explications. Tout d'abord, les effets des actions ou des programmes de prévention sur la diminution du taux de suicide sont difficiles à mesurer, le suicide étant un phénomène relativement peu fréquent et souvent la conséquence de la conjonction de divers facteurs. Des critères de substitution, tels que la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme ou d'un dispositif par les jeunes concernés ou leurs parents, les connaissances sur le suicide, la demande d'aide, les attitudes face à la dépression et aux comportements suicidaires, sont donc utilisés dans la plupart des travaux comme critères d'évaluation (Cusimano, 2011), alors que les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide sont rarement mobilisées pour mesurer leur efficacité.

Il est en outre difficile d'isoler les effets sur ces indicateurs d'une action particulière de prévention, dans un environnement où plusieurs dispositifs à différents niveaux sont mis en œuvre de façon concomitante (par exemple une campagne de prévention nationale ciblant les jeunes, un dispositif régional de recontact des jeunes ayant été hospitalisés après une tentative de suicide et un dispositif local en milieu scolaire).

Par ailleurs, les études s'appuient rarement sur des essais randomisés contrôlés⁹ qui sont reconnus comme la méthodologie la plus rigoureuse pour évaluer l'effet d'une intervention ou d'un dispositif. Dans une revue de littérature systématique récente (Zalsman *et al.*, 2016), trois études seulement sont identifiées : elles évaluent des programmes de prévention en milieu scolaire, s'appuyant sur des essais randomisés contrôlés et utilisant les idées suicidaires et les tentatives de suicide comme critères. Il s'agit du programme Good Behavior Game (GBG) (Kellam *et al.*, 2011), du programme SOS Signs of Suicide (Schilling *et al.*, 2016) et du programme SEYLE (Wasserman *et al.*, 2015) [voir *infra* pour une description de ces dispositifs].

Mais, en santé publique, il est de plus en plus souvent admis que des travaux plus qualitatifs pour caractériser la mise en œuvre du programme ou du dispositif étudié sont également nécessaires. De telles méthodes permettent, en effet, de comprendre les processus d'élaboration de l'intervention et les contextes locaux d'action dans lesquels l'intervention s'enracine. Ces travaux sont particulièrement importants pour mesurer la reproductibilité d'une intervention d'un contexte local à un autre.

9. Les essais randomisés contrôlés sont un type d'étude scientifique utilisé en médecine et plus récemment en sciences sociales. Ils servent à tester l'efficacité de plusieurs médicaments ou approches thérapeutiques ou encore à comparer différentes actions de prévention dans une population de patients ou d'usagers, qui sont répartis aléatoirement en plusieurs groupes. La répartition aléatoire assure la comparabilité initiale des groupes et génère un jugement de causalité. Il s'agit de savoir si l'effet mesuré est dû uniquement au dispositif étudié (médicament, traitement, intervention de prévention, etc.) ou si d'autres différences sont intervenues (caractéristiques des populations, interventions intercurrentes, etc.).

4.2. Le développement des compétences psychosociales chez les enfants

La littérature récente française et internationale (du Roscoët et Beck, 2012 ; Lamboy *et al.*, 2011 ; Bennett *et al.*, 2015) souligne qu'il faut intervenir en amont des comportements suicidaires, dans une logique de prévention des troubles psychiques et de promotion de la santé mentale, en augmentant les compétences psychosociales des enfants. Ces compétences permettent de répondre aux difficultés de la vie quotidienne (capacités de résolution de problèmes, d'adaptation et de reconnaissance de pensées négatives et du stress). Elles couvrent aussi la résilience, c'est-à-dire la capacité des enfants à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité, et l'amélioration de l'estime de soi. Enfin, elles ont une incidence sur les relations interpersonnelles (capacité d'écoute, gestion des conflits, compétences de coopération, etc.).

Les interventions de renforcement des compétences psychosociales s'appuient principalement sur le milieu scolaire, et sont parfois complétées par des interventions destinées aux parents. Elles ont vocation à promouvoir la santé mentale des enfants de manière large, en modifiant les facteurs de risque et de protection en amont, avant l'émergence des comportements suicidaires. La littérature souligne que le renforcement des compétences psychosociales est prometteur pour réduire à la fois les comportements de harcèlement, les violences, les troubles de l'humeur, la détresse psychologique et pour augmenter le bien-être.

En France, le développement des compétences psychosociales des enfants constituait la mesure n° 1 du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014¹⁰. Il est préconisé aussi par le Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes¹¹ et il est intégré dans les axes du parcours éducatif à la santé¹² mis en place depuis la rentrée 2016 dans les écoles, collèges et lycées français. Certaines expérimentations et évaluations sont en cours. On peut citer comme exemples :

- Le programme Voyage des ToiMoiNous, initié par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a pour objet de développer les capacités personnelles et relationnelles des enfants de 6 à 11 ans lors des temps d'activités périscolaires. Le déploiement de ce programme a été confié au Pôle régional d'éducation et de promotion à la santé Limousin et une évaluation est en cours.
- En Pays de la Loire, l'Ireps met en œuvre un programme de renforcement des compétences psychosociales des 7-12 ans en milieu scolaire¹³. Il dure en moyenne

10. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf

11. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf

12. <http://eduscol.education.fr/cid105644/e-parcours-educatif-sante.html>

13. www.ensantealecole.org/page-6-0-0.html ; www.cartablecps.org/page-0-0-0.html

18 heures sur deux années consécutives, entre le CE2 et la 5^e. Une évaluation est en cours.

- Dans le cadre du Projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS a confié à l'Ireps, la responsabilité de développer, en partenariat avec l'IUFM de Lyon et les rectorats de Lyon et Grenoble, une recherche-action sur cinq ans (2013-2017) pour « améliorer les compétences personnelles et relationnelles, autrement dit les compétences psychosociales des enfants, par des approches corporelles, cognitives et socioaffectives ». Ce programme d'actions coordonnées est mené sur cinq territoires de la région auprès des enfants, de leur famille et de leur environnement proche, dans une approche globale de la santé incluant l'ensemble des acteurs et des lieux de vie concernés (dans et hors de l'école).

À notre connaissance, aucune évaluation des effets à long terme du développement des compétences psychosociales sur les idées suicidaires ou les tentatives de suicide n'a encore pu être réalisée en France. Cela exige en effet un suivi des enfants sur le long terme. Aux États-Unis, une intervention pour améliorer les compétences psychosociales d'enfants scolarisés et âgés de 6 à 12 ans, intitulée Good Behavior Game (GBG), a fait l'objet de nombreuses évaluations, dont celle des effets à long terme sur les comportements suicidaires (Kellam *et al.*, 2011)¹⁴. Le GBG est une intervention mise en œuvre par l'enseignant dans sa salle de classe qui vise à diminuer les comportements perturbateurs et agressifs des enfants en développant leur sentiment d'appartenance à une communauté. Les enfants sont répartis en équipes. Chaque équipe perd des points lorsqu'un des membres perturbe la classe ou adopte un comportement agressif. Cette intervention a été développée pour aider les enseignants à gérer leur classe sans avoir à intervenir de façon individuelle face à un élève perturbateur. L'impact à court terme a été mesuré par l'enseignant et par des observateurs extérieurs. Les effets à long terme, en particulier sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, ont également été évalués lorsque les enfants avaient atteint une vingtaine d'années. Le programme GBG a été testé dans les écoles élémentaires publiques de Baltimore en 1985-1986, en s'appuyant sur un essai randomisé contrôlé. L'essai a été mis en œuvre dans 41 classes de 19 écoles auprès de deux cohortes successives. Trois groupes de classes constitués de façon aléatoire ont été instaurés : un premier groupe où le GBG était mis en place ; un deuxième groupe où un programme d'amélioration de la lecture, Mastery learning, a été mis en œuvre, avec, comme effets attendus, une amélioration de l'estime de soi et une diminution de la dépression ; et un troisième groupe de contrôle, sans intervention particulière.

À court terme, il a été démontré que le GBG réduisait les comportements agressifs et perturbateurs en classe. À plus long terme, les jeunes hommes qui ont participé

14. Le programme « Good Behavior Game » est actuellement en cours d'expérimentation en région PACA par Catherine Reynaud-Maurupt du groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale.

au GBG présentent moins de problèmes de violence et de consommation de substances psychoactives que ceux du groupe de contrôle. Chez les jeunes femmes, l'effet est moins net, mais les filles ont globalement moins de comportements perturbateurs tout au long de la scolarité. Les participants au GBG ont aussi moins d'idées suicidaires que le groupe de contrôle, l'effet est significatif pour les deux sexes, mais il n'y a pas d'association significative avec les tentatives de suicide. L'intervention d'un programme d'amélioration de la lecture, Mastery Learning, n'a pas d'impact sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

4.3. Des programmes d'interventions spécifiques pour repérer les adolescents à risque

En complément de ces interventions en amont, il est nécessaire de développer des programmes destinés plus particulièrement à repérer des adolescents à risque élevé de comportements suicidaires afin de leur proposer une prise en charge et un accompagnement adaptés (Wyman, 2014). L'école constitue là aussi un lieu intéressant pour intervenir, car les jeunes y passent beaucoup de temps, en dehors de ceux qui sont déscolarisés et qu'il faut donc repérer par d'autres moyens. Trois types d'interventions de prévention du suicide en milieu scolaire sont à distinguer :

- le dépistage par autoquestionnaire (*screening*) ;
- la formation de sentinelles (*gatekeeper training*) au repérage de jeunes ;
- le développement d'un climat propice au dévoilement aux adultes du mal-être et des idées suicidaires des jeunes.

Ces programmes en milieu scolaire ont plusieurs défis à relever (O'Connor *et al.*, 2011) : obtenir le soutien du personnel scolaire, ne pas trop concurrencer le temps scolaire et surmonter la réticence des adolescents à demander de l'aide. En particulier, le soutien de l'administration de l'école est primordial afin que les interventions ne soient pas perçues comme une charge supplémentaire par le personnel.

Le dépistage de jeunes à risque par autoquestionnaire (*screening*)

Ce type d'intervention vise à repérer des jeunes à risque suicidaire à l'aide d'un autoquestionnaire généralement rempli en classe, avec l'accord des parents et de l'enfant, puis à confirmer le risque par un entretien avec un professionnel de santé mentale et enfin à orienter les jeunes ainsi détectés vers une prise en charge. Si ce procédé est efficace pour identifier les jeunes à risque (Mann *et al.*, 2005), il l'est aussi pour améliorer la probabilité que les jeunes ainsi repérés bénéficient effectivement de soins (Gould *et al.*, 2009). Mais pour cela, il nécessite que l'école ait des relations avec des professionnels de santé mentale facilement accessibles.

La réussite dépend aussi de la perception qu'ont les parents du besoin de soin en santé mentale de leur enfant. L'étude européenne SEYLE (voir *infra*) ne montre en revanche pas d'effet significatif du dépistage par autoquestionnaire sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide (Zalsman *et al.*, 2016 ; Wasserman *et al.*, 2015).

Ce type de programme présente par ailleurs le défaut de conduire à la détection de nombreux « faux positifs », c'est-à-dire des enfants détectés à risque par l'autoquestionnaire mais qui ne présentent finalement pas de risque confirmé. Néanmoins, il permet de repérer des jeunes qui ne l'auraient pas été autrement et de les accompagner. L'un des obstacles fréquents de ce type de programmes est la faible acceptabilité par le personnel de l'école, mais il présente l'avantage de ne pas faire reposer la charge du repérage des risques sur les pairs.

Le repérage par autoquestionnaire est aussi expérimenté lors des passages aux urgences (voir la recherche d'Erick Gokalsing dans la partie sur l'avancement des travaux) ou dans d'autres lieux comme les cabinets des médecins généralistes. Les travaux de recherche qui s'intéressent à ce type de programme consistent à comparer les résultats obtenus avec différents types d'autoquestionnaires, qui varient par leur longueur et le type de questions posées. Ils mesurent la sensibilité (ou sélectivité) du questionnaire, c'est-à-dire sa capacité à donner un résultat positif lorsque le jeune est à risque et la spécificité, qui mesure la capacité d'un questionnaire à donner un résultat négatif, lorsque le jeune n'est pas à risque. Les recherches visent aussi à mesurer l'acceptabilité de ce type d'intervention auprès des jeunes et de leurs parents. Elles portent enfin sur la présence d'éventuels biais de réponse liés aux conditions dans lesquelles l'autoquestionnaire est renseigné. Les recherches mentionnent un biais de « désirabilité sociale » qui peut conduire à sous-déclarer un mal-être afin de ne pas être stigmatisé. Ce biais serait plus fréquent chez les jeunes appartenant à des catégories défavorisées (King *et al.*, 2012).

La formation de sentinelles (*gatekeeper training*)

Il s'agit d'un programme visant à donner aux adultes (le personnel scolaire) ou aux adolescents (les pairs) la capacité et les connaissances pour identifier les jeunes à risque et engager les décisions appropriées. L'intervention repose sur des personnes formées au repérage dans l'environnement quotidien de l'école¹⁵. Les signes précurseurs sont les mots utilisés (expression de l'envie de mourir, etc.) ou les changements de comportements (changement d'humeur, etc.). La formation du

15. Selon Jean-Luc Douillard, la formation de sentinelles au repérage des adolescents en souffrance et à l'intervention en situation de risque suicidaire peut également être réalisée auprès de professionnels de fonctions ou d'institutions différentes, mais intervenant sur les mêmes territoires. Il est ainsi plus facile et rapide pour ces sentinelles de se contacter pour évoquer la situation d'un adolescent en souffrance pour lequel plusieurs professionnels devront intervenir conjointement. Ces professionnels sentinelles travaillent en réseau avec l'objectif de repérer plus tôt un adolescent en souffrance et d'organiser, de manière cohérente et à proximité de son lieu de vie ou de scolarité, une prise en charge adaptée.

personnel scolaire tend à surmonter l'obstacle de la réticence des jeunes à demander de l'aide. La formation des pairs repose sur l'idée que les jeunes se confieront d'abord plus facilement à d'autres jeunes qu'à des adultes. L'enjeu est néanmoins de convaincre les jeunes, qu'ils soient eux-mêmes en souffrance ou qu'ils aient identifié des amis dans ce cas, à en référer aux adultes. Comme pour le type d'intervention précédent, la réussite de ce second type d'intervention exige que les écoles établissent un réseau de ressources en santé mentale avant la mise en œuvre du programme et que les parents perçoivent l'importance d'accompagner leur(s) enfant(s) vers le soin.

L'évaluation de l'efficacité de la formation de sentinelles est généralement effectuée en comparant les connaissances des personnes avant et après la formation. Cependant, un niveau élevé de connaissance ne signifie pas nécessairement que les personnes sauront prendre les décisions attendues lorsqu'elles seront confrontées à des jeunes en souffrance. Cette mise en pratique peut être envisagée dans le cadre de la formation. Ainsi, une étude (Cross *et al.*, 2011) s'appuyant sur un essai randomisé contrôlé, compare une formation à l'attention du personnel scolaire et de parents, avec répétitions et jeux de rôles, à une formation uniquement théorique. Les deux formations améliorent les connaissances et les attitudes des personnes formées face au suicide. Mais celle incluant une mise en pratique est plus performante, principalement car les adultes sont préparés à demander aux jeunes s'ils ont pensé à se suicider, ce qui est difficile à faire sans pratique préalable. L'inclusion des parents est intéressante car elle permet de diffuser la formation au-delà de l'école, puisque les parents formés transmettent les informations dans leurs réseaux (amis, famille, collègues, etc.). Quelle que soit la formation, avec pratique ou sans, les acquis déclinent vite avec le temps par manque de mise en application des enseignements. Les auteurs suggèrent donc de trouver des dispositifs pour maintenir les acquis dans le temps, avec des formations sur le Web ou *via* des applications.

Question, Persuade, Refer (QPR) est un exemple de programme de formation de sentinelles, à l'attention des adultes régulièrement au contact d'élèves (professeurs, personnel administratif de l'école, infirmiers scolaires, etc.). Une évaluation de ce programme (Wyman *et al.*, 2008) montre que, même si les connaissances et les attitudes face au suicide sont améliorées pour tous les adultes formés, seuls ceux qui communiquaient déjà avant la formation avec les jeunes au sujet de la dépression et du suicide deviennent plus performants pour détecter les jeunes à risque. Les auteurs concluent qu'une formation pour des personnes qui sont naturellement tournées vers la communication avec les jeunes (*natural gatekeepers*) associée à des actions pour encourager l'appel à l'aide des jeunes est une piste efficace. L'étude européenne SEYLE (voir *infra*) ne montre toutefois pas d'effet significatif de la formation d'adultes sentinelles en milieu scolaire sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide des jeunes (Wasserman *et al.*, 2015).

Le programme SOS Signs of Suicide est destiné à former des pairs sentinelles. Il est composé d'un cours de connaissances sur la dépression, le suicide, les outils de repérage et les solutions possibles, organisé sur deux jours et dispensé à l'ensemble des lycéens. Le message pédagogique insiste sur l'importance de reconnaître les signes de dépression ou les idéations suicidaires chez un ami, de faire savoir à l'ami en question qu'on se préoccupe de son état et d'informer un adulte responsable. Ce programme comporte aussi un autoquestionnaire de repérage des jeunes à risque auquel les élèves peuvent répondre, mais il ne joue pas un rôle majeur dans le programme. Les résultats des premières évaluations sont synthétisés dans le chapitre 29 du *International handbook of suicide prevention, research, policy and practice* (O'Connor *et al.*, 2011). Ces résultats font apparaître une augmentation de la demande d'aide aux infirmiers ou conseillers scolaires dans les trente jours après la fin du programme, par rapport à l'année qui a précédé. Une augmentation plus faible et non statistiquement significative de la demande d'aide pour des amis en souffrance a été mesurée. Une évaluation récente (Schilling *et al.*, 2016) met en évidence que le programme SOS Signs of Suicide est associé à une diminution des tentatives de suicide déclarées dans les trois mois qui suivent le programme. De plus, le programme est plus efficace pour les participants ayant des antécédents de tentative de suicide.

Une revue de littérature systématique récente (Robinson *et al.*, 2013) souligne que ces deux types de programmes consistant à repérer des jeunes à risque : dépistage par autoquestionnaire (*screening*) et par des personnes formées (*gatekeeper training*) sont efficaces. De plus, une étude (Husky *et al.*, 2011) compare les deux types de programme et montre que le premier permet de détecter une plus forte proportion de jeunes, grâce à la première étape organisée en classe qui opère un repérage plus systématique *via* l'autoquestionnaire, et augmente la probabilité que cette détection soit suivie d'une consultation en services de santé.

Des programmes visant à améliorer les connaissances en santé mentale des adolescents et faciliter la communication avec les adultes

D'autres types de programmes visent à améliorer les connaissances en santé mentale des adolescents, dont celles sur le suicide, et à faciliter le dialogue entre pairs et entre jeunes et adultes en instaurant de nouvelles normes de communication. Il s'agit ainsi de favoriser l'entraide entre jeunes, de convaincre les jeunes de demander de l'aide aux adultes et d'augmenter leur prise en charge. Ces programmes intègrent des informations sur les lieux de consultation spécialisée auxquels les adolescents ont accès.

Le programme Sources of Strength adopte ce type de démarche. Il consiste à former des pairs en petit nombre, appelés « pairs leaders », qui seront chargés

de transformer le climat de l'école. Il s'agit de s'appuyer sur l'influence des pairs pour améliorer la qualité des liens entre jeunes, entre jeunes et adultes, et renforcer la demande d'aide des jeunes auprès des adultes. En facilitant les relations entre adultes et élèves, la communication du mal-être des jeunes vers les adultes et l'orientation vers le soin devraient être favorisées. Ce programme a été évalué par un essai randomisé contrôlé dans dix-huit écoles dans trois États américains (Wyman *et al.*, 2010). L'intervention s'est déroulée en trois phases : 1) la formation de quelques adultes dans l'école pour superviser les pairs leaders, 2) la formation des pairs leaders, 3) l'identification d'adultes de confiance et la diffusion de messages sur le dispositif Sources of Strength par les pairs leaders vers les autres élèves. Il a été observé que ce programme a surtout modifié la perception qu'ont les élèves vis-à-vis des adultes de l'institution scolaire. Ces derniers pouvant devenir des aidants. Il a aussi facilité la demande d'aide par les élèves, qui sollicitent fréquemment que le secret soit gardé. Les effets sont plus importants pour les jeunes ayant des antécédents d'idées suicidaires et pour les pairs leaders qui étaient les plus distants des adultes de l'école. En revanche, aucun effet sur les idées suicidaires n'a été observé. Les auteurs soulignent qu'il faudrait étudier les effets sur une plus longue période pour en tirer des conclusions solides sur les comportements suicidaires.

Le dispositif Porte t'apporte en région Auvergne-Rhône-Alpes, présenté par l'association Apsytude (annexe III), s'appuie également sur la prévention par les pairs avec le double objectif d'augmenter la réception des messages de prévention et d'instaurer de nouvelles normes de communication et d'entraide au sein de la communauté. Ce programme déployé en résidence universitaire vise à augmenter la consultation d'un psychologue en cas de mal-être, à améliorer le dépistage des étudiants souffrant d'un mal-être, de dépression ou de crise pré-suicidaire¹⁶ et à accroître leur prise en charge. Il cherche enfin à renforcer les ressources des étudiants pour maintenir une bonne santé mentale. Les actions de prévention sur le suicide et la dépression sont effectuées par des stagiaires étudiants en psychologie, qui interviennent deux fois par an à la porte des chambres en résidence universitaire. L'évaluation du programme s'est déroulée dans trois groupes de résidences, le premier bénéficiant du programme complet (consultations gratuites de psychologues et deux interventions en porte-à-porte), le second bénéficiant d'un programme simple (consultations gratuites de psychologues sans intervention en porte-à-porte), alors que le groupe de contrôle était uniquement soumis à un questionnaire administré en porte-à-porte en début et fin d'année. Le programme complet s'est avéré efficace à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il permet une diminution significative de la prévalence de la détresse psychologique, de la dépression et de son intensité, et du risque suicidaire dans le groupe ayant bénéficié du porte-à-porte. Il semble que ces variations s'expliquent par l'amélioration, là aussi significative, des connaissances et des croyances sur

16. Il s'agit d'une période au cours de laquelle est présent un ensemble de symptômes et de troubles du comportement traduisant l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire.

la dépression et le suicide. L'intention de recours à un psychologue est également améliorée.

Évaluation du programme SEYLE

L'étude SEYLE, présentée par Jean-Pierre Kahn, est la première évaluation européenne à comparer dans une même étude, menée auprès de jeunes lycéens, différents dispositifs de prévention du suicide, tels que ceux décrits ci-dessus (annexe II ; Wasserman *et al.*, 2015 ; Kahn *et al.*, 2015).

Les quatre dispositifs comparés à l'aide d'un essai randomisé contrôlé sont (annexe II) :

- Profscreen (Professional Screening) : il s'agit d'un dispositif d'identification d'élèves à risque par des professionnels de la santé mentale sur la base d'un autoquestionnaire ;
- Question, Persuade and Refer (QPR) : il s'agit d'une formation d'adultes sentinelles ;
- Awareness (Yam) : ce programme est centré sur les élèves eux-mêmes et sur l'amélioration de leurs connaissances en santé mentale ;
- le programme de contrôle est sans intervention active, mais comporte un simple affichage des supports du programme Yam.

92 % des élèves identifiés à risque par l'autoquestionnaire ont pu être vus en entretien diagnostique visant à confirmer ou infirmer les troubles repérés. Ce taux élevé est lié au fait que l'entretien était mené dans les locaux du lycée et non en milieu hospitalier. Le programme QPR a montré un intérêt, mais il est accepté de manière diverse par les enseignants, en fonction de leur perception de l'ambiance de travail au sein de leur établissement et de leur propre santé mentale. La plupart des enseignants pensent ignorer tout à fait l'état émotionnel de leurs élèves et ne souhaitent pas s'immiscer dans ces questions, notamment en France. Indiscutablement, le programme Awareness (Yam) a été bien accepté par les élèves. Il a permis une meilleure réactivité des élèves en souffrance et une assistance entre pairs. Ce programme a toutefois posé des problèmes de mise en place dans les classes de première et terminale en raison des horaires chargés.

Sur le plan longitudinal, l'étude Yam fait apparaître à un an un effet significatif sur les tentatives de suicide subséquentes et les idées suicidaires sévères. Ce programme universel de courte durée est significativement plus efficace que l'absence d'intervention. Il réduit de plus de moitié les nouvelles tentatives de suicide. Il diminue également la stigmatisation des problèmes de santé mentale chez les élèves mais aussi chez les adultes des établissements concernés.

4.4. La prévention par les outils connectés et le Web

Comme l'a souligné Sofian Berrouiguet (annexe IV), l'opportunité de prévenir le suicide grâce aux outils numériques mobiles connectés et au Web ouvre des perspectives nouvelles. Dans ce domaine, les outils recensés sont variés et les évaluations se multiplient. Néanmoins, à ce jour, les études de qualité sur les interventions en ligne et *via* les mobiles pour la prévention du suicide des jeunes sont encore rares (Perry *et al.*, 2016).

La prévention du suicide peut recourir à des outils d'autoévaluation en ligne qui s'appuient uniquement sur le Web et ne prévoit aucune intervention humaine. L'efficacité de ce type d'outils est limitée par l'absence d'intervention humaine pour proposer une prise en charge adaptée et de qualité. Par contre, ces outils d'autoévaluation en ligne peuvent aussi être intégrés dans les interventions en milieu scolaire, comme décrites plus haut, afin de repérer les jeunes à risque. Sur ce modèle, il faudrait réfléchir à des interventions en ligne pour former des « sentinelles » (Perry *et al.*, 2016).

Des dispositifs de prévention du suicide ont été mis en place sur les réseaux sociaux. Des modérateurs ont alors la charge de repérer les sujets exprimant des idées de suicide sur les chats et les forums. C'est une autre piste à envisager.

La prévention du suicide peut également s'appuyer sur un dispositif de veille et de maintien d'un contact avec les suicidants par SMS, tel que celui en cours d'évaluation au CHU de Brest (Berrouiguet *et al.*, 2014). L'envoi de textos vise à entrer en contact avec le patient dans une approche de réassurance de la relation thérapeutique et lui rappelle les coordonnées d'urgence en cas de besoin. Ce protocole n'est pas spécifiquement destiné aux sujets jeunes. Il apparaît néanmoins que le maintien d'un contact par texto est bien accepté, notamment chez les jeunes où le taux d'équipement en téléphones portables est élevé.

L'évaluation écologique connectée est un autre type de dispositif. Elle part du principe qu'entre deux consultations, la possibilité existe, grâce aux objets connectés, d'obtenir des informations concernant l'état de santé mentale du patient. Ces informations sont transmises à l'équipe soignante avant la prochaine consultation, et complètent l'évaluation clinique. Néanmoins, plusieurs obstacles au développement de tels outils apparaissent, comme l'impression pour les patients d'une intrusion dans le quotidien et la méfiance quant à l'utilisation des données recueillies. Une difficulté spécifique au sujet jeune concerne la place des parents et des aidants, qu'il faudrait repenser en cas de contact direct avec le jeune *via* son smartphone.

Au niveau européen, Supreme, un programme de prévention du suicide développé, mis en place et évalué sur le Web est instauré. Il prend appui sur un partenariat d'experts et de professionnels en prévention du suicide de différents pays européens. Un des objectifs est le développement d'un site internet interactif et multilingue ciblant les adolescents et jeunes adultes de 14 à 24 ans (Carli *et al.*, 2014). Ce site comportera des informations sur les problèmes de santé mentale, la possibilité de demander de l'aide, la déstigmatisation du suicide et le soutien par les pairs. Un autre objectif est l'élaboration de guides de bonnes pratiques à destination des médias (journaux et magazines) qui ciblent les jeunes lecteurs, ainsi que de revues de littérature scientifique sur les interventions efficaces sur le Web.

En France, le programme Papageno¹⁷ vise à limiter les effets de contagion suicidaire par les médias ; des actions sont notamment en cours de développement *via* les réseaux sociaux (voir le complément du premier dossier thématique). Il consiste à travailler avec les journalistes sur la modération de la communication à la suite de suicides ou de tentatives de suicide et sur les messages de prévention à penser pour réduire le risque de contagion. C'est un programme national soutenu par la Direction générale de la santé du ministère des Solidarités et de la Santé et qui s'inscrit dans l'action 31 du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Il concerne les 19 écoles françaises de journalisme dont 14 sont agréées. Il repose sur un partenariat tripartite entre le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps), la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France, et l'Association lilloise de l'internat et du post-internat en psychiatrie (ALI2P). Il bénéficie du soutien de l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (Affep).

Les outils numériques mobiles connectés et le Web ouvrent ainsi de nombreuses pistes pour la prévention du suicide des jeunes et pour la recherche dans ce domaine. Il faudrait en particulier engager des recherches sur l'impact de ces outils sur la décision médicale et sur l'évaluation de leur efficacité.

4.5. Autres dispositifs de prévention du suicide des jeunes

Pour les jeunes déscolarisés ou isolés, résidant en milieu rural par exemple, il faut développer des actions proactives : aller vers eux régulièrement pour leur délivrer des messages de prévention. Pour aller vers les adolescents les plus isolés en milieu rural, les équipes mobiles de pédopsychiatrie constituent une approche pertinente dans une perspective de prévention et de repérage de comportements suicidaires (Haza et Grolleau, 2008). C'est aussi la stratégie « d'aller vers » qui sous-tend

17. www.papageno-suicide.com/

le dispositif Porte t'apporte, présenté plus haut, qui tente de pallier l'isolement des étudiants en résidence universitaire.

Par ailleurs, comme chez les adultes, les interventions visant à réduire les récurrences auprès des jeunes passant par le système de soins après une tentative de suicide (intervention thérapeutique brève, maintien d'un contact à la sortie de l'hospitalisation, etc.) ou à détecter et à soigner des jeunes à risque consultant un médecin (formation de médecins à la prise en charge de jeunes dépressifs) sont prometteuses. Cependant, peu de travaux ont été publiés sur la manière de réduire la récurrence auprès des individus à risque qui n'ont pas de contact avec le système de soins. La formation d'adultes ou de pairs formés à la prévention du suicide ou la postvention sont des solutions possibles.

Références bibliographiques

- **Bennett, K. et al.** (2015, juin). A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (6), 245-257.
- **Berrouguet, S. et al.** (2014, juin). SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*, 14, 294. doi: 10.1186/S12888-014-0294-8
- **Carli, V., Hadlaczky, G., Hökby, S., Sarchiapone, M., Wasserman, D.** (2014, janvier). Suicide prevention by internet and media based mental health promotion (supreme). *European Psychiatry*, 29, sup. 1,1.
- **Choquet, M., Ledoux, S.** (1994). *Adolescents : enquête nationale*. Paris, France : éditions Inserm.
- **Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., Caine, E. D.** (2011, septembre). Does practice make perfect ? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The journal of primary prevention*, 32 (3-4), 195-211. doi: 10.1007/s10935-011-0250-z
- **Cusimano, M. D., Sameem, M.** (2011, février). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention*, 17 (1), 43-49. doi: 10.1136/ip.2009.025502
- **Cyrułnik, B.** (2011). *Quand un enfant se donne « la mort », attachement et sociétés*. Paris, France : Odile Jacob.
- **Direction générale de la santé** (2016). *Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011-2014, annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*.
- **du Roscoät, E.** (2014, mars). Réflexions autour des programmes de prévention du suicide par les pairs. Injep, *Cahiers de l'action*, 43, 69-72.
- **du Roscoät, E., Beck, F.** (2013, octobre). Efficient interventions on suicide prevention : a literature review. Elsevier Masson, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 (4), 363-374. doi: 10.1016/j.respe.2013.01.099
- **du Roscoät, E., Beck, F.** (2012, novembre-décembre). Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature scientifique. *Indres, La santé de l'homme*, 422.
- **Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., Altschuler, E.** (2009). Service use by at-risk youths after school based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (12), 1193-1201. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5
- **Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., Moro, M.-R.** (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence : a systematic review. *PLoS One*, 11 (4). doi: 10.1371/journal.pone.0153760
- **Haza, M., Grolleau, É.** (2008, février). Un dispositif expérimental de consultation pour adolescents en milieu rural. *Le Journal des psychologues*, 254, 68-70. doi: 10.3917/jdp.254.0068

- **Hetz, M. F., Donato, I., Wright, J.** (2013, juillet). Bullying and suicide: a public health approach. *The Journal of Adolescent Health*, 53 (suppl. 1). doi : 10.1016/j.jadohealth.2013.05.002
- **Husky, M. M., Kaplan, A., McGuire, L., Flynn, L., Chrostowski, C., Olfson, M.** (2011, juin). Identifying adolescents at risk through voluntary school-based mental health screening. *Journal of Adolescence*, 34 (3), 505-511. doi : 10.1016/j.adolescence.2010.05.018
- **Jousselme, C., Cosquer, M., Hassler, C.** (2015). *Portraits d'adolescents – Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Paris, France : éditions Inserm.
- **Kahn, J. P. et al.** (2015). Important variables when screening for students at suicidal risk: Findings from the french cohort of the SEYLE study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (10), 12277-12290. doi : 10.3390/ijerph121012277
- **Kahn, J. P., Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G.** (2014, février). A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behaviour: Findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13 (1), 78-36.
- **Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. et al.** (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30 (10), 1030-1045. doi : 10.1002/da.22114
- **Kellam, S. G., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H. et al.** (2011, juillet). The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6 (1), 73-84.
- **King, C. A., Hill, R. M., Wynne, H. A., Cunningham, R. M.** (2012). Adolescent suicide risk screening: The effect of communication about type of follow-up on adolescents' screening responses; *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 41 (4), 508-515.
- **Lake, A. M., Gould, M. S.** (2011). School based strategies for youth prevention. Dans O'Connor, R. C. et al. *International handbook of suicide prevention, research, policy and practice* (p. 507-529). John Wiley and Sons.
- **Lamboy, B., Clément, J., Saïas, T., Guillemont, J.** (2011, novembre-décembre). Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. Inpes, *Santé publique, HS 23*, 113-125. doi: 10.3917/spub.110.0113
- **Le Breton, D.** (2015). *Adolescence et conduites à risque*. Paris, France : éditions Fabert.
- **Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J. et al.** (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294 (16), 2064-2074.
- **Observatoire national du suicide** (2016, février). *Suicide - Connaître pour prévenir: dimensions nationales, locales et associatives* (2^e rapport). Paris, France.

- Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A. L., Christensen, H. (2016). Web-based and mobile suicide prevention interventions for young people: a systematic review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25 (2), 73-79.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., King, M. B. (2016, janvier). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 6 (1). doi: 10.1136/bmjopen-2015-009948
- Randall, J. R., Nickel, N. C., Colman, I. (2015, novembre). Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *Journal of affective disorders*, 186, 219-225. doi: 10.1016/j.jad.2015.07.001
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., O'Brien, M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34 (3), 164-182. doi: 10.1027/0227-5910/a000168
- Rolling, J., Ligier, F. (2015, novembre). L'adolescent suicidaire et la société actuelle, réflexions psychopathologiques et prévention suicidaire. *Eres, Cliniques*, 10 (2). doi: 10.3917/clini.010.0122
- Schilling, E. A., Asetline, R. H., James, A. (2016, février) The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, 17 (2), 157-166. doi: 10.1007/s11121-015-0594-3
- Swanson, S. A., Colman, I. (2013, juillet). Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth, *CMAJ*, 185 (10), 870-877. doi: 10.1503/cmaj.121377
- van Geel, M., Vedder, P., Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 168 (5), 435-442. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.4143
- Wasserman, D. *et al.* (2015, avril). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385 (9977), 1536-1544.
- Wyman, P. A. (2014, août). Developmental approach to prevent adolescent suicides: Research pathways to effective upstream preventive interventions. *American Journal of preventive Medicine*, 47 (3 suppl. 2), 251-256. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.039
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M. *et al.* (2010, septembre). An outcome evaluation of the sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*, 100 (9), 1653-1661.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., Pena, J. B. (2008, février). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-Year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 104-115.
- Zalsman, G. *et al.* (2016, juin). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3 (7), 649-659.

Annexe I • L'enquête « portraits d'adolescents »

Auteur • Jean-Luc Douillard

1. Objectifs

L'enquête¹⁸ a poursuivi plusieurs objectifs : analyser les comportements des adolescents dans le contexte culturel actuel en prenant en compte la qualité de leur processus d'adolescence ; identifier des sous-groupes d'adolescents présentant des fonctionnements ou des comportements à risque ; déterminer de nouveaux indicateurs de difficultés dans les processus d'adolescence, en distinguant les facteurs de « protection » et les facteurs « aggravants » qui les exposent à la souffrance aiguë et au risque suicidaire ; proposer des contenus aux programmes d'éducation et de promotion de la santé de la naissance à l'adolescence ; proposer des actions de prévention mieux adaptées, ciblées par territoire de santé, distinguant rural et urbain ; expérimenter des dispositifs innovants pour la prévention du risque suicidaire primaire et secondaire des enfants, adolescents et jeunes adultes.

2. Méthodologie et champ de l'enquête

L'enquête s'est déroulée de façon mixte (qualitative et quantitative) et transversale en milieu scolaire (Éducation nationale - enseignement agricole). La population cible était celle des 13-18 ans dans trois zones géographiques très différentes. Le taux de participation s'est élevé à 91,4 %. L'échantillon comprenait 15235 jeunes, dont 52 % de filles et 48 % de garçons, âgés en moyenne de 15,4 ans. Les collégiens représentaient 35,9 % et les lycéens 64,1 % de cet échantillon.

3. Principaux résultats de l'enquête

Le paysage de leurs loisirs

Les jeunes interrogés indiquent en majorité que leurs loisirs quotidiens préférés consistent à écouter de la musique (75 % des filles et 62 % des garçons), être avec leurs amis de la vie réelle (55 % des filles et 51 % des garçons), utiliser un ordinateur pour internet (40 % des filles et 36 % des garçons) et pour jouer (16 % des filles et 25 % des garçons). En revanche, une très faible minorité n'utilise jamais un ordinateur pour aller sur internet ou pour jouer.

18. Joussetme, C., Cosquer, M., Hassler, C. (2015). *Portraits d'adolescents – Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Paris, France : éditions Inserm.

En 1993, 44 % des adolescents lisaient des livres plusieurs fois par semaine alors qu'ils ne sont plus que 21 % en 2013.

Les réseaux sociaux

88 % des jeunes ont accès aux réseaux sociaux et les utilisent, cette part augmentant avec l'âge (78 % des jeunes à 13 ans et 98 % à 18 ans). Leurs réseaux sociaux préférés sont Facebook, Skype et Twitter. Les motivations principales tiennent au fait que leurs amis y vont également (77 %). En outre, 20 % des jeunes évoquent le caractère interactif et 19 % la confidentialité pour justifier leur présence sur les réseaux sociaux. Ceux-ci constituent un espace de socialisation, qui a un rôle essentiel dans le sentiment d'appartenance à un groupe.

Leurs amis et internet

Globalement, les jeunes déclarent avoir plus d'amis réels que sur internet. 41 % des garçons et 37 % des filles ont, par ailleurs, vu en vrai des amis d'abord rencontrés sur internet. Toutefois pour près de 99 % des adolescents, les amis les plus importants sont ceux de la réalité.

Idées noires et tentatives de suicide

À la question « que faites-vous lorsque vous pensez que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ? », une grande majorité (75 % des filles et 56 % des garçons) répondent qu'ils s'isolent. Toutefois, une forte proportion de jeunes déclare également : « écouter de la musique » (66 % des filles et 50 % des garçons), « aller voir des copains » (35 % des filles et 36 % des garçons), « faire du sport » (21 % des filles et 33 % des garçons) ou « jouer à des jeux vidéo » (9 % des filles et 45 % des garçons).

8 % des adolescents déclarent avoir déjà effectué une tentative de suicide au cours de leur vie et 4 % disent en avoir fait plusieurs. Ce sont majoritairement des filles dans les deux cas. En 1993, sur un échantillon non strictement comparable, ils n'étaient que 6 % à déclarer avoir déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, dont un quart à plusieurs reprises (Choquet et Ledoux, 1994). Chez les garçons et les filles, la tentative de suicide intervient à l'âge moyen de quinze ans et quatre mois.

Annexe II • L'évaluation du programme SEYLE

Auteur • Jean-Pierre Kahn

L'évaluation récente du programme SEYLE, s'appuyant sur différentes interventions en milieu scolaire évaluées selon un essai randomisé contrôlé, apporte des éléments de connaissances récents sur des données européennes¹⁹. Elle montre qu'un programme d'information et d'éducation auprès de l'ensemble des élèves d'une classe, à travers des jeux de rôle, un fascicule informatif que les jeunes pouvaient emporter à domicile et des posters éducatifs, portant sur la dépression, l'anxiété, le stress, mais aussi les tentatives de suicide et le suicide, s'est avéré plus efficace pour réduire les idées suicidaires et les tentatives de suicide des adolescents scolarisés que les autres programmes (formation d'adultes sentinelles, repérage des troubles suicidaires par autoquestionnaires et par des professionnels).

L'étude SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) est un programme financé dans le cadre du 7^e appel d'offres des Communautés européennes, axé sur la prévention du suicide, mais aussi sur la promotion de la santé mentale en général. Le programme comporte quatre objectifs principaux :

- constituer une base de données sur la santé, le bien-être et les valeurs des adolescents en Europe : il s'agit de collecter des données comparatives entre les différents pays européens et de renseigner sur les symptômes subsyndromiques des maladies mentales (signes précurseurs avant la pathologie déclarée) ;
- prévenir les comportements suicidaires et promouvoir des comportements sains chez les adolescents européens en fournissant des modèles d'intervention préventive fondés sur des preuves scientifiques : SEYLE est à ce point de vue la première étude randomisée contrôlée à l'échelle européenne ;
- comparer quatre programmes d'intervention, dont un programme de contrôle, visant à réduire les comportements de prise de risques ;
- proposer au niveau européen, dans le cadre d'une analyse d'acceptabilité financière, un modèle de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, finançable au niveau de la communauté européenne et adapté à l'hétérogénéité culturelle du continent.

L'étude s'est déroulée dans 11 pays : un pays coordinateur (Suède) et 10 pays participants représentés chacun par un centre. La cohorte de départ a réuni 12 000 étudiants, et près de 10 000 après un an d'étude.

19. Wasserman, D. *et al.* (2015, avril). School-based suicide prevention programmes : the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385, 1536-1544.

168 lycées ont participé sur les 232 sollicités (soit 72 %). Les établissements ont été sélectionnés parmi un panel de lycées publics d'enseignement général, comportant au moins 40 élèves de 15 ans ou plus, 3 enseignants pour ces élèves et un sex ratio ne dépassant pas 60 %. Les élèves recrutés étaient âgés de 14 à 17 ans, avec une moyenne d'âge d'environ 15 ans, pour un effectif final de 11 110 étudiants.

Le centre français a recruté 20 lycées dans les quatre départements de l'ex-Lorraine. Les quatre stratégies d'intervention ont été attribuées aux lycées de manière aléatoire (une intervention par lycée). Le consentement de l'élève et des deux parents a été demandé. Le tirage au sort a été réalisé par l'université de Columbia (externe au projet).

L'étude a commencé à l'automne 2010 par le tirage au sort des lycées et la préparation des interventions. À T0 (octobre 2010), le questionnaire de base a été distribué, suivi de la mise en place de l'intervention spécifique (octobre-décembre 2010). L'évaluation par questionnaire a été réalisée à 3 mois (T3) et à 12 mois (T12). Les programmes testés sont les suivants :

- Profscreen (Professional Screening) : après identification d'élèves à risque par des professionnels de la santé mentale à partir du questionnaire de base, l'équipe SEYLE a pris contact avec les élèves identifiés et les a fait convoquer par le lycée dans les locaux de l'établissement. Ils ont été reçus par un psychiatre ou un psychologue clinicien muni d'un questionnaire ouvert, semi-structuré, qui a décidé au terme de l'entretien soit de diriger l'élève vers des structures de santé mentale, soit de ne pas intervenir ;
- QPR (Question, Persuade and Refer) : le programme a pour objectif de former des adultes « sentinelles » parmi les équipes de professionnels des lycées pour leur permettre de détecter les comportements à risque ;
- Awareness (Yam)²⁰ : ce programme était centré sur les élèves eux-mêmes. Il a instauré des jeux de rôles, encadrés par une conférence de mise en place des éléments théoriques et un retour d'expérience. Ce programme s'est doublé dans les classes d'une exposition d'affiches sur la gestion des situations stressantes ou conflictuelles ;
- information (bras contrôle) : le programme de contrôle était sans intervention active, se contentant d'un simple affichage des supports du programme précédent et d'une distribution sur demande de cartes départementales des ressources de santé mentale et des coordonnées du service coordonnateur.

L'autoquestionnaire auprès des élèves comporte 127 questions provenant d'échelles standardisées internationales utilisées en psychologie clinique et psychiatrie : échelle de dépression, d'anxiété, de tendances suicidaires, d'automutilation,

20. Yam : Youth aware of mental health.

informations sur les habitudes alimentaires, la recherche de sensations, les comportements délinquants, la consommation de substances, l'exposition aux médias, les relations sociales, le harcèlement par les pairs, l'absentéisme. L'auto-questionnaire a été rempli par tous les étudiants, à T0, T3 et T12. Deux questions permettaient de repérer les urgences et déclenchaient la convocation à un entretien. Le « facilitateur » était un personnage central, qui répondait aux questions et aux attentes à tout moment de l'étude. Les taux de participation s'élevaient à 79 % sur l'ensemble des pays participants, et à 81 % pour la France.

Il apparaît que les lycéens français se placent parmi les plus anxieux et déprimés d'Europe. Dépression et anxiété infracliniques sont liées à la suicidalité. Elles sont fortement corrélées entre elles, quand les formes subsyndromiques sont en revanche plus souvent isolées. L'identification précoce de ces comportements est importante. Les déclarations d'automutilations concernent entre 12 % et 13 % des lycéens français. La prise en charge par traitements médicaux est extrêmement faible, en particulier en France. L'étude a également pris en compte le sommeil, et il apparaît que la tendance aux idées suicidaires est inversement proportionnelle au temps de sommeil. Or les lycéens français sont ceux qui dorment le moins dans l'ensemble de l'échantillon.

Par ailleurs, l'utilisation pathologique ou non adaptée d'internet s'avère plus importante en milieu urbain. Elle se trouve accrue lorsque l'élève ne vit pas avec ses parents biologiques, en présence d'un faible investissement parental ou par le chômage des parents. Les élèves qui ont le moins de soutien affectif sont les plus vulnérables aux addictions à internet.

Une analyse par la méthode des classes latentes²¹ fait ressortir trois groupes : un groupe à faible risque (58 %) qui présente des faibles scores à la plupart des conduites à risque, un groupe à fort risque (13 %) avec des scores élevés à toutes les conduites à risque et une prévalence élevée pour les idées suicidaires et les symptômes dépressifs et anxieux et enfin un troisième groupe à risque invisible (29 %). Ce dernier groupe réunit des élèves, qui obtiennent des scores faibles à la plupart des échelles de conduites à risque, mais qui se distinguent par un sommeil réduit, la sédentarité, une forte exposition aux médias, et qui présentent des prévalences similaires au groupe à haut risque pour les idées suicidaires et les symptômes dépressifs et anxieux. Cette observation met en exergue une nouvelle cible de prévention à travers l'utilisation des médias en milieu scolaire. Il apparaît une forte prévalence de symptômes ou de troubles psychiques à l'âge de 15 ans, qui plaide en

21. Les classes latentes sont construites en se fondant sur les réponses observées. Les cas se trouvant dans la même classe latente sont similaires sur le plan de leurs réponses.

faveur d'une action en classe de troisième ou même plus tôt, si possible dans une classe sans examen de fin d'année.

En conclusion, Jean-Pierre Kahn rappelle que l'étude SEYLE est la première étude européenne de prévention des conduites suicidaires chez les adolescents. C'est l'étude contrôlée randomisée qui a réuni le plus grand nombre de participants. Sa force réside dans les critères principaux de jugement d'efficacité en matière de nombre de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires structurées. Aucun suicide n'est à déplorer sur l'ensemble de l'étude.

Annexe III • L'évaluation du dispositif Porte t'apporte

Auteurs • Laurentine Véron et Fanny Sauvade

La recherche-action Porte t'apporte est l'évaluation d'un programme de prévention de la dépression et du suicide chez les étudiants vivant en résidence universitaire. Elle est menée par Laurentine Véron et Fanny Sauvade, toutes deux psychologues, codirectrices et cofondatrices d'Apsytude.

Apsytude est une association à but non lucratif dont l'objet est de favoriser le bien-être des étudiants et leur réussite personnelle et universitaire. Les actions menées relèvent aussi bien de la prévention, de la promotion de la santé mentale que de la prise en charge.

Vingt-trois psychologues constituent l'équipe, soutenue dans ses actions par quarante-huit financeurs. Le travail de communication sur le thème du suicide et de la santé mentale auprès du public étudiant est important et nécessaire. Les actions menées sont de différents ordres :

- *Speed Meeting* : stand de sensibilisation permettant la déstigmatisation du recours à un professionnel de santé mentale ;
- *P'ose* : action auprès de petits groupes sur des thématiques ciblées (confiance en soi, gestion du stress, rapport à l'alcool, etc.), à la demande des établissements ;
- *Happsy Hours* : activité la plus importante en volume horaire, il s'agit de consultations gratuites avec un psychologue offertes aux étudiants sur leur lieu de vie ou d'étude, grâce à des partenariats ;
- *Happsy Line* : complément en ligne des *Happsy Hours*, à destination notamment des étudiants à l'étranger ;
- *Pro'position* : formations des professionnels au contact des étudiants au repérage des difficultés, orientation vers les structures de santé mentale, etc. ;
- *Réseau* : mise en réseau avec les autres professionnels du secteur socioprofessionnel médical et éducatif ;
- *Site internet* : articles sur les difficultés rencontrées dans la vie étudiante, proposant des actions de premier recours ;
- *Porte t'apporte* : programme de prévention visant à prévenir la dépression et le suicide chez les étudiants vivant en résidence universitaire.

Le programme Porte t'apporte a été mis en place avec le soutien financier de l'ex-Inpes et il est financé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, la région Auvergne-Rhône-Alpes et le Crous de Lyon.

Les deux spécificités de ce programme sont l'intervention en porte-à-porte en soirée dans les résidences universitaires et l'action de prévention par des pairs : quinze étudiants en psychologie ont été recrutés comme stagiaires et formés à ce type d'intervention.

La thématique de la dépression et du suicide est prégnante au sein de la population étudiante. L'expérimentation a été mise en place en 2012-2013 ; elle a montré de très bons résultats. Le protocole de recherche et d'intervention a ensuite fait l'objet d'un nouveau ciblage et le thème a été recentré sur la dépression et le suicide. Le programme a été reconduit sous cette forme améliorée en 2015-2016.

Pour réduire la dépression et le risque de tentative de suicide ou d'idées suicidaires, le programme vise à améliorer le bien-être et à susciter la fréquentation des *Happsy Hours*. L'étudiant doit pouvoir repérer les signes de détresse et savoir à qui s'adresser pour aller mieux. Les *Happsy Hours* doivent donc être connues et les étudiants doivent identifier les questions qu'ils peuvent aborder avec les psychologues ; ils doivent aussi reconnaître que les psychologues sont compétents pour les aider. L'accessibilité du service est essentielle.

Les objectifs du programme sont d'augmenter la consultation de psychologue en cas de mal-être, d'augmenter le dépistage des étudiants en situation de mal-être, dépression ou crise présuicidaire ainsi que leur prise en charge, et de renforcer les ressources des étudiants pour qu'ils conservent une bonne santé mentale.

Les actions de prévention sont effectuées par des stagiaires étudiants en psychologie, qui interviennent deux fois par an à la porte des étudiants. La première intervention en début d'année permet de faire connaître les *Happsy Hours* et de lever, par la discussion, les freins au recours à un professionnel. La deuxième intervention vise à donner des repères aux étudiants pour identifier les situations de mal-être chez eux et chez des proches. Ces interventions personnalisées s'appuient sur le « Kit va bien » et le site internet²².

La prévention se poursuit par les *Happsy Hours*, dans les résidences entre 18 heures et 21 heures, une fois par semaine. L'accès à la consultation est favorisé, afin d'agir au plus tôt, dès les premiers signes de détresse. Les professionnels sont formés au repérage et à la prévention de la crise suicidaire.

La prévention par les pairs est un parti pris, mais les étudiants sont formés, encadrés et supervisés. Les protocoles de réponse aux différentes situations sont validés individuellement par téléphone avec un psychologue quand ils sont mis en place par un stagiaire. La prévention par les pairs augmente la réception du message, et

22. www.apsytude.com/fr/

instaure de nouvelles normes au sein de la communauté, en identifiant l'étudiant en psychologie comme un futur professionnel.

L'intervention est annoncée par affichage. Les stagiaires sont formés au questionnement socratique²³, afin d'augmenter les connaissances des résidents. Le kit de prévention permet de laisser une trace de l'intervention afin que l'étudiant puisse se référer à un support. L'entretien place des repères très pratiques pour déclencher rapidement une demande d'aide en cas de besoin.

Le kit de prévention et le site internet visent à déstigmatiser, informer et mettre en capacité. L'enjeu est de donner une information fiable, précise mais accessible. Les éléments d'information doivent pouvoir être diffusés au sein de la communauté étudiante. Dans ce cadre, l'humour est un bon vecteur de communication. Les pochettes orange du kit contiennent une fiche reprenant la question posée en intervention : « Comment vas-tu aujourd'hui ? » Le but est de susciter un questionnement en profondeur sur l'état psychique des étudiants, en passant par l'humour.

En cas de risque suicidaire repéré, un protocole est appliqué. En fonction du niveau de risque, les actions engagées varient, de l'incitation à consulter à une action plus directive et plus rapide (accompagner l'étudiant aux urgences).

L'évaluation du programme s'est faite dans trois groupes de résidences, le premier bénéficiant du programme complet (*Happsy Hours* et deux interventions en porte-à-porte); le second bénéficiant d'un programme simple (*Happsy Hours* sans intervention en porte-à-porte); un groupe de contrôle a simplement été soumis à un questionnaire administré en porte-à-porte en début et fin d'année.

3 000 étudiants ont été soumis à cette évaluation. L'échantillon présente une légère majorité de femmes et une surreprésentation des sciences et techniques et des étudiants en première et deuxième années de cursus. La représentativité des types de logements et des origines des étudiants est bonne.

Il ressort de cette évaluation que 21 % des étudiants sont en détresse psychologique; 5 % en épisode dépressif majeur; 6,2 % en risque suicidaire faible; 1,4 % en risque suicidaire moyen; 1,6 % en risque suicidaire élevé. 5,1 % des étudiants déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Les premiers résultats des interventions de prévention individualisées du suicide et de la dépression, effectuées en porte-à-porte par des pairs formés, semblent efficaces à plusieurs niveaux. Tout d'abord, elles permettent une diminution significative de la

23. Le questionnement socratique est une technique où l'on pose des questions dans le but d'aider les autres à apprendre. Cette dénomination provient de la façon d'enseigner de Socrate.

prévalence de la détresse psychologique (mesurée avec le MH-5), de la dépression (mesurée avec le MINI-A) et son intensité (BDI-II), et du risque suicidaire (MINI-C) dans le groupe bénéficiant du porte-à-porte. Il semble que ces variations s'expliquent par l'amélioration, là aussi significative, des connaissances et des croyances sur la dépression et le suicide. L'intention de recours à un psychologue est également accrue. Ces différents éléments constituent le cœur des interventions.

Par ailleurs, le programme est très bien accepté puisque 100 % des participants souhaiteraient voir le programme renouvelé. D'autres résultats seront bientôt disponibles sur www.apsytude.com.

Annexe IV • La prévention par les outils connectés

Auteur • **Sofian Berrouiguet**

En matière de prévention du suicide chez les jeunes, il convient de s'intéresser aux outils connectés. Il ressort ainsi d'une étude du Crédoc²⁴ que le taux d'équipement en téléphones mobiles est très élevé dans la population française, même s'il varie en fonction de l'âge (par un effet de génération), du diplôme et du niveau de vie. En revanche, le taux d'équipement en smartphones, en moyenne de 90 % chez les 18-24 ans et de 79 % chez les 25-39 ans, baisse ensuite très significativement pour ne plus concerner que 15 % de la population âgée de 70 ans ou plus. La situation est encore plus marquée dans le domaine des objets connectés (balance électronique, appareil connecté qui analyse les phases de sommeil ou les mouvements, etc.).

Une étude publiée en 2013 « Accessing suicide-related information on internet: a retrospective observational study of search behavior »²⁵ a mis en évidence que l'accès sur internet aux données concernant le suicide en général pouvait conduire, en quelques clics, à des blogs enseignant les moyens de se suicider. Il est donc tout autant possible de conduire des opérations de prévention du suicide sur les moteurs de recherche tels que Google.

La santé connectée concerne des outils de prévention accessibles à la population, relevant généralement de la technologie mobile. Les outils de prévention du suicide recensés sont variés : outils d'autoévaluation, de rappel, thérapies en ligne... Les fonctions invisibles pour l'utilisateur sont celles du *data-mining* et de l'aide à la décision médicale.

L'objectif des dispositifs de veille actuels est de maintenir le contact avec les sujets suicidants, soit par téléphone soit par voie postale. Aujourd'hui, le lien peut être maintenu par une application internet ou une application pour smartphone rappelant la disponibilité des soins aux patients à risque. Les protocoles d'utilisation des SMS ou des objets de *hangout* de type *whatsapp* prévoient généralement que le professionnel de santé reste en contact avec le patient pendant une certaine période (6 mois). À cette phase succède une période de suivi habituel sans contact, puis une évaluation au cours d'une troisième période.

Les résultats de ce protocole ne sont pas spécifiquement connus chez les sujets jeunes. Il apparaît néanmoins que ces outils sont acceptables, avec un taux de refus

24. Baromètre du numérique (2015, décembre). Étude réalisée à la demande du Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGE) et de l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP). CREDOC.

25. Wong, P. W.-C., Fu, K.-W., Yau, R. S.-P. *et al.* (2013, janvier). Accessing suicide-related information on the internet: a retrospective observational study of search behavior. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (1). doi: 10.2196/jmir.2181

très faible. Les limites tiennent en revanche à la faiblesse de la dimension évaluative, et au fait que ces outils n'ont que peu d'impact sur la décision médicale.

L'évaluation écologique connectée part du principe qu'entre deux consultations, la possibilité existe, grâce aux objets connectés, d'obtenir des informations concernant l'état de santé mentale du patient. Ces informations seraient transmises à l'équipe soignante avant la prochaine consultation et complèteraient l'évaluation clinique.

En France, la principale étude est conduite par le professeur Philippe Courtet (MeMind²⁶). L'objectif est de comparer deux cohortes de patients suicidants dépressifs, et dépressifs non suicidants, pour identifier les différents paramètres les distinguant. L'étude établit que l'accès aux outils connectés permet aux soignants de bénéficier d'une analyse clinique fine des idées de suicide.

Des réseaux sociaux connus ont mis en place des dispositifs de prévention du suicide. Sur les chats et les forums, les modérateurs ont la charge de repérer les sujets exprimant des idées suicidaires. Une équipe australienne²⁷ a procédé au recueil de 14 000 tweets, dont 2 000 ont été classés manuellement en trois catégories : « très inquiétants », « possiblement inquiétants » et « négligeables ». Puis la même analyse a été effectuée par un algorithme capable d'identifier ces trois catégories, avec un taux de concordance de 80 %. L'analyse automatique sur les réseaux sociaux est donc techniquement possible. Une telle analyse fait appel aux techniques de big data, ce qui pose des problèmes d'accès aux données et des problèmes légaux.

La question de l'usage secondaire de l'ensemble des données recueillies auprès des sujets suicidaires se pose. L'Institut Mines-Télécom et le CHU de Brest souhaitent à ce titre conduire une étude relative à la décision médicale et la suicidologie. À partir des données récupérées par l'intermédiaire des outils connectés, les patients seraient classés en fonction du niveau de risque grâce à des méthodes de *clustering*.

Les jeunes représentent un public spécifique et l'utilisation des dispositifs médicaux en ligne risque d'occasionner un envahissement de l'espace privé. Une deuxième difficulté chez le sujet jeune concerne les parents et les aidants, dont il faudrait réinventer la place en cas de contact direct avec le jeune *via* son smartphone. Sans compter que se pose également le problème de la sécurité des données.

26. Barrigón, M. L., Berrouiguet, S., Carballo, J. J. *et al.* (2017, mars). User profiles of an electronic mental health tool for ecological momentary assessment: MeMind. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26 (1). doi : 10.1002/mpr.1554

27. O'Dea, B. *et al.* (2015). Detecting suicidality on Twitter. *Internet Interventions*, 2 (2), 183-188.

SYNTHÈSE P.13

DOSSIERS P.33

AVANCEMENT DES TRAVAUX

FICHES P.155

ANNEXES P.203

SOMMAIRE

Avancement des travaux.....	107
1. Point d'information des travaux du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale.....	108
2. Avancement des travaux des groupes de travail sur l'amélioration des données sur le suicide et les tentatives de suicide de l'Observatoire national du suicide	114
3. Suivi des recherches sur la prévention du suicide.....	120

AVANCEMENT DES TRAVAUX

Cette partie présente un point d'information des travaux du groupe de travail sur la prévention du suicide du Conseil national de la santé mentale (CNSM) puis un état d'avancement des travaux de l'Observatoire national du suicide (ONS). Le premier conduit depuis fin 2016 des réflexions à visée opérationnelle afin de proposer une stratégie globale d'une politique de santé mentale, dans laquelle s'inscriront des actions et des dispositifs de prévention du suicide. L'Observatoire national du suicide a, quant à lui, poursuivi ses missions d'amélioration des données sur les suicides et les tentatives de suicide et ses missions à visée de connaissance du phénomène suicidaire, à partir de travaux de recherche.

Dans un premier temps, les différentes actions de « prévention du suicide » envisagées par le groupe de travail éponyme au sein du Conseil national de la santé mentale sont exposées. Ce groupe propose une série de dispositifs et d'actions, déclinée selon cinq axes, pouvant s'adapter aux contextes des territoires et aux ressources mobilisables en région. Les cinq axes sont :

- le maintien du contact avec les suicidants ;
- la formation des professionnels de première ligne ;
- l'information du public ;
- la mise en œuvre d'un numéro unique/d'une ligne d'appel d'urgence ;
- le traitement médiatique du suicide et la prévention de la contagion suicidaire.

Dans un deuxième temps, les différentes initiatives mises en œuvre par Santé publique France sont détaillées. Leur finalité est d'améliorer les systèmes de surveillance des suicides et tentatives de suicide, dans la continuité des recommandations du premier rapport de l'Observatoire.

Tout d'abord, il s'agit de décrire le protocole d'une étude pilote sur la mise en place d'un système de surveillance des suicides avec les instituts médico-légaux (IML). Ce projet a obtenu, à l'été 2017, les autorisations nécessaires pour démarrer. S'il s'avérait faisable, le développement d'un système de surveillance des suicides fondé sur les données des IML pourrait permettre d'enrichir les connaissances sur les suicides et ainsi de mieux orienter les actions de prévention.

On trouvera ensuite une présentation des travaux d'un groupe de travail dont l'objectif est d'améliorer la qualité du codage des tentatives de suicide lors du passage aux urgences hospitalières grâce à des actions auprès des producteurs locaux de données. Ce travail propose également une méthodologie d'exploitation des remontées

des urgences, enregistrées dans les bases du réseau Oscour®, pour l'identification et l'étude des tentatives de suicide.

Dans un troisième temps, un point d'étape des cinq travaux de recherche financés dans le cadre de l'Observatoire est proposé. Ces recherches, commencées au premier semestre 2016, portent sur des thématiques variées et sont issues de disciplines diverses, réaffirmant la volonté de l'Observatoire d'apporter une analyse pluridisciplinaire dans la compréhension du suicide et des tentatives de suicide.

Les travaux de Nadia Younès sur les liens entre le travail et le suicide font apparaître un rôle propre des facteurs liés au travail. Ils montrent aussi la difficulté d'étudier ces liens en raison de la rareté de cet évènement. Ceux de Philippe Courtet suggèrent des profils de réponses émotionnelles différents face à des facteurs stressants de la part de personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, qui pourraient expliquer leur plus grand risque de développer des comportements suicidaires. La recherche d'Erick Gokalsing porte sur l'évaluation d'un questionnaire court visant à repérer les adolescents à risque suicidaire, dans les services d'urgence des hôpitaux. L'étude de Romain Huët porte, quant à elle, sur l'analyse linguistique et textuelle des chats de l'association SOS Amitié et approfondit les connaissances sur la méthodologie de l'écoute. Enfin, Pierre Vandell mène une étude sur le lien entre un défaut d'inhibition cognitive et les tentatives de suicide chez les personnes âgées. Si ce lien est avéré, les interactions sociales pourraient entraîner une réduction de l'altération de l'inhibition cognitive liée au vieillissement.

1. Point d'information des travaux du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale

Fritsch Pascale, Salomé Laure, Direction générale de la santé

Le Conseil national de la santé mentale a été installé le 10 octobre 2016 par Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, dans l'objectif d'être une force de réflexion et de propositions, de veiller à l'articulation des différentes politiques et de rassembler les divers acteurs de la santé mentale.

Trois commissions et un groupe de travail ont été installés correspondant aux priorités du CNSM (bien-être des jeunes, prévention du suicide, santé mentale et grande précarité, parcours de l'usager et territorialisation de la politique de santé mentale). Le choix de la thématique du suicide, en tant que priorité de santé publique, est

conforté par la recommandation principale du Haut Conseil de la santé publique. Dans son évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, ce dernier a proposé d'inscrire la prévention du suicide dans une stratégie globale de santé mentale.

Le groupe de travail relatif à la prévention du suicide est copiloté par le professeur Pierre Thomas et la Direction générale de la santé. Ses travaux portent sur la mise en place d'actions de prévention multimodales sur la base des recommandations du Haut Conseil de la santé publique et des actions reconnues comme probantes par la littérature internationale. Ces actions constituent un « kit de prévention du suicide » dont les agences régionales de santé pourront s'inspirer dans leurs stratégies de prévention du suicide, en fonction de leurs propres objectifs et de leurs ressources.

1.1. Des travaux fondés sur la littérature scientifique et les recommandations du Haut Conseil de la santé publique

Les précédents rapports de l'Observatoire national du suicide l'ont déjà évoqué, la politique de prévention du suicide est inscrite au cœur des politiques publiques depuis vingt ans. Les principales recommandations sont les suivantes et ont vocation à alimenter la feuille de route du groupe de travail « prévention du suicide » :

- inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale (sans en faire un programme spécifique) ;
- promouvoir un double objectif :
 - la prévention dans la population générale en amont visant un effet dans plusieurs années,
 - la prévention spécifique pour une réduction effective du nombre de suicides en concentrant les efforts sur les populations les plus à risque, c'est-à-dire souffrant de troubles mentaux ;
- cibler les personnes les plus à risque (les suicidaires et les suicidants) et mener auprès d'elles des actions prenant en compte les principaux facteurs de risques ;
- fixer des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicides, à décliner en fonction des contextes régionaux et des catégories à risque ;
- organiser les programmes d'actions à partir d'un ensemble d'interventions reconnues efficaces.

Ces interventions probantes sont :

- la restriction de l'accès aux moyens létaux ;
- le maintien d'un contact avec les personnes à risque ;
- l'organisation des soins ;

- la mise en place des lignes d'appel d'urgence ;
- la formation des professionnels, dont les médecins généralistes ;
- les campagnes d'information du grand public.

1.2. Une stratégie multimodale à décliner en fonction des contextes locaux

Sur la base de ces recommandations et des actions probantes, le groupe de travail « prévention du suicide », installé pour trois années, s'est fixé comme objectif de travailler sur une politique volontariste de réduction à court terme du nombre de décès par suicide. Il s'agit de mettre en place avec les agences régionales de santé une stratégie multimodale qui puisse s'adapter aux contextes des territoires et aux ressources mobilisables.

Afin d'y parvenir, le groupe de travail s'attache, d'une part, à mobiliser tous les acteurs de terrain déjà engagés dans la prévention du suicide et, d'autre part, à développer un volet communication et innovation dans toutes les stratégies. Il procède par ailleurs à de nombreuses auditions.

Les antécédents de tentatives de suicide sont l'un des facteurs de risque les plus importants. Une tentative de suicide multiplie par quatre le risque de suicide ultérieur et par vingt dans l'année qui suit. Même un an après une tentative de suicide, le risque de suicide reste élevé. C'est pourquoi le maintien du contact avec une personne ayant fait une tentative de suicide est un élément crucial dans la stratégie de prévention du suicide. Ce qui implique plusieurs recommandations.

Organiser le suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide en tenant compte des ressources mobilisables¹

Garantir une continuité des soins après une tentative de suicide est l'un des modes d'intervention spécifiques parmi les plus efficaces.

Les modalités de suivi recommandées sont les suivantes :

- proposer un dispositif de prise en charge après la sortie de l'hôpital pour une durée suffisante ;

1. Cette recommandation peut s'inscrire dans le projet territorial de santé mentale qui a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention ainsi que de la prise en charge des situations de crise et d'urgence. L'élaboration d'un projet territorial de santé mentale est prévue par l'article L. 3221-1 du Code de santé publique (instauré par l'article 16 de la loi de modernisation de notre système de santé) et sa méthodologie et son contenu sont précisés par le décret n° 2017-1200 du 27 juillet.

- *a minima*, transmettre à la personne une fiche comprenant les coordonnées des structures et des professionnels de référence ; si possible adresser directement le patient à un médecin, en mesure d'assurer le suivi global et la coordination des soins.

L'une des possibilités est le dispositif de recontact Vigilans actuellement déployé dans plusieurs régions et en cours d'évaluation par l'agence Santé publique France. Cela n'empêche pas la mise en place d'autres actions de maintien du contact avec les patients après leur hospitalisation pour tentative de suicide.

Le maintien du contact avec la personne, en particulier à la suite d'une tentative de suicide, semble être d'autant plus efficace qu'il est :

- actif : il n'est pas laissé à la seule initiative du patient (par la remise d'une carte ou d'un numéro de téléphone) ;
- régulier : (4 à 8 contacts par an) et inscrit dans la durée (1 à 4 ans) ;
- personnel : il prend la forme d'un contact humain (comme l'envoi de cartes postales).

Cette stratégie nécessite d'inscrire ces actions de recontact au sein du parcours en lien et en complémentarité avec ses différents acteurs (médecins généralistes, psychiatres, associations d'écoute...) et en lien avec l'organisation des soins, de la prise en charge et du suivi de la personne. L'organisation de ce suivi a vocation à être incluse dans le projet territorial de santé mentale².

Dans tous les cas, il est nécessaire de combiner cette stratégie d'actions avec d'autres.

Rénover les formations au repérage du risque suicidaire en les centrant sur l'intervention de crise

Le volet régional du bilan du Plan national d'actions contre le suicide³ avait fait émerger le besoin de faire évoluer le référentiel de formation (non revu depuis 2004). Forte de ce constat, et en lien avec la recommandation du Haut Conseil de santé publique de centrer l'intervention sur les personnes à haut risque suicidaire, la Direction générale de la santé a engagé, en amont de l'installation du Conseil national de la santé mentale et de la mise en place du groupe de travail « prévention du suicide », des travaux de rénovation de l'architecture et du contenu de cette formation. Elle s'appuie pour cela sur le Groupement d'études et de prévention du suicide.

2. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Article R.3224-8.

3. Direction générale de la santé (2015, juin). *Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011-2014*. Annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

Ce dernier a, dans cette perspective, été auditionné par le groupe de travail « prévention du suicide ». Il a présenté l'évolution des pratiques probantes qui militent aujourd'hui en faveur d'un nouveau référentiel propre à l'intervention de crise suicidaire, ainsi que d'un module spécifique à l'attention des médecins généralistes relatif à la dépression sur lesquels il travaille.

Renforcer l'information du public

Ce sujet doit être approfondi par le groupe mais il ressort des premiers échanges et des recommandations du Haut Conseil de la santé publique la nécessité d'avoir des connaissances partagées, une information plus accessible et centralisée pour que le grand public et les professionnels puissent s'informer sur les ressources locales existantes et mobilisables.

La mise en place d'un portail national, en lien avec l'agence Santé publique France, serait sans doute un objectif à plus long terme. Des expérimentations locales sont en cours. À ce jour, des initiatives de partage d'informations existent mais elles sont souvent dispersées et mal connues du public.

Mettre en place un numéro unique de prévention du suicide

Le Haut Conseil de la santé publique recommande de mettre en place une ligne d'appel de type « suicide info service » composée de professionnels formés à l'intervention téléphonique et à la crise suicidaire et capables d'orienter vers les ressources locales de soins. Cette ligne serait destinée aux suicidants, à leurs proches et aux professionnels.

Afin d'associer tous les acteurs de la prévention du suicide, une articulation doit être envisagée avec ceux-ci et notamment avec les lignes d'écoute existantes aux niveaux national et régional. C'est la raison pour laquelle les associations nationales d'écoute en prévention du suicide labellisées par Santé publique France (démarche de labellisation entamée en 2010 et visant à renforcer l'offre et la qualité de service, à moderniser les outils et à mettre en place une évaluation des pratiques d'écoute) ont été conviées à participer aux échanges et travaux du groupe de travail qui vont se poursuivre avec pour objectif d'étudier les conditions de mise en place d'une telle ligne.

Plus largement, cela pose la question des conditions d'articulation entre les acteurs (mobilisation des compétences et des ressources locales) en fonction des différents niveaux de besoins.

Veiller au traitement médiatique et à la prévention de la contagion suicidaire

La concrétisation de ce volet de la prévention doit se matérialiser par le déploiement du programme Papageno en raison de ses assises stratégiques et théoriques, de son ancrage territorial dans la région des Hauts-de-France et de son travail auprès des journalistes engagés dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide. Le Haut Conseil de la santé publique recommande de poursuivre ce programme et de l'élargir à la communication institutionnelle.

Le programme Papageno vise à limiter les effets de contagion suicidaire par les médias, en institution, sur les « hot-spots » (lieux à haut risque), *via* les réseaux sociaux, dans les populations vulnérables. La logique repose sur une collaboration entre les professionnels de la communication et de la psychiatrie.

Si depuis 2015, les efforts de prévention se sont concentrés sur la collaboration avec les médias, le programme est cependant en adaptation permanente en fonction des différentes sollicitations qui guident les promoteurs.

À ce jour, de nombreuses actions ont été menées par les équipes du programme Papageno auprès :

- des étudiants en école de journalisme (écoles agréées et non agréées, en lien avec les internes de psychiatrie) ;
- des journalistes en poste (au sein des rédactions mais aussi des clubs de la presse afin de cibler les pigistes : diffusion d'alertes-média en cas de suicide à fort risque d'effet Werther⁴) ;
- des acteurs de la prévention (média training de psychiatres, d'internes, d'associations et rédaction de recommandations en concertation avec des journalistes) ;
- des partenaires nationaux de la prévention du suicide afin de promouvoir l'effet Papageno :
 - soutien à la création d'un numéro unique (en vue d'une prévention sélective, ciblant les personnes à haut risque),
 - mise à disposition des professionnels de la prévention d'une base de ressources narratives (films, témoignages, œuvres littéraires, etc.) ;
- des réseaux sociaux (en cours) afin :
 - d'actualiser les coordonnées des aides proposées par Facebook et Twitter par des données françaises,
 - d'améliorer la visibilité du signalement sur les réseaux sociaux (tutoriel vidéo),
 - de contacter les moteurs de recherche afin de faire figurer en premier le lien vers le numéro unique,
 - de former les médiateurs des blogs (ex. : Doctissimo),

4. Il s'agit d'un effet de contagion des suicides.

- de mettre en place un *think tank* pédagogique auprès des écoles de communication et des écoles d'ingénieurs,
- de contacter les Youtubeurs.

Chacune de ces stratégies va devoir être approfondie. Le groupe de travail « prévention du suicide » s'attachera également à réfléchir à la manière dont les différentes stratégies pourront s'articuler, s'adapter à ce qui existe déjà dans les territoires et à la manière de les implanter lorsqu'elles n'existent pas. En effet, ce sont les réalités de terrain qui vont guider la mise en place de cette stratégie multimodale et sa cohérence.

2. Avancement des travaux des groupes de travail sur l'amélioration des données sur le suicide et les tentatives de suicide de l'Observatoire national du suicide

V. Gigonzac, I. Khireddine-Medouni, C. Tillier
et C. Chan Chee, Santé publique France

Dans le cadre de la recommandation du premier rapport de l'ONS sur l'amélioration du système de surveillance des suicides et des tentatives de suicide, Santé publique France pilote deux groupes de travail et conduit différentes enquêtes et études.

2.1. Projet d'étude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides avec les instituts médico-légaux

Malgré la grande hétérogénéité des pratiques des instituts médico-légaux (IML) en France (fiche 7), la richesse de leurs données pour la surveillance des suicides, dont ceux en lien avec le travail, a été établie lors d'une première étude menée par Santé publique France.

Le développement d'un système de surveillance des suicides fondé sur les données des IML pourrait permettre d'enrichir les connaissances sur les suicides, notamment ceux en lien potentiel avec le travail, et ainsi mieux orienter les actions de prévention.

De ce fait, un groupe de travail piloté par Santé publique France, en collaboration avec des IML et le CépiDc-Inserm travaille, depuis 2015, à la mise en place d'une étude pilote visant à tester la faisabilité de développer un système de surveillance des suicides basé sur les données des IML.

Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) en octobre 2016 et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 11 août 2017. Elle sera menée auprès de neuf IML volontaires sur une période d'une année. Les médecins légistes recueilleront des données pour l'ensemble des décès par suicide et pour ceux dont l'intention reste indéterminée.

Les données collectées seront indirectement identifiantes (les nom et prénom de la personne décédée ne seront pas collectés) et porteront sur :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- les caractéristiques du décès ;
- les addictions et les comorbidités ;
- les caractéristiques professionnelles ;
- le lien potentiel entre le décès par suicide et le travail.

Les données seront recueillies par les médecins légistes à partir d'une fiche de recueil électronique, puis transmises à Santé publique France à partir d'une application informatique sécurisée.

Le nombre attendu de décès par suicide ou de décès dont l'intention reste indéterminée pour cette étude devrait dépasser 1 000 cas. Dans un premier temps, une évaluation de la faisabilité et de la pertinence de développer un système de surveillance des suicides fondé sur les données des IML sera réalisée. Suivra ensuite une description des décès par suicide et de ceux dont l'intention reste indéterminée ainsi que de la part et des caractéristiques des suicides en lien potentiel avec le travail. Dans un second temps, ces données seront appariées aux données de mortalité du CépiDc-Inserm afin de comparer la concordance des causes de décès rapportées dans les deux sources.

Concernant l'estimation de la part de suicides en lien potentiel avec le travail, il ne s'agira pas d'établir l'imputabilité d'un suicide au travail mais de s'intéresser aux cas de suicides pour lesquels le travail semble avoir joué un rôle. Si cette étude se révèle faisable, il sera recommandé de développer ce système de surveillance auprès de l'ensemble des IML.

2.2. L'amélioration des données sur les tentatives de suicide : bilan

Les recommandations du premier rapport de l'Observatoire national du suicide en 2014 préconisaient d'améliorer les données concernant les tentatives de suicide dans les bases médico-administratives, en particulier, leur exhaustivité. Celle-ci passe par la systématisation du codage de la tentative de suicide lors de chaque passage aux urgences ou de chaque hospitalisation des patients pour tentative de

suicide⁵. Dans un rapport plus récent, l'Organisation mondiale de la santé a réaffirmé que le socle d'un système de surveillance des tentatives de suicide repose sur les données hospitalières et les recours aux urgences hospitalières⁶. Depuis plusieurs années, les bases médico-administratives d'hospitalisation et de recours aux urgences sont utilisées pour la surveillance épidémiologique des tentatives de suicide et la production des indicateurs en France. La qualité des données de ces bases repose totalement sur les diagnostics établis par les médecins et sur la manière dont ils les codent, car l'anonymisation complète des données transmises au niveau national ne permet aucun retour aux dossiers des patients pour une éventuelle vérification.

Depuis une vingtaine d'années, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) collecte les données concernant tous les séjours hospitaliers, quel que soit le secteur, public ou privé. À chaque hospitalisation, un résumé de sortie anonyme (RSA) contenant des informations administratives, les diagnostics et les actes médicaux est produit. L'ensemble des RSA forme les données de la base médico-administrative d'hospitalisation du PMSI.

Lors de chaque passage aux urgences, un résumé du passage aux urgences (RPU), avec le codage des diagnostics médicaux, est produit et transféré quotidiennement à Santé publique France. Ces RPU forment la base de données du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Mis en place en 2004, le réseau Oscour® a pour objectifs la surveillance syndromique et la détection d'évènements inattendus. Il résulte de la collaboration entre Santé publique France, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), les agences régionales de santé (ARS), les établissements hospitaliers et la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) ainsi que du soutien de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS). Ce réseau s'est étendu progressivement sur tout le territoire national et l'exhaustivité de la transmission des RPU par les services d'urgence est presque atteinte (environ 90 % fin 2016) depuis que cette transmission est rendue obligatoire par l'arrêté du 23 juillet 2013⁷.

Dans un premier temps, le groupe de travail sur l'amélioration des données des tentatives de suicide s'est attaché à travailler sur les données de passage aux urgences car la majorité des tentatives de suicide prises en charge par le système de soins passent par les urgences. Un groupe de travail constitué de Santé

5. Observatoire national du suicide (2014). *Suicide – État des lieux des connaissances et perspectives de recherche* (1^{er} rapport). Paris, France. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/>

6. Organisation mondiale de la santé (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Genève, Suisse. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578_eng.pdf

7. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027825549

publique France (directions nationales et cellules régionales) et de la Fedoru a été mis en place avec un apport en cas de besoin d'experts en information médicale, d'urgentistes et de psychiatres. L'objectif initial d'amélioration de la qualité des données du réseau Oscour® s'est enrichi d'autres objectifs visant à une production d'indicateurs régionaux et infrarégionaux au plus proche des besoins des acteurs en santé publique. Les objectifs de ce groupe de travail sont au nombre de quatre.

Objectifs

Les objectifs sont donc de :

- décrire et améliorer la qualité du codage des tentatives de suicide grâce à l'action auprès des producteurs locaux de données ;
- définir une même méthodologie pour toutes les régions pour la surveillance des suicides et des tentatives de suicide ;
- disposer de données régionales comparables ;
- vérifier la faisabilité de production de données régionales et infrarégionales utilisables par les agences régionales de santé pour déterminer des actions de prévention.

Méthode

Dans un premier temps, le groupe a d'abord évalué les remontées des diagnostics dans Oscour®. Ensuite, il a institué un regroupement syndromique des tentatives de suicide décrit ci-dessous. Enfin, face à l'insuffisance de codage spécifique de ces tentatives de suicide, le groupe a déterminé un algorithme pour s'approcher au mieux d'une surveillance optimale des tentatives de suicide dans Oscour®.

Résultats

Les remontées des diagnostics dans Oscour®

Malgré l'amélioration de la transmission des RPU, le codage des diagnostics dans les RPU n'atteint pas un niveau d'exhaustivité suffisant et il est très dépendant des services d'urgence. Globalement, les diagnostics ne sont codés que dans 75 % des RPU. Les différences dans le codage des diagnostics entre services sont très importantes, si certains services ne remontent aucun ou très peu de diagnostics, de nombreux établissements remontent plus de 95 % de diagnostics codés. L'action locale des observatoires régionaux des urgences permet une amélioration continue.

Le regroupement syndromique

Les codes X60 à X84 (codes des lésions auto-infligées) de la CIM-10 pour coder la tentative de suicide sont rarement utilisés par les urgentistes qui codent la modalité de la tentative de suicide (par exemple T42 ou T43 pour intoxication aux

psychotropes) qu'ils ont pris en charge sans coder la nature volontaire de l'acte (dans notre exemple, X61 pour tentative de suicide aux psychotropes). Ainsi, si on n'utilise que les codes X60 à X84, on sous-estime le nombre de tentatives de suicide. Par contre, si on ajoute d'autres codes comme ceux faisant référence aux intoxications (sans prendre en compte la nature volontaire de l'acte), le risque est de surestimer ce nombre.

Le groupe de travail a défini trois regroupements syndromiques avec trois catégories de définition de cas certains, probables ou possibles de tentatives de suicide en fonction des codes CIM-10 notés dans le RPU (**tableau 1**) :

- tentative de suicide certaine lorsque les codes correspondent aux codes d'auto-intoxications et de lésions auto-infligées (X60-X84) ;
- tentative de suicide probable lorsqu'en l'absence de code spécifique de tentative de suicide, les codes utilisés correspondent à une intoxication à certains produits qui sont majoritairement utilisés dans les tentatives de suicide d'après les experts ;
- tentative de suicide possible lorsqu'en l'absence de code spécifique de tentative de suicide, les codes utilisés correspondent à une intoxication à certains produits qui sont quelquefois utilisés dans les tentatives de suicide d'après les experts.

Une première analyse de l'utilisation de ce regroupement syndromique montre qu'en Nouvelle-Aquitaine, la répartition des tentatives de suicide correspond à 22 % de cas certains, 71 % de cas probables et 7 % de cas possibles. Cette première analyse confirme la sous-estimation des tentatives de suicide dans Oscour® lorsque seuls les codes X60 à X84 sont pris en compte. L'analyse dans d'autres régions est en cours avec une évaluation de l'utilisation des données à un niveau infrarégional. L'évaluation de ces regroupements syndromiques avec un retour aux dossiers devra aussi être mise en place.

TABEAU 1 • Définition de cas certains, probables ou possibles de tentatives de suicide selon les codes CIM-10 notés dans le résumé de passage aux urgences dans Oscour®

Catégorie	Codes CIM-10	Signification
Tentative de suicide certaine	X60 à X84	Lésions auto-infligées
Tentative de suicide probable	T42	Intoxication par antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens
	T43	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
	T50	Intoxication par diurétiques, médicaments et substances biologiques, autres et sans précision
	T54	Effet toxique de substances corrosives
	T60	Effet toxique de pesticides
Tentative de suicide possible	T36	Intoxication par antibiotiques systémiques
	T37	Intoxication par d'autres anti-infectieux et antiparasitaires systémiques
	T39	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants
	T44	Intoxication par médicament agissant essentiellement sur le système nerveux autonome
	T46	Intoxication par substances agissant essentiellement sur le système cardiovasculaire
	T52	Effet toxique de solvants organiques
	T55	Effet toxique de savons et détergents

Amélioration du codage pour la surveillance des tentatives de suicide dans Oscour®

Afin d'améliorer le codage de certains diagnostics, un nouveau thésaurus des RPU sera prochainement mis en place. Ce nouveau thésaurus inclut un menu déroulant avec les variables « circonstances » et « motifs » qui ne seront plus en texte libre afin d'en faciliter l'exploitation et qui seront remplies à l'entrée par l'infirmier d'accueil. Parmi les propositions, la circonstance de venue aux urgences après une tentative de suicide sera explicitement introduite et pourra être notée par l'infirmier d'accueil. D'après les urgentistes, l'introduction de ces variables améliorera très probablement le codage des recours aux urgences après une tentative de suicide.

Conclusions et perspectives du groupe de travail

Le travail au niveau régional a permis d'être au plus près des producteurs de données. L'amélioration de la qualité des données sur le recours aux urgences après une tentative de suicide est en cours avec la mise en place d'un nouveau thésaurus intégrant une variable explicite sur la tentative de suicide comme circonstance de venue aux urgences, en plus du diagnostic et du motif. En attendant, un regroupement syndromique a été constitué afin d'homogénéiser la production des indicateurs régionaux. Ce regroupement nécessite encore une évaluation.

L'expérience acquise par le groupe de travail pour l'amélioration des données d'Oscour® sera mise à profit lors de l'évaluation de la sous-déclaration des tentatives de suicide dans les données hospitalières du PMSI par Santé publique France en collaboration avec les médecins de départements d'information médicale (DIM) et un retour aux dossiers médicaux.

3. Suivi des recherches sur la prévention du suicide parrainées par l'Observatoire national du suicide

L'Observatoire national du suicide, avec l'appui de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), a lancé en février 2015 un appel à projets pour soutenir la recherche sur le suicide et sa prévention, elle a associé les partenaires financeurs suivants : la Direction générale de la santé (DGS), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Au terme de cet appel, cinq projets ont été retenus pour financement sur les vingt-huit reçus. Les recherches financées portent sur des thématiques variées (vulnérabilité au suicide, détection du risque chez les adolescents, les mots du suicide et l'efficacité de l'écoute par les associations, le suicide des personnes âgées, le suicide et le travail) et mobilisent des disciplines scientifiques diverses (psychiatrie, neurosciences, pédiatrie, psychologie, sciences de l'information et de la communication, épidémiologie, médecine du travail, etc.). Les travaux ont débuté au premier semestre 2016 (voir le 2^e rapport de l'ONS).

Le séminaire de mi-parcours de cet appel à projets de recherche a eu lieu le 10 mars 2017 à l'IReSP. Les cinq porteurs de projets financés ont présenté les premiers résultats de leur recherche. L'objectif de cette journée était de discuter de l'avancement et de la méthodologie des projets et des difficultés rencontrées par les équipes, bien que toutes ne soient pas au même stade d'avancement. Cette présentation s'est tenue en présence des membres du conseil scientifique d'évaluation des projets, des partenaires financeurs et des membres de l'Observatoire.

Ces cinq recherches, suivies des échanges avec les participants au séminaire de mi-parcours, sont exposées successivement dans les pages suivantes.

3.1. Travail et risque suicidaire : études épidémiologiques en population générale

Nadia Younès, Marine Azevedo Da Silva^{ab}, Ariane Leroyer^c,
Maria Melchior^b, Laurent Plancke^d, Mathieu Rivière^{ab}

Contexte du projet

Le projet s'inscrit dans l'axe de recherche épidémiologique de l'appel à recherche visant à « connaître les facteurs de risque et de protection du suicide, et les mécanismes conduisant aux suicides » et à approfondir l'étude du poids des facteurs liés au travail au sein de la population active.

Cette recherche se place dans le modèle de la crise suicidaire qui pose, à un moment donné dans un contexte de vulnérabilité d'un individu dont les ressources adaptatives sont dépassées, l'apparition d'idées de mort puis d'idées suicidaires avec risque de tentative de suicide (à intentionnalité suicidaire variable) et de suicide (Younès, 2013). Un lien est fait entre l'étude des déterminants des comportements suicidaires et celle des suicides (Nock, 2008). La place de la médecine générale est avérée dans la prévention de ces comportements suicidaires (Dumesnil, 2012; Younès, 2015).

Le travail constitue un facteur de protection avéré contre le suicide puisque les personnes qui sont à la recherche d'un emploi ont une probabilité trois fois plus élevée de décéder par suicide que les personnes en activité professionnelle (Schneider, 2011). Toutefois, la majorité des suicides concernent la population active et de nombreuses personnes mourant par suicide ont un travail au moment de leur décès, d'où l'importance des mesures de prévention pour la population active (Milner, 2015). Certains secteurs d'activité à risque et des gradients sociaux ont été repérés pour les suicides (Milner, 2015; Marchand, 2015), les tentatives de suicide (Cohidon, 2010) ou le risque suicidaire (Cohidon, 2011). La recherche vise à investiguer le lien potentiel entre les conduites suicidaires, les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels au travail. Ces facteurs (« risques psychosociaux ») ont été appréhendés en France par le rapport Gollac à partir de la littérature internationale et d'un travail d'experts

a. Centre hospitalier de Versailles, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, EA 4047.

b. Institut Pierre Louis d'épidémiologie et santé publique (IPLESP/Inserm UMRS 1136). Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES).

c. Université Lille 2, centre hospitalier régional universitaire de Lille, EA 4483.

d. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Lille.

(Gollac *et al.*, 2011). Il s'agit des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par des conditions d'emploi et des facteurs organisationnels et relationnels défavorables classés en six axes : 1) intensité du travail, 2) exigences émotionnelles, 3) autonomie, 4) rapports sociaux au travail, 5) conflits de valeur et 6) insécurité de la situation de travail.

Ce projet étudie dans la population active le lien entre le risque suicidaire et des facteurs liés au travail (conditions d'emploi et risques psychosociaux) en analysant les résultats de deux études épidémiologiques existantes non exploitées sur ce point et qui peuvent être complémentaires (puisqu'elles portent sur deux populations, à deux époques, avec des analyses de comportements suicidaires différents) : l'étude Héraclès et la cohorte GAZEL.

L'étude Héraclès

Objectif scientifique : Il s'agit de comparer en médecine générale les facteurs professionnels parmi les actifs ayant des comportements suicidaires par rapport aux autres actifs.

Données : L'étude Héraclès a été conduite auprès de 2027 patients actifs occupés ayant consulté (quel que soit le motif) en médecine générale dans les Hauts-de-France pendant la durée de l'étude (avril-août 2014). Après la consultation, les médecins remplissaient un questionnaire standardisé de diagnostic mesurant le risque suicidaire (MINI, International Neuropsychiatric Interview) [Sheenan, 1998] et recueillaient les caractéristiques sociodémographiques du patient, celles de son travail (secteur d'activité, catégorie socioprofessionnelle, type de contrat) et les expositions aux risques psychosociaux au travail selon le rapport Gollac (20 questions).

Analyses : Un indicateur de « suicidalité » a été établi à partir des items du MINI au cours du mois écoulé (pensées de mort, pensées suicidaires ou tentative de suicide). Plusieurs travaux récents utilisent cet indicateur (Benatov, 2017 ; Celano, 2016). 167 patients (8,2 %) étaient positifs pour l'indicateur de suicidalité. Pour les facteurs liés au travail, des Z-scores⁸ ont été calculés pour chaque axe (tableau 1).

8. Le Z-score est une statistique qui permet de conclure à la significativité ou non d'un écart dans un profil.

TABLEAU 1 • Regroupement des questions sur les risques psychosociaux pour le calcul des Z-scores par axe

	Modalités				Contribution au score*
	oui	non			
	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	
Axe I - Intensité du travail et temps de travail					
Q29. Je reçois des ordres ou des indications contradictoires	2	4	-	-	5-q29
Q31. On me demande une quantité de travail excessive	1	2	3	4	5-q31
Q32. Je dois penser à trop de choses à la fois	1	2	3	4	5-q32
Q33. J'ai du mal à concilier mon travail avec mes obligations familiales	1	2	3	4	5-q33
Q44. Je dispose du temps nécessaire pour faire mon travail	1	2	3	4	q44
Axe II - Exigences émotionnelles					
Q27. Je travaille en contact direct avec le public (usagers, élèves, patients, voyageurs, clients)	2	4	-	-	5-q27
Q28. Je suis en contact avec des personnes en situation de détresse	2	4	-	-	5-q28
Q34. Je vis des tensions avec un public (usagers, élèves, patients, voyageurs, clients)	1	2	3	4	5-q34
Q35. Je dois cacher mes émotions et faire semblant d'être de bonne humeur	1	2	3	4	5-q35
Q36. Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail (pour ma sécurité, celle des autres)	1	2	3	4	5-q36
Q39. Au cours de mon travail, je suis exposé(e) à des agressions verbales, physiques ou psychologiques	1	2	3	4	5-q39
Axe III - Autonomie					
Q37. Dans ma tâche j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	1	2	3	4	q37
Q38. Je peux employer pleinement mes compétences	1	2	3	4	5-q38
Axe IV - Rapports sociaux au travail					
Q40. Travail reconnu à sa juste valeur	1	2	3	4	5-q40
Q45. Aides des collègues	1	2	3	4	5-q45
Q46. Aides des supérieurs	1	2	3	4	5-q46
Axe V - Conflits de valeurs					
Q42. Dans mon travail, faire des choses que je désapprouve	1	2	3	4	5-q42
Q41. Moyens de faire un travail de qualité	1	2	3	4	q41
Axe VI - Insécurité de la situation de travail					
Q43. Je travaille avec la peur de perdre mon emploi	1	2	3	4	5-q43
Q30. Capable de travailler jusqu'à la retraite	2	4	-	-	q30

* Pour chaque axe, le score de chaque question a été calculé pour qu'il aille dans le sens d'une augmentation de la caractéristique étudiée. Par exemple, pour la question Q37, le score correspond au chiffre attribué à la modalité de réponse. À l'inverse, pour la question Q38, le score est égal à 5 moins la modalité de réponse. Le score global de l'Axe III est égal à la somme des deux scores.

Sources • Questions issues du rapport Gollac et regroupement en fonction des axes définis dans ce même rapport, Dares / DREES, 2009.

Des données contextuelles ont été obtenues par zone de proximité (définies par l'Agence régionale de santé du Nord - Pas-de-Calais) : densité de psychiatres, de psychologues, de médecins généralistes ; défavorisation sociale ou matérielle ; taux d'hospitalisation pour tentative de suicide et mortalité par suicide.

Pour étudier les facteurs psychosociaux associés à la suicidalité, un modèle de régression logistique multiniveau a été utilisé avec comme premier niveau (effet aléatoire) les zones de proximité, et comme deuxième niveau, les patients. La variable à expliquer était la suicidalité et les variables d'exposition étaient les six axes du rapport Gollac. Les variables d'ajustement ont été sélectionnées en réalisant un modèle de régression logistique avec une sélection pas à pas descendante sur les autres variables disponibles : aucune variable contextuelle n'avait d'impact ; le secteur d'activité et le type de contrat non plus ; ne ressortaient que le statut marital, le niveau de diplôme, le chômage dans le passé, les antécédents psychiatriques, une dépression (selon le MINI) et la précarité. Les variables âge et catégorie socioprofessionnelle (CSP) ont été incluses directement dans les variables d'ajustement. Les résultats ont été stratifiés sur le sexe.

Principaux résultats obtenus : Les résultats montrent que la suicidalité est associée à « l'intensité et temps de travail » et aux « exigences émotionnelles ». Cette association est à risque pour les patients qui ont une « intensité et temps de travail » et des « exigences émotionnelles » élevés avec des odds ratio (OR) de respectivement 1,37 (1,10 – 1,70) et 1,34 (1,08 – 1,67). Ces associations sont différentes suivant le sexe : chez les hommes la suicidalité est associée uniquement à des valeurs élevées pour l'axe « intensité et temps de travail » (OR = 1,36 [1,01 – 1,83]) et chez les femmes elle est associée à des « exigences émotionnelles » importantes (OR = 1,72 [1,22 – 2,42]).

TABLEAU 2 • Résultats des associations entre suicidalité et risques psychosociaux selon le rapport Gollac, régression logistique multiniveau

	Femmes (n=984)				Hommes (n=845)				Total (n=1829)			
	OR*	OR inf.	OR sup.	P	OR*	OR inf.	OR sup.	P	OR*	OR inf.	OR sup.	P
Intensité et temps de travail	1,16	0,86	1,57	0,331	1,72	1,22	2,42	0,002	1,37	1,10	1,70	0,006
Exigences émotionnelles	1,36	1,01	1,83	0,040	1,20	0,87	1,65	0,277	1,34	1,08	1,67	0,008
Autonomie	0,95	0,69	1,30	0,740	0,90	0,62	1,31	0,591	0,95	0,75	1,20	0,638
Conflit de valeurs	1,14	0,82	1,59	0,431	0,98	0,68	1,42	0,929	1,02	0,80	1,30	0,877
Rapports sociaux au travail	0,86	0,60	1,23	0,403	1,06	0,72	1,57	0,755	0,92	0,71	1,20	0,553
Insécurité de la situation de travail	0,99	0,79	1,25	0,953	1,05	0,78	1,40	0,765	1,01	0,85	1,21	0,873

*OR: odds ratio. Modèle ajusté sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le statut marital, le niveau de diplôme, le chômage dans le passé, les antécédents psychiatriques, la dépression (MINI), la précarité.

Lecture • Chez les hommes, il y a une association statistique significative à p=0,002 entre l'axe « intensité et temps de travail » du rapport Gollac et la suicidalité, après ajustement sur les différents facteurs de confusion. Avec l'augmentation du score de l'axe « intensité et temps de travail » d'une unité, le risque de suicidalité augmente de 1,72 (intervalle de confiance entre 1,22 et 2,42).

Source • Étude Héraclès Nord - Pas-de-Calais, 2014.

Conclusion: Au terme de cette analyse, on constate qu'il existe des facteurs « travail » (« intensité et temps de travail » et « exigences émotionnelles ») liés à la suicidalité en médecine générale. Des interventions ciblées pourraient, par la suite, être proposées.

Cohorte GAZEL

Objectif scientifique: Il s'agit de comparer la population des personnes suicidées par rapport à la population des personnes décédées d'autres causes ou non décédées, en fonction : 1) des contraintes de l'environnement psychosocial au travail, 2) de la trajectoire de catégorie socioprofessionnelle, 3) d'un changement organisationnel (privatisation d'EDF-GDF en 2000 avec externalisation de services de distribution dans d'autres entreprises).

Données: Les données de la cohorte GAZEL portent sur 20046 volontaires, âgés de 35 à 50 ans au début de l'étude, et suivis annuellement depuis 1989. Le travail de gestion et de structuration des données a duré trois mois. Les données proviennent des autoquestionnaires annuels de 1989 à 2015. Elles regroupent des données de santé et socio-économiques, les facteurs psychosociaux au travail mesurés par le

questionnaire de Karasek à trois reprises (1995, 1997 et 1999), des données socio-professionnelles du service du personnel d'EDF-GDF, les causes de décès (CépiDc-Inserm), les suicides identifiés par les codes CIM-10(X60-X84, Y87.0) et CIM-9 (E950-E959). Depuis 1989, 85 personnes (sur 2404 décès) sont décédées par suicide, dont 41 avant la retraite.

Travaux à venir :

- **Association entre les facteurs psychosociaux au travail et le risque de mortalité par suicide**

Les personnes décédées par suicide avant 1995 pour lesquelles aucune mesure des facteurs psychosociaux n'est disponible (N = 25), celles décédées par suicide après la retraite (N = 44) et celles n'ayant pas répondu au questionnaire de 1995 (N = 16) n'ont pu être incluses dans les analyses. Finalement, seuls 8 décès par suicide exploitables pour les analyses ont été dénombrés, empêchant les analyses initialement prévues.

- **Association entre les trajectoires socioprofessionnelles et le risque de mortalité par suicide**

Cette étude va porter sur 20 600 employés d'EDF-GDF ayant des données socioprofessionnelles disponibles et âgés de 35 à 50 ans en 1989. Les catégories socioprofessionnelles seront définies à partir de la nomenclature Professions et catégories socioprofessionnelles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), de l'entrée dans l'entreprise jusqu'au début de l'étude en 1989.

- **Changement organisationnel au sein d'EDF-GDF**

Nous envisageons d'utiliser la méthode statistique « difference-in-differences », suite de travaux antérieurs (www.parisschoolofeconomics.eu/docs/ydepot/semin/texte1213/RAT2013ORG.pdf), en comparant les suicides survenus pour des personnes travaillant dans les services de production avec les suicides des personnes travaillant dans les services de distribution avant et après la privatisation de 2000 (44 décès par suicide ont été dénombrés avant l'année 2000 et 41 après).

Conclusion

Nos travaux épidémiologiques documentent un rôle propre des facteurs liés au travail dans les comportements suicidaires en population active. Des dimensions du travail ont été individualisées pour la suicidalité en médecine générale et pourraient constituer des pistes de prévention. Nos travaux montrent aussi la difficulté de réaliser des études sur les décès par suicide sur des sous-populations en raison de la rareté de l'évènement.

Références bibliographiques

- **Benatov, J. et al.** (2017, février). The association between gender, ethnicity, and suicidality among vocational students in Israel. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi : 10.1111/sltb.12332
- **Celano, C. M. et al.** (2016). Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression : a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-12. doi : 10.1017/50033291716002798
- **Cohidon, C., Santin, G., Geoffroy-Perez, B., Imbernon, E.** (2010, avril). Suicide et activité professionnelle. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58 (2), 139-150. doi : 10.1016/j.respe.2010.01.001
- **Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., Mikol, F., Aubry, C., Sebbah, R., Verdoux, H., Verger, P.** (2012, septembre). La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DREES, *Études et Résultats*, 810, 1-8.
- **Gollac, M.** (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- **Marchand, J.-L., Dourlat, T., Moisan, F.** (2015). *Description de la mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire. Analyse de la mortalité par cause entre 1990 et 2008*. Institut de veille sanitaire. France, Saint-Maurice.
- **Marquet, R. L., Bartelds, A. I., Kerkhof, A. J., Schellevis, F. G., van der Zee, J.** (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. *BMC Family Practice*, 6 (45). doi : 10.1186/1471-2296-6-45
- **Milner, A., Page, K., Spencer-Thomas, S., Lamotagne, A. D.** (2015). Workplace suicide prevention : a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promotion International*, 30 (1), 29-37.
- **Nagin, D. S.** (2005). *Group-based modeling of development*. Cambridge : Harvard University Press.
- **Nock, M. K. et al.** (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154. doi : 10.1093/epirev/mxn002
- **Sheehan, D. V. et al.** (1999). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- **Younès, N., Passerieux, C., Vaiva, G.** (2013). Examen d'un patient suicidant. Dans *Encyclopédie médico-chirurgicale* (p. 1-7). Paris, France : Elsevier Masson.
- **Younès, N., Melchior, M., Turbelin, C., Blanchon, T., Hanslik, T., Chan Chee, C.** (2015, janvier). Attempted and completed suicide in primary care : Not what we expected ? *Journal of Affective Disorders*, 150-154.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Une première intervention de Christian Baudelot, président du conseil scientifique, a porté sur la spécificité de cette étude. En effet, il relève que cette étude propose une échelle d'analyse située entre les niveaux macro et micro. Or, la majorité des études de sociologie du suicide reposent sur de très grands ensembles, avec peu de variables. L'enquête GAZEL apporte sensiblement plus d'éléments, à l'instar de celle menée chez France Télécom. Il est particulièrement difficile de constituer une population qui réunisse tous les critères statistiques pertinents. Par ailleurs, contrairement à ce qui pouvait être attendu, cette recherche ne pointe pas particulièrement les injonctions contradictoires, mais plutôt des variables classiques, qui ne sont pas les mêmes pour les hommes et les femmes. Enfin, il souligne combien il est intéressant d'analyser les aspects du travail. Il remarque que la dimension de latitude décisionnelle n'apparaît pas dans les résultats.

Un intervenant souhaite savoir si la mobilisation importante pour l'enquête en médecine générale est due à une sensibilité particulière au suicide dans cette région, ou à ses caractéristiques sociales propres. Nadia Younès explique que le réseau Sentinelles est à l'origine de cette étude, avec une demande sur les problématiques de travail et de santé mentale, et non uniquement sur le suicide.

Une autre interrogation a porté, dans le cadre de l'enquête GAZEL, sur le possible lien entre les éléments étudiés et l'absentéisme au travail. Marine Azevedo da Silva (membre de l'équipe de recherche) précise que le lien entre absences et suicide n'a pas été étudié dans GAZEL, pour des raisons de puissance statistique. En revanche, les liens entre facteurs psychosociaux et absences ont été abordés. Un article a été publié en 2004 à ce sujet, qui montre que certains risques psychosociaux sont associés à l'absentéisme. Un intervenant a par ailleurs souligné l'intérêt de la mesure de la souffrance psychique dans ce travail.

Enfin, un intervenant a parlé des pensées suicidaires chez les personnes sans emploi. Il explique que les enquêtes barométriques relèvent généralement plus de pensées suicidaires chez les personnes sans emploi. Parmi les travailleurs actifs, les pensées suicidaires attribuées à des motifs professionnels sont cependant en progression entre 2010 et 2014. En outre, un prochain Baromètre santé étudiera quelques éléments de contexte professionnel et les catégories professionnelles.

3.2. Sensibilité à l'adversité sociale dans les conduites suicidaires

Philippe Courtet^{a, b, c, d}, Chloé Girod^{a, b}, Catherine Genty^{a, b, c},
Aurélien Cazals^{a, b, c}, Émilie Olié^{a, b, c}

Le suicide représente un problème majeur de santé publique. Il est donc fondamental d'améliorer la recherche afin de mieux appréhender la physiopathologie suicidaire pour développer des biomarqueurs⁹ à visée diagnostique ou révélateurs de nouvelles cibles thérapeutiques. Dans un modèle stress-vulnérabilité, les conduites suicidaires résultent de l'interaction entre l'adversité psychosociale, les troubles psychiatriques et une prédisposition individuelle. La vulnérabilité est liée à des traits stables durant la vie comme l'histoire personnelle ou familiale de conduites suicidaires, l'impulsivité, la dysfonction du système sérotoninergique ou de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénargique, et certains déficits dans les processus émotionnels et cognitifs. Des travaux récents sont venus renforcer la conception initiale de Schneidman, en montrant que la perception de la douleur psychologique est plus marquée chez les sujets déprimés avec conduites suicidaires. Enfin, nombre d'arguments récents suggèrent un rôle majeur des médiateurs inflammatoires dans les conduites suicidaires.

Les événements de vie négatifs récents sont très fréquents dans l'année qui précède les conduites suicidaires. Ces événements conduisent à un sentiment de dévaluation ou d'exclusion sociale, générateur de douleur psychologique et d'idées suicidaires. À l'inverse, la restauration d'une connexion sociale est un facteur majeur dans le succès des programmes de prévention du suicide par recontact. Les études de neurosciences sociales montrent que le sentiment de rejet social active des régions cérébrales, qui sont altérées dans les processus d'affects négatifs et de détresse (insula antérieure, cortex cingulaire dorsal antérieur). Cette activation a pour conséquence une dysrégulation de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénargique, de la réponse sympathique adrénargique ainsi que de la réponse inflammatoire. Des recherches sur les conduites suicidaires montrent l'existence d'une inflammation chronique de

a. Centre hospitalier de Versailles, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, EA 4047.

b. Institut Pierre Louis d'épidémiologie et santé publique (PLESP/Inserm UMRS 1136). Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES).

c. Université Lille 2, centre hospitalier régional universitaire de Lille, EA 4483.

d. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Lille.

9. Selon la définition de l'Inserm, un biomarqueur est une molécule (enzyme, hormone, métabolite...), voire un type de cellule, dont la présence ou la concentration anormale dans le sang ou les urines signale un événement ou un statut physiologique particulier.

bas grade, aux niveaux cérébral et périphérique. Le niveau de protéine C réactive est associé aux conduites suicidaires dans une population déprimée. Cette inflammation chronique est indépendante des troubles psychiatriques.

Les stress sociaux sont parmi les plus forts inducteurs de réponse inflammatoire. La physiopathologie liée à ces stress sociaux pourrait donc logiquement être proche de celle associée aux conduites suicidaires, avec hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien et implication de plusieurs régions cérébrales, dont le cortex cingulaire antérieur, comme facteurs régulateurs. L'hypothèse de départ est donc cette sensibilité accrue aux stress sociaux des sujets porteurs d'une vulnérabilité suicidaire.

Deux facteurs modérateurs importants sont impliqués dans ces mécanismes physiopathologiques, à savoir l'existence de traumatisme dans l'enfance et le sentiment de solitude ou l'observation d'un isolement social. Ils constituent des facteurs de risque suicidaire bien connus, et il est intéressant d'examiner leur rôle modulateur dans cette séquence.

L'objectif principal de cette recherche est l'étude de la réponse psychologique (douleur psychologique évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique) à un test de stress social en fonction de l'antécédent de conduites suicidaires chez des patientes déprimées. Il a été proposé à deux groupes de patients souffrant de dépression, avec et sans antécédents de tentatives de suicide, de participer à une expérience permettant de valider l'hypothèse de départ.

On a pour cela eu recours au Trier Social Stress Test (TSST) qui constitue le *gold standard*¹⁰ actuel des stress sociaux. Il consiste en une mise en situation de stress extrême de la personne, conduisant de façon générale à des réponses physiologiques, des réponses émotionnelles et des réponses inflammatoires. Peu d'études ont été menées sur les personnes déprimées, et une seulement dans le domaine du suicide. Cette dernière montrait une réponse émoussée du cortisol salivaire chez des personnes considérées comme à haut risque suicidaire.

Les objectifs secondaires sont :

- de décrire et comparer les variations des marqueurs biologiques inflammatoires et du taux de cortisol salivaire lors du test de stress social en fonction de la présence ou non d'antécédents suicidaires ;
- d'étudier l'influence de l'impulsivité, de la fonction de prise de décision, des antécédents d'abus et de maltraitance dans l'enfance, du niveau de dépression, ainsi que

10. En médecine ou en statistique, il s'agit d'un test de référence pour établir la validité d'un fait.

de l'isolement social et de la solitude sur les paramètres cliniques et biologiques étudiés lors du test de stress social ;

- d'évaluer le sentiment de rejet social dans les conditions de vie réelles à l'aide du smartphone.

Il est prévu de recruter 140 patientes déprimées, avec et sans épisode de tentative de suicide (70 dans chaque groupe). Des critères de non-inclusion ont été définis pour éviter les biais (absence de pathologie inflammatoire ou de traitement). Des prélèvements sont réalisés avant le TSST, puis dans les deux heures suivant le test, afin de mesurer la variation des paramètres de l'inflammation dans le temps.

Selon le marqueur de l'inflammation étudié, le nombre de patientes nécessaires se situe entre 60 et 80. Cependant la cible a été définie à 140, afin de mesurer également les facteurs modérateurs et de suivre en temps réel, sur une semaine après le test, les stress sociaux en vie quotidienne. Depuis janvier 2017, les personnes participant à l'expérience sont ainsi invitées à s'autoévaluer durant une semaine, à raison de cinq fois par jour, à l'aide d'une application sur smartphone. Leur réponse psychologique aux événements sociaux rencontrés sera ainsi étudiée.

À ce jour, 44 patientes ont été recrutées, 24 d'entre elles présentant des antécédents de tentatives de suicide et 20 n'en présentant pas. Le recrutement des patientes déprimées avec et sans histoire personnelle de tentative de suicide est réalisé de manière simultanée.

Les résultats confirment l'efficacité et la reproductibilité du test, celui-ci induisant des douleurs psychologiques ainsi que des modifications des émotions positives et négatives dans les deux groupes de patientes, avec un retour à la normale après deux heures. Une tendance à l'augmentation des émotions positives a été constatée à l'issue du test, ce dernier pouvant induire un sentiment de valorisation, par la réussite de l'épreuve imposée, dont certaines patientes se sentaient incapables, en lien avec une mésestime d'elles-mêmes, que l'on retrouve très souvent après un épisode dépressif.

Il a été vérifié que le test réalisé (TSST) n'augmente pas les idées suicidaires, ce qui témoigne de sa bonne acceptabilité. Cependant, l'anxiété augmente après le test, avant un retour à la normale après deux heures. De plus, le groupe présentant des antécédents personnels de suicide a un niveau d'anxiété significativement plus élevé. Il a également pu être mis en évidence un profil de réponse émotionnelle différent chez les patientes en fonction de leurs antécédents de passage à l'acte suicidaire. Il n'y a pas de différence en ce qui concerne la douleur psychologique entre les deux groupes, mais les patientes suicidantes présentent un score d'émotions

positives¹¹ plus bas, au début et à la fin de la visite, par rapport aux patientes sans antécédents de tentatives de suicide, sur lesquelles la situation de stress ne semble pas influencer. En ce qui concerne les émotions négatives, celles-ci sont plus importantes en post-test immédiat dans le groupe avec antécédents de tentatives de suicide. Ainsi, ces résultats suggèrent que les patientes suicidantes ont une sensibilité au rejet accrue, principalement par le biais d'une majoration des émotions négatives comme l'anxiété.

Enfin, la tâche entraîne une augmentation différée du cortisol salivaire. De manière intéressante, nous retrouvons une diminution de la réactivité de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénargique en situation de stress, avec des taux de cortisol salivaire plus faibles chez les patientes avec antécédents de tentative de suicide, ce qui est concordant avec l'étude de McGirr¹² retrouvant une hyporéactivité de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénargique chez les apparentés de patients suicidants.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence des différences dans l'expression de sCD40L¹³ chez les patientes suicidantes et non suicidantes ; c'est une piste qu'il faudra poursuivre car son implication dans le suicide n'avait à ce jour jamais été étudiée.

Cependant, ces résultats sont à nuancer. En effet, il nous faudra recruter un nombre important de nouvelles patientes afin de disposer d'un nombre de sujets suffisant pour réaliser, dans un second temps, des analyses statistiques plus poussées, afin d'éliminer les facteurs de confusion possibles – bien que nos deux groupes soient comparables sur le niveau de dépression et sur l'indice de masse corporelle – et d'évaluer l'interaction temps/groupe à l'aide d'un modèle mixte. Il sera également intéressant d'élaborer un modèle regroupant les différents marqueurs, afin de mettre en exergue un profil réactionnel.

La possibilité de mener cette étude sur un plus grand nombre de patientes permettra également d'évaluer le rôle des abus dans l'enfance et du sentiment de solitude, que nous supposons être des modulateurs de la réponse inflammatoire au stress.

11. Mesuré par un sous-score de la PANAS (Positive Affect and Negative Affect Schedule), autoquestionnaire permettant de mesurer les affects positifs et négatifs.

12. McGirr, A., Diaconu, G., Berlim, M. T., Pruessner, J. C., Sablé, R., Cabot, S., Turecki, G. (2010, novembre). Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *J Psychiatry Neurosci*, 35(6), 399-408. doi: 10.1503/jpn.090121.

13. Le Soluble CD40 ligand (sCD40L) est présent dans les plaquettes et sa présence dans le sang est un marqueur de l'activation des plaquettes.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Pour commencer, Christian Baudelot souligne que cette étude réalise un traitement commun des facteurs sociaux et biologiques. Il demande comment l'échantillon est constitué et alimenté. Philippe Courtet explique que les patientes sont issues de l'unité d'hospitalisation pour patients en crise suicidaire, avec ou sans tentative de suicide, sur la base des consultations. La principale difficulté porte sur l'organisation. Elle requiert la présence d'un clinicien tout au long de la journée pour s'occuper des patientes, même s'il n'intervient pas dans le test, et d'un jury composé de deux personnes. L'équipe infirmière est également mobilisée pour réaliser les prélèvements.

Une intervenante demande comment l'étude est présentée aux patientes et si un échantillon de personnes en crise a été formé. Philippe Courtet répond que la nature de l'expérience ne leur est pas révélée, ce qui implique par ailleurs un débriefing en fin de protocole. Concernant la crise, les patientes sont en dépression, à des degrés variés, avec ou sans antécédent de tentative de suicide. Quand elles sont évaluées, elles n'ont pas ou quasiment pas d'idées suicidaires.

Un intervenant demande si des augmentations de cytokines ont été mesurées dans d'autres circonstances. Philippe Courtet précise que cette étude repose sur l'observation d'une mauvaise régulation de l'inflammation dans le suicide, indépendante des troubles psychiatriques, et le fait que cette même anomalie est fortement induite par des stress sociaux. Une tâche expérimentale de stress social a donc été retenue pour mesurer la réponse de l'inflammation dans les deux heures qui suivent. Pour autant, les cytokines peuvent augmenter dans d'autres circonstances. Les stress sociaux sont néanmoins des inducteurs importants.

Un intervenant interroge sur les conclusions de cette étude en matière de prévention. Philippe Courtet indique que l'objectif premier est d'identifier un biomarqueur de vulnérabilité suicidaire lié à la réponse aux stress sociaux. Par la suite, des résultats pourront sans doute être exploités en matière de dépistage ou de traitement préventif.

Une intervenante estime que le manque d'attachement ou de bienveillance dans l'enfance constitue un facteur important de vulnérabilité, susceptible de provoquer des stress sociaux plus importants par la suite. De ce point de vue, le terme de traumatisme semble inapproprié. Philippe Courtet en convient. La mesure de l'attachement est, par ailleurs, utilisée dans une autre étude. De plus, outre la nature de la maltraitance, le moment où elle intervient est important. Les individus y sont plus ou moins sensibles selon les périodes. Ce sujet mérite d'être approfondi.

Enfin, Christian Baudelot rappelle que le suicide touche davantage les hommes, alors que les femmes sont plus souvent dépressives. Il demande pourquoi l'étude ne porte pas sur des hommes. Philippe Courtet explique que ce choix a été arrêté pour des raisons pratiques. La dépression et les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes.

3.3. Étude de validation de la version française du questionnaire « Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ) dans une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgences pédiatriques

Erick Gokalsing^{a,b}, Victorine Lenclume^c, Lucie Baux^d, Sophie Lafarge^e, Michel Spodenkiewicz^{b,c,d}, Olivier Maillard^c, Karine Berny-Burlot^e, Hughes Flodrops^f, Laurent Enaud^f, Lisa Horowitz^g, François Favier^c, Louis Jehel^{b,h}.

Contexte

Comme d'autres régions dans le monde, l'île de La Réunion, département français d'outre-mer, est confrontée à une surmortalité par suicide chez les jeunes, notamment les adolescents (ORS Réunion, 2013).

Selon la littérature internationale, près de 80 % des adolescents décédés par suicide ont été vus par un médecin dans les mois précédant leur geste fatal (Luoma, 2003), dont 50 % aux urgences pédiatriques (Rhodes, 2013).

Pour certains auteurs, les adolescents qui ont des idées suicidaires et ceux qui font des tentatives de suicide appartiennent à la même population à risque (McAuliffe, 2002). Par ailleurs, il n'y a pas de risque iatrogène¹⁴ à rechercher les idées suicidaires, notamment chez les patients mineurs (Gould, 2005). Il en ressort que dépister des idées suicidaires chez des adolescents consultant aux urgences pédiatriques, quel que soit le motif, pourrait s'avérer utile pour repérer les individus les

a. Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) océan Indien, établissement public de santé mentale, Saint-Paul, La Réunion.

b. Équipe IPSOM U1178 Inserm, Villejuif.

c. Inserm CIC 1410, CHU La Réunion, Saint-Pierre, La Réunion.

d. Pôle de santé mentale, CHU La Réunion, Saint-Pierre, La Réunion.

e. Service de pédiatrie, centre hospitalier Gabriel Martin, Saint-Paul, La Réunion.

f. Service de pédiatrie, CHU La Réunion, Saint-Pierre, La Réunion.

g. National Institutes of Health / National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland, États-Unis.

h. Département de psychiatrie et psychologie médicale, CHU Fort-de-France, Martinique.

14. Se dit d'un trouble ou d'une maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments.

plus susceptibles de passer à l'acte suicidaire (Horowitz, 2010). Or ces structures ne disposent pas d'un psychiatre à tout moment. Il paraît donc pertinent d'avoir recours à un outil de repérage de ces symptômes utilisable par des professionnels non spécialistes de santé mentale.

Le SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire) [Reynolds, 1987], outil de référence composé de 30 questions pour les patients de 15 à 21 ans, avec une version courte de 15 questions pour les 10-14 ans (SIQ-Jr) [Pinto, 1997], a été proposé, notamment dans sa version validée en français (Potard, 2014). Ces autoquestionnaires explorent la fréquence des idées suicidaires selon une échelle de Likert à 7 niveaux (cotés de 0 à 6). Le seuil est de 41/180 pour le SIQ et de 31/90 pour le SIQ-Jr.

Dans la pratique, leur temps de passation les rend peu utilisables aux urgences en raison du risque de gêner la prise en charge du problème ayant occasionné le recours aux soins. C'est pour cette raison que Lisa Horowitz a développé l'« Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ), un hétéroquestionnaire de quatre questions avec des réponses binaires (oui/non) permettant d'explorer l'existence d'idées suicidaires et s'adressant à tout patient de 10 à 21 ans admis en service d'urgences pédiatriques (Horowitz, 2012). Une réponse « oui » à une seule de ces questions signe la présence d'idées suicidaires justifiant une prise en charge par un professionnel de santé mentale. Cet outil a été comparé au SIQ dans sa version américaine. Sa sensibilité¹⁵ est de 96,9 % et sa spécificité¹⁶ de 87,6 %. Une cinquième question dite « de criticité » a récemment été rajoutée par l'auteure afin de mettre l'accent sur le caractère immédiat de la problématique suicidaire (**encadré 1**).

15. La sensibilité (Se) est la probabilité qu'un test réalisé sur une personne malade se révèle positif.

16. La spécificité (Sp) est la probabilité qu'un test réalisé sur une personne saine se révèle négatif.

ENCADRÉ 1 • Questionnaire Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) version française

Questions pour le dépistage du risque suicidaire dans les services d'urgences

- Au cours des semaines passées t'est-il arrivé de souhaiter être mort ?
 Oui Non

- Au cours des semaines passées as-tu eu le sentiment que toi ou ta famille irait mieux si tu étais mort ?
 Oui Non

- Au cours des huit derniers jours, as-tu pensé à te tuer ?
 Oui Non

- As-tu déjà tenté de te tuer ?
 Oui Non

- Si oui, comment ?

- Quand ?

Si le patient répond Oui à au moins une des questions précédentes...

- Penses-tu à te tuer en ce moment ?
 Oui Non

Source • Horowitz L. *et al.*, 2012. Traduction et adaptation : Gokalsing E. & Baux-Cazal L.

Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de valider la version française à cinq questions de l'outil ASQ dans une population d'adolescents de langue française consultant dans des services d'urgences pédiatriques.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité par les parents d'un questionnement de leur enfant sur le suicide ; d'estimer dans un petit échantillon d'adolescents, le pourcentage de ceux qui présentent un risque de suicide ; d'analyser cet échantillon sur le plan sociodémographique ; de décrire le vécu subjectif des adolescents concernant la passation de questionnaires sur le suicide.

Méthode

Nous avons inclus des filles et des garçons de 10 à 17 ans, parlant couramment le français, consultant aux urgences pédiatriques de deux hôpitaux de l'île de

La Réunion, quel que soit le motif de recours. Nous leur avons fait passer les versions françaises de l'ASQ et du SIQ/SIQ-Jr afin de comparer les résultats obtenus concernant le repérage des idées suicidaires. Un questionnaire explorant les variables sociodémographiques leur a aussi été proposé. Par ailleurs, un entretien libre explorant le vécu subjectif des patients et celui de leurs parents relatif à la passation d'un questionnaire sur le suicide a également été proposé à certains d'entre eux.

Résultats

Données sociodémographiques

Entre le 7 juillet et le 21 décembre 2016, 246 patients répondant à nos critères d'inclusion ont été approchés dans les deux services d'urgences pédiatriques. 200 sujets (soit 81,3 %) ont accepté de participer à l'étude (55 % de filles et 45 % de garçons). Un patient a dû être secondairement exclu de l'analyse en raison de données manquantes (schéma 1).

L'âge moyen était de 13,5 ans (126 patients pour la tranche 10-14 ans et 73 pour la tranche 15-17 ans). L'échantillon était composé de 52,8 % de collégiens, de 33,1 % de lycéens, de 12,1 % d'écoliers et de 2 % d'autres situations (rupture scolaire, apprentissage...) [tableau 1].

SCHEMA 1 • Sélection des participants de l'étude

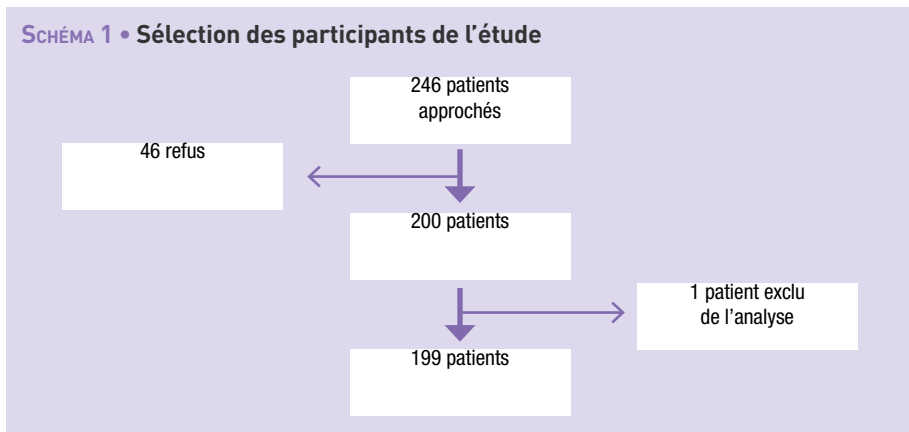


TABLEAU 1 • Description de la population participant à l'étude, selon le sexe, l'âge et le niveau d'étude

		n	%
Âge	Âge moyen ± SD (en années)	199	13,5 ± 2,2
	10-14 ans	126	63,3
	15 ans ou plus	73	36,7
Sexe	Masculin	89	44,7
	Féminin	110	55,3
Niveau d'étude	Niveau élémentaire	24	12,1
	Niveau collège	105	52,8
	Niveau lycée	66	33,2
	Autre	4	2

Repérage des idées suicidaires

Sur la population totale de l'étude, des idées suicidaires ont été dépistées chez 22 patients avec le SIQ ou le SIQ-Jr. L'outil ASQ, quant à lui, a identifié 38 patients à risque d'idées suicidaires (tableau 2).

TABLEAU 2 • Repérage des idées suicidaires par l'outil ASQ et le SIQ/SIQ-Jr

	ASQ	SIQ/SIQ-Jr
Positif	38 (19,1 %)	22 (11,1 %)
Négatif	161 (80,9 %)	177 (88,9 %)

Lecture • Sur les 199 patients participant à l'étude, l'outil ASQ en repère 38 ayant des idées suicidaires. 161 n'en auraient pas. 22 patients sont repérés comme ayant des idées suicidaires par le SIQ/SIQ-Jr et 177 n'en auraient pas.

Performance de l'outil ASQ**• Concernant l'échantillon total**

Sur les 22 patients repérés comme ayant des idées suicidaires par le SIQ/SIQ-Jr, l'outil ASQ en a identifié 19 (vrais positifs). Par ailleurs, il en a repéré 19 de plus comme ayant des idées suicidaires alors que le SIQ/SIQ-Jr ne les a pas repérés (faux positifs) [tableau 3].

Sur les 177 personnes identifiées comme n'ayant pas d'idées suicidaires par le SIQ/SIQ-Jr, l'outil ASQ en a identifié 158 (vrais négatifs), mais il a identifié aussi à tort

3 personnes comme peu préoccupantes alors qu'elles auraient des idées suicidaires selon le SIQ/SIQ-Jr (faux négatifs).

TABEAU 3 • Performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ/SIQ-Jr (population totale)

		Repérage par ASQ		
		-	+	Total
Repérage par SIQ/SIQ-Jr	-	158 (98,1 %)	19 (50 %)	177
	+	3 (1,9 %)	19 (50 %)	22
	Total	161	38	199

Lecture • Sur les 22 sujets repérés par le SIQ/SIQ-Jr comme ayant des idées suicidaires, l'outil ASQ en repère 19 mais n'en identifie pas 3. Sur les 38 sujets repérés comme ayant des idées suicidaires par l'outil ASQ, seuls 19 le sont aussi par le SIQ/SIQ-Jr.

	Valeur	Intervalle de confiance à 95 %
Kappa	0,57	[0,42-0,73]
Sensibilité	86,4 %	[65,1-97,1]
Spécificité	89,3 %	[83,8-93,4]
Valeur prédictive positive	50,0 %	[33,4-66,6]
Valeur prédictive négative	98,1 %	[94,7-99,6]

Le coefficient Kappa¹⁷ de concordance entre les deux échelles est à 0,57 (IC¹⁸ à 95 % : 0,42-0,73).

La sensibilité de l'ASQ est à 86,4 % (IC à 95 % : 65,1-97,1), la spécificité à 89,3 % (IC à 95 % : 83,8-93,4), la valeur prédictive positive¹⁹ à 50 % (IC à 95 % : 33,4-66,6) et la valeur prédictive négative²⁰ à 98,1 % (IC à 95 % : 94,7-99,6).

• Selon les classes d'âge

Nous avons comparé les résultats du repérage des idées suicidaires par l'outil ASQ par rapport au SIQ-Jr pour les 10-14 ans (tableau 4) et par rapport au SIQ pour les 15 ans ou plus (tableau 5).

17. Le coefficient Kappa mesure la concordance entre deux variables qualitatives.

18. Intervalle de confiance.

19. La valeur prédictive positive est la probabilité que la condition soit présente lorsque le test est positif.

20. La valeur prédictive négative est la probabilité que la condition ne soit pas présente lorsque le test est négatif.

La sensibilité de l'outil ASQ par rapport au SIQ-Jr est à 87,5 % (IC à 95 % : 47,4-99,7). Par rapport au SIQ pour les 15 ans ou plus il est aussi de 87,5 % (IC à 95 % : 57,2-98,2).

La spécificité de l'outil ASQ est meilleure par rapport au SIQ-Jr (92,4 % ; IC à 95 % : 86-96,5) que par rapport au SIQ (83,1 % ; IC à 95 % : 71-91,6), mais la valeur prédictive positive est moins bonne par rapport au SIQ-Jr (43,8 % ; IC à 95 % : 19,8-70,1) que par rapport au SIQ (54,6 % ; IC à 95 % : 32,2-75,6).

La valeur prédictive négative de l'outil ASQ est plus élevée par rapport au SIQ-Jr (99,1 % ; IC à 95 % : 95-99,9) que par rapport au SIQ (96,1 % ; IC à 95 % : 86,5-99,5). Enfin, l'aire sous la courbe ROC²¹ est à 0,93, que ce soit avec le SIQ-Jr ou le SIQ (IC à 95 % : 0,87-0,97 et IC à 95 % : 0,85-0,98 respectivement) (graphiques 1 et 2).

TABLEAU 4 • Performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ-Jr, sujets âgés de 10 à 14 ans

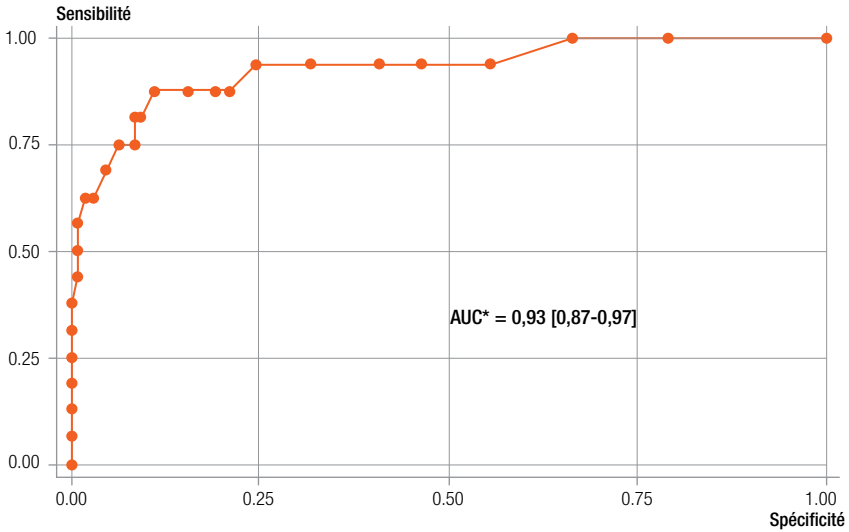
		Repérage par ASQ		
		-	+	Total
Repérage par SIQ-Jr	-	109 (99,1 %)	9 (56,2 %)	118
	+	1 (0,9 %)	7 (43,8 %)	8
	Total	110	16	126

Lecture • Sur les 8 sujets repérés par le SIQ-Jr comme ayant des idées suicidaires, l'outil ASQ en repère 7. Sur les 16 sujets repérés comme ayant des idées suicidaires par l'outil ASQ, 9 ne le sont pas par le SIQ-Jr.

	Valeur	Intervalle de confiance à 95 %
Sensibilité	87,5 %	[47,4-99,7]
Spécificité	92,4 %	[86,0-96,5]
Valeur prédictive positive	43,8 %	[19,8-70,1]
Valeur prédictive négative	99,1 %	[95,0-99,9]

21. La courbe de ROC est une mesure de la performance entre deux groupes distincts sur la base d'une ou de plusieurs des caractéristiques de chacun de ces éléments.

GRAPHIQUE 1 • Courbe ROC concernant la performance de l’outil ASQ comparativement au SIQ-Jr, sujets âgés de 10 à 14 ans



* L'AUC (Area Under Curve) correspond à l'aire sous la courbe.

Lecture • Une personne présentant un risque d'idées suicidaires selon le questionnaire ASQ a une probabilité de 93 % d'avoir un score au SIQ-Jr supérieur à celui d'une personne n'ayant pas d'idées suicidaires

TABLEAU 5 • Performance de l’outil ASQ comparativement au SIQ, sujets âgés de 15 ans ou plus

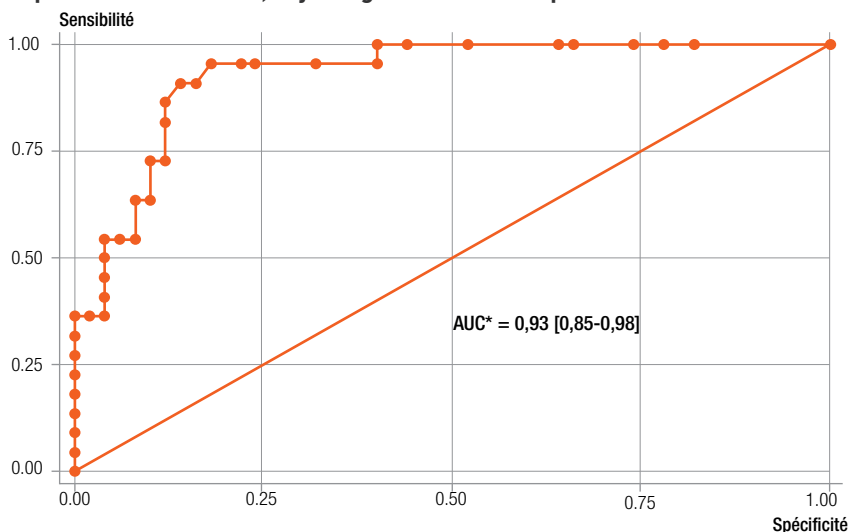
		Repérage par ASQ		
		-	+	Total
Repérage par SIQ	-	49 (96,1 %)	10 (45,4 %)	59
	+	2 (3,9 %)	12 (54,6 %)	14
	Total	51	22	73

Lecture • Sur les 14 sujets repérés par le SIQ comme ayant des idées suicidaires l'outil ASQ en repère 12 mais n'en identifie pas 2. Sur les 22 sujets repérés comme ayant des idées suicidaires par l'outil ASQ, 10 ne le sont pas par le SIQ.

	Valeur	Intervalle de confiance à 95 %
Sensibilité	85,7 %	[57,2-98,2]
Spécificité	83,1 %	[71,0-91,6]
Valeur prédictive positive	54,6 %	[32,2-75,6]
Valeur prédictive égate	96,1 %	[86,5-99,5]



GRAPHIQUE 2 • Courbe ROC concernant la performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ, sujets âgés de 15 ans ou plus



* L'AUC (Area Under Curve) correspond à l'aire sous la courbe.

Lecture • Une personne présentant un risque d'idées suicidaires selon le questionnaire ASQ a une probabilité de 93 % d'avoir un score au SIQ supérieur à celui d'une personne n'ayant pas d'idées suicidaires.

Acceptabilité du test par les parents et vécu subjectif des sujets étudiés

Nous avons procédé à une évaluation de l'acceptabilité par les parents de la procédure de repérage des idées suicidaires chez leurs enfants consultant aux urgences pédiatriques et du vécu subjectif de ces enfants. Cette partie qualitative de l'étude a porté sur vingt dyades parent/enfant à qui nous avons proposé un entretien libre. L'analyse de ces données est en cours.

Discussion

Outre le nombre de questions posées, la concordance moyenne observée entre les deux outils pourrait aussi être en rapport avec le fait qu'ils ne sont pas construits de la même manière. Le SIQ/SIQ-Jr implique une évaluation selon une échelle de Likert²² s'intéressant à la fréquence de certains symptômes sur une période de temps allant de « jamais » à « presque chaque jour » et aboutissant à un score comparé à une valeur seuil, alors que l'outil ASQ est de type binaire (oui/non). Par ailleurs, ils n'explorent pas la même période de temps, le SIQ/SIQ-Jr pouvant prendre en compte des symptômes anciens de plus d'un mois, l'outil ASQ se centrant sur « les semaines passées » et, pour sa question 3, sur « les huit derniers jours ».

22. Il s'agit d'une échelle de jugement.

Si l'on se place dans une situation de dépistage, l'intérêt est de pouvoir repérer les personnes dont la situation justifierait une prise en charge, mais surtout il est important que les personnes non retenues par le test soient effectivement bien celles qui n'ont pas besoin de soins. Il est donc indispensable que l'outil de dépistage ait une valeur prédictive négative élevée. Dans la situation qui nous intéresse, il s'agit de repérer les personnes qui justifieraient un examen complémentaire (en l'occurrence une évaluation adéquate par un professionnel de santé mentale). C'est cet examen complémentaire qui permettra de poser le diagnostic de certitude. Dans une situation de repérage (*screening*) la version française de l'outil ASQ semble donc remplir le rôle attendu : repérer les personnes ayant besoin de cet examen complémentaire en ayant un faible risque de ne pas repérer celles qui en auraient besoin.

L'échantillon comporte davantage de sujets âgés de 10 à 14 ans que de sujets âgés de 15 ans ou plus. Or ils ne sont pas explorés par le même outil de référence et plusieurs études soulignent le fait que les idées suicidaires augmentent avec l'âge. Par ailleurs, le sex ratio est en faveur des filles. Or les études montrent des différences selon le sexe concernant la problématique suicidaire. Il est donc probable qu'avec un échantillon plus équilibré sur le plan sociodémographique les résultats auraient été différents.

Les résultats de l'étude qualitative concernant l'acceptabilité du test permettront de savoir si l'utilisation de la version française de l'outil ASQ peut être proposée en routine. Il convient également d'étudier si l'utilisation de cet outil peut s'avérer utile dans d'autres contextes où un repérage pourrait être intéressant en étant effectué soit de manière systématique, soit de manière ciblée dans des groupes à risque. Cela est notamment le cas, par exemple, chez les infirmiers scolaires, en médecine générale, chez un groupe d'adolescents endeuillés par le suicide d'un pair, etc.

Conclusion

La version française de l'outil ASQ avec une bonne sensibilité et surtout une valeur prédictive négative élevée semble donc prometteuse pour repérer des adolescents à risque suicidaire dans une population consultant aux urgences pédiatriques, sous réserve qu'une telle procédure soit acceptable pour le sujet et ses proches, ce qui sera précisé par l'analyse des données qualitatives restant à exploiter.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Au terme de cette présentation le débat a porté, entre autres, sur l'échantillonnage. Christian Baudelot s'interroge sur la constitution de l'échantillon. Erick Gokalsing précise que tous les patients qui se sont présentés aux urgences ont été sollicités, sachant que sur l'un des deux centres étudiés, la traumatologie était plutôt traitée par les services adultes. Seuls 25 % de l'échantillon ont été recrutés dans cet

établissement. Toutefois, Erick Gokalsing n'est pas en mesure d'expliquer l'écart entre garçons et filles dans la population étudiée. Pour Christian Baudelot, l'échantillon est donc représentatif de la population qui a consulté les urgences pendant l'étude. Il n'y a donc pas *a priori* de biais dans la méthode.

Un intervenant s'interroge pour sa part sur la mise en place d'un suivi pour les enfants ayant répondu positivement au test et si c'est le cas, quel est le protocole. Erick Gokalsing confirme que le patient qui répond positivement à la cinquième question ne doit pas quitter le service sans consulter un psychiatre. Pour ceux qui ont répondu négativement à cette question, mais positivement à au moins une des quatre premières questions, afin d'éviter tout risque, ils ont également reçu un avis spécialisé avant de quitter l'établissement.

Une autre question a porté sur la confrontation de ces données aux autres informations cliniques. Erick Gokalsing explique que ce point ne faisait pas partie des objectifs de l'étude, qui visait à adapter l'échelle américaine à un contexte d'urgence pédiatrique, dans la mesure où l'outil de référence est trop long pour être utilisé en urgence. Pour autant, Erick Gokalsing avance qu'il serait effectivement pertinent de vérifier la concordance entre ces résultats et les données cliniques de ces patients.

Une intervenante souhaite savoir si des questions sont posées sur l'environnement familial. Erick Gokalsing confirme que le contexte familial est un sujet pertinent, cependant à ce jour il n'a pas été analysé. Des informations sur cette problématique ont été collectées, et sont en cours d'étude pour préciser le contexte de vie de l'enfant. Toutefois, les résultats ne seront peut-être pas exploitables statistiquement, dans la mesure où les sous-groupes seront de taille réduite.

Le débat a porté ensuite sur le risque possible qu'il y a à interroger des enfants sur d'éventuelles idées suicidaires, celles-ci pouvant les conduire à envisager le suicide. Erick Gokalsing indique que cette question a été soulevée. Cependant, des travaux menés précédemment montrent que poser des questions sur le suicide n'entraîne pas de risque supplémentaire. Au contraire, aborder régulièrement ce sujet diminue le nombre de passages à l'acte. L'enfant peut verbaliser son mal-être, ce qui est positif.

Un intervenant demande des précisions sur l'échelle de temps sur laquelle est mesuré le risque. Erick Gokalsing explique que l'étude porte surtout sur les idées suicidaires. Si des idées suicidaires sont détectées, le patient est renvoyé vers un spécialiste pour déterminer l'existence d'un risque imminent. En cela, il ne s'agit pas de mesurer la probabilité de suicide. Cet outil permet du *screening*, c'est-à-dire la détection des personnes pour lesquels des examens plus poussés s'avèrent pertinents. Ce sont ces examens qui aboutissent à un diagnostic.

Références bibliographiques

- **Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M. et al.** (2005, avril). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs : a randomized controlled trial. *JAMA*, 293 (13), 1635-1643.
- **Horowitz, L., Ballard, E., Teach, S. J., Bosk, A., Rosenstein, D. L., Joshi, P., Dalton, M. E., Pao, M.** (2010, novembre). Feasibility of screening patients with nonpsychiatric complaints for suicide risk in a pediatric emergency department : a good time to talk? *Pediatric Emergency Care*, 26 (11), 787-792. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181fa8568
- **Horowitz, L., Bridge, J., Teach, S. et al.** (2012, décembre). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) : a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, 166 (12), 1170-1176. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1276
- **Luoma, J. B., Martin, C. E., Pearson, J. L.** (2002, juin). Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159 (6), 909-916.
- **McAuliffe, C.M.** (2002). Suicidal ideation as an articulation of intent : a focus for suicide prevention. *Archives of Suicide Research*, 6 (4) 325-338. doi: 10.1080/13811110214524
- **ORS La Réunion** (2013, décembre). Tableau de bord sur les suicides et tentatives de suicide à La Réunion.
- **Pinto, A., Wishman, M. A., McCoy, K. J. M.** (1997, mars). Suicidal ideation in adolescents : Psychometric properties of the Suicidal Ideation Questionnaire in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 9 (1), 63-66.
- **Potard, C., Kubiszewski, V., Gimenes, G., Courtois, R.** (2014, février). Validation of the french version of the Suicidal Ideation Questionnaire among adolescents. *Psychiatry Research*, 215 (2), 471-476.
- **Reynolds, W.** (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire*. Odessa, États-Unis : Psychological Assessment Resources.
- **Rhodes, A. E., Khan, S., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Bethell, J., Leslie, B., Lu, H., Manion, I.** (2013, mai). Sex differences in suicides among children and youth : the potential impact of help-seeking behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (5), 274-282

3.4. Médiation des technologies de l'information et de la communication dans l'expression du suicide : le cas des associations d'écoute de prévention contre le suicide

Romain HUËT^a

Ce projet de recherche est le résultat d'un partenariat entre :

- une équipe interdisciplinaire en sciences humaines et sociales basée en France et au Canada : cette équipe est labellisée par la Maison des sciences humaines et de l'homme de Bretagne (2015-2017) pour ses travaux sur l'écoute et la souffrance sociale ;
- l'association de prévention contre le suicide SOS Amitié. Depuis 2005, SOS Amitié a mis en place un webchat destiné à accueillir les individus en situation de détresse. Après une première recherche effectuée entre 2011 et 2013 sur la messagerie électronique (contrat Inpes), l'association a cédé à l'équipe de recherche l'ensemble de ses correspondances avec les utilisateurs de leur webchat entre 2005 et 2015 afin de permettre une analyse fine tant des maux énoncés que des problèmes et des opportunités posés par l'écoute à distance, particulièrement l'écoute par webchat.

Les associations d'aide à distance se développent fortement en France depuis quelques années, afin de prévenir la souffrance sociale et le suicide. Ces structures accueillent des personnes qui rencontrent des difficultés existentielles, dont certaines ont des idées suicidaires. Elles leur proposent un contact social, à distance et avec des bénévoles qui ne sont pas des professionnels qualifiés. Ces associations sont contactées par des milliers de personnes tous les ans.

L'étude vise à montrer que leur développement s'est accompagné d'un effort théorique pour appréhender la souffrance et mettre en mots les malaises. La parole possède un pouvoir performatif, dans la mesure où elle favorise le retour à soi et aide l'individu à dépasser sa situation. L'objectif général de l'étude est de comprendre comment les personnes qualifient leur propre souffrance et à quelle conception de la souffrance renvoient ces pratiques de soins. Elles possèdent en effet cinq caractéristiques :

- le soin est confié à des personnes ordinaires, formées et préparées ;
- cette préparation psychologique repose sur une idée rogérienne²³ de l'écoute, non normative et non directive ;

a. Maître de conférences en sciences de la communication, université Rennes 2.

23. La méthode rogérienne est une méthode de psychothérapie et de relation d'aide qui repose sur une approche centrée sur la personne.

- l'écoute vise à concentrer en un même endroit les plaintes hétérogènes sur la vie ;
- une perception commune de la souffrance se développe, comme altération subjective de l'homme par rapport à lui-même ;
- cette perception repose sur l'évidence institutionnelle de la performativité de la parole comme retour à soi.

Le travail repose sur du matériau empirique confié par une association de prévention contre le suicide, à savoir dix ans de conversations par messagerie instantanée, soit près de 80 000 pages de texte. Des entretiens ont également été menés avec les bénévoles, et un travail d'archive a été réalisé pour suivre l'évolution de la conception de la souffrance. Enfin, les statistiques de l'association ont été exploitées pour dresser un profil des appelants.

L'équipe de recherche est pluridisciplinaire, avec une dominante en philosophie et en sociologie, mais elle comprend également des linguistes. La première approche repose sur la textométrie²⁴ et la lexicométrie²⁵, afin de procéder à une lecture statistique du texte pour identifier une éventuelle trame typique des échanges. Il s'agit ainsi de repérer les spécificités lexicales en fonction du sexe, de l'âge, du moment ou des thématiques. Les scénarios de conversation peuvent également être caractérisés, ce qui est utile dans la mesure où, au vu des sujets abordés, l'entrée et la sortie de l'échange ne sont pas des exercices faciles. Des configurations énonciatives peuvent en outre être détectées. Enfin, l'impact des questions des écoutants est étudié, pour déterminer celles qui favorisent ou non la parole.

La deuxième équipe étudie le contenu des conversations de façon qualitative, à savoir comment les appelants décrivent leur situation, et quelles causes ils lui attribuent. Il apparaît que l'échange par chat implique une écriture permanente pour maintenir la coprésence. Le silence est moins toléré. Cela a un effet concret sur les conversations, par exemple la fragmentation des textes et de l'expression, ce qui pourrait altérer les processus d'élucidation. En effet, cette forme d'échange cherche à maintenir le lien plutôt qu'à créer les conditions d'une délibération, qui passe par des moments de silence. Par ailleurs, les tours de parole et les figures utilisées sont étudiés pour déterminer s'il existe un scénario typique de conversation. Enfin, une analyse plus spécifique est menée sur la question du travail.

Le troisième axe d'étude porte sur les limites de ces dispositifs d'écoute. Leur fonction est l'apaisement, pour aider les personnes à retrouver leur faculté de jugement. Cependant, certaines caractéristiques pourraient aller à l'encontre de cet objectif. En effet la méthode rogérienne, qui vise à ne jamais donner de conseils, conduit le bénévole à adopter un langage impersonnel, et à ne jamais prendre position. Elle

24. La textométrie, appelée aussi analyse de données textuelles (ADT), est une approche méthodologique mobilisée par les sciences humaines qui vise à analyser des textes à partir d'un ensemble de manipulations informatiques.

25. La lexicométrie vise à analyser et étudier statistiquement l'usage des mots dans un texte donné.

pourrait aboutir à un sentiment d'inhumanité. Il convient en outre de s'interroger sur la tendance à la psychologisation et à l'accommodement à sa situation. L'idée est de savoir comment examiner ce qui, dans la situation vécue, n'a rien de personnel mais trouve plutôt son origine dans un ordre social problématique. Un tel dispositif peut conduire à se focaliser sur la réponse affective, au lieu d'une activité d'interprétation. Il convient d'aider la personne à accéder à la dimension cognitive de la souffrance. L'objectif en l'occurrence est de sociologiser le mal-être, c'est-à-dire d'aider la personne à interpréter sa situation en termes sociaux.

Enfin, la dernière dimension étudiée consiste à savoir comment l'appelant interroge notre manière d'être ensemble, c'est-à-dire quelles sont les attentes ordinaires de l'individu en situation de souffrance. La souffrance n'est pas vécue comme une simple tonalité affective, mais plutôt comme un événement connu. L'individu semble prendre conscience que sa vie, telle qu'elle est, n'est pas acceptable, ce qui sous-entend un sens du possible. Lorsque la souffrance est telle, des idées suicidaires, de la haine ou encore du cynisme peuvent naître chez l'individu, entraînant un changement dans la perception de la réalité.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Christian Baudelot relève que cette étude en est encore au stade de définition des hypothèses, mais que leur formulation montre que ce travail a beaucoup avancé. En outre, elle démontre la diversité et la fécondité des approches scientifiques sur ce sujet.

Une intervenante demande si de telles études peuvent dégager une typologie des appelants, qui permettrait d'améliorer les parcours de soins, notamment en évitant les ruptures. Romain Huët confirme que le profilage des appelants et la caractérisation des effets de la conversation constituent l'un des objectifs de ce travail. À terme, cela pourrait permettre de préciser la lisibilité des dispositifs de soins.

Une autre question porte sur la méthode. Plus spécifiquement, un intervenant souhaite savoir si les méthodes utilisées pourront démontrer des écarts de pratique importants et des facteurs d'efficacité de la part des écoutants. La qualité de la clôture de l'échange est en effet variable selon les personnes. Romain Huët confirme que l'équipe cherche à mener ce travail, par exemple en isolant les conclusions de discussions. Pour autant, l'appréciation de la conversation par l'appelant reste subjective. Par ailleurs, l'analyse de la conversation permet de déterminer si l'exposé initial de la situation a fait l'objet d'interrogations spécifiques. Il en ressort que la réflexion tend à se focaliser sur la trajectoire propre de la personne. Il convient sans doute de réfléchir à la façon de décentrer l'individu par rapport au statut d'exception de sa propre souffrance, et sur les attentes qui apparaissent en creux dans ces

échanges. Les attentes normatives ordinaires déçues sont souvent implicites, ce qui les rend difficiles à cerner. L'un des enjeux est de les reconstituer et de déterminer comment les conversations pourraient aider à les formaliser.

Un intervenant demande si cette étude considère que l'écoute impersonnelle conduit l'appelant à accepter sa situation sans réagir. Romain Huët précise que l'écoute rogérienne soulève des problèmes concrets quand elle est pratiquée par messagerie instantanée. En outre, elle n'est pas neutre, mais engage des normativités particulières, notamment psychologiques. Elle présente des régularités quand il s'agit de pointer ou d'occulter des traits de la souffrance. L'idée est donc d'en souligner les limites. Le président de SOS Amitié confirme que cette question est désormais étudiée par les associations d'écoute.

Une intervenante souhaite des précisions sur la finalité de cette étude en matière de soins. Elle se félicite par ailleurs que ce travail mette en avant les limites de l'écoute rogérienne. Et elle demande si cette étude permet un suivi des personnes qui appellent régulièrement. Elle ajoute que ce travail serait sans doute à étendre aux forums de discussion. Romain Huët explique qu'une meilleure compréhension de la parole des appelants et de leurs attentes sera certainement utile en matière de prévention. Cette étude est l'occasion d'un travail sur la méthodologie d'écoute et de formation.

Pour finir, le débat a souligné l'importance de recherches sur la meilleure méthode pour réaliser une bonne performance d'écoute et de construction de solutions.

3.5. Défaut d'inhibition cognitive et tentative de suicide chez le sujet âgé : caractérisation par *eye tracking* et impact des interactions psychosociales

Pierre Vandel^{ab}, Yoan Barsznica^{ab}, Julie Monnin^{ab}, Éric Laurent^c, Nicolas Noiret^c, Cynthia Morgny^d, Bérénice Lambert^d, Kristina Mouyabi^e, Claire Dumas-Bonnetain^e

Ce projet se situe dans une perspective de caractérisation des liens entre l'inhibition cognitive²⁶ et le passage à l'acte suicidaire, et du rôle des interactions sociales dans les processus cognitifs et sociaux menant à la tentative de suicide, dans une population de sujets âgés dépressifs. Il vise à éclairer l'articulation entre des capacités d'inhibition diminuées du fait d'un vieillissement naturel et d'une dépression d'une part, et des interactions sociales susceptibles de compenser ces défaillances, d'autre part.

La littérature mentionne parmi les facteurs de risque aggravés de tentative de suicide pour les personnes âgées, celui d'une dépression. Une étude (Richard-Devantoy *et al.*, 2012) pointe des antécédents de tentative de suicide associés à l'altération de l'inhibition cognitive, évaluée par des tests neuropsychologiques, dans une population de personnes âgées déprimées de 65 ans ou plus. L'inhibition cognitive est la capacité du cerveau à ignorer ou se détourner d'un stimulus qui ne serait pas pertinent pour une tâche en cours. C'est une forme de contrôle neurocognitif et comportemental qui permet de résister aux habitudes, aux tentations, aux distractions et de s'adapter aux situations complexes. Le défaut d'inhibition cognitive favoriserait l'émergence d'idées suicidaires et serait lié à la prise de décision déclenchant un passage à l'acte suicidaire.

Ce défaut d'inhibition peut être mesuré par une simple tâche de mouvements oculaires (anti-saccades), déjà utilisée dans l'unité de recherche pour caractériser cette altération (Carvalho *et al.*, 2014). Notre première étude a montré que les sujets dépressifs âgés présentaient des performances dégradées par rapport au groupe témoin, avec une augmentation du temps de réaction dans les deux tâches (voir

a. Service de psychiatrie de l'adulte, CHRU de Besançon.

b. Université de Franche-Comté, laboratoire de neurosciences cliniques et intégratives, EA 481.

c. Université de Franche-Comté, laboratoire de psychologie, EA 3188.

d. Observatoire régional de la santé Bourgogne Franche-Comté, Dijon.

e. Délégation à la recherche clinique et à l'innovation, CHRU de Besançon.

26. Il s'agit d'une altération de la capacité de résister aux distractions ou à inhiber une réponse attendue ou un commentaire qui traverse l'esprit.

infra pour la description des tâches) et du taux d'erreur à la tâche d'anti-saccades comparativement aux sujets contrôles.

Les capacités d'inhibition ont aussi un rôle particulier dans la gestion des informations par le sujet, et dans la production de comportements adaptés. Elles interviennent sur des aspects cognitifs permettant au sujet de traiter, d'ordonner et de hiérarchiser des informations pour qu'il réponde ensuite par des gestes, des solutions, des projets, etc. Dans ces processus, les interactions sociales en tant qu'échanges, verbaux et non verbaux, entre au moins deux personnes, qui agissent en interrelation, pourraient également avoir un rôle important et agir dans le sens d'une compensation de la diminution ou de la perte des capacités d'inhibition. En effet, la vitalité et la qualité des interactions pourraient, en ancrant le sujet dans une relation d'échange, à la fois l'inscrire dans un contrat moral d'échanges et soutenir/résoudre des difficultés en les introduisant dans les discussions.

Pour autant, les capacités d'un sujet à interagir au sein d'interactions sociales varient selon ses capacités d'inhibition et la densité/variété/qualité de son entourage social, mais aussi selon l'« inscription sociale » précédant l'état dépressif. Schématiquement, un sujet âgé, veuf, résidant sur un territoire isolé, ayant un réseau social faible et peu entouré serait plus touché par la perte de ces capacités d'inhibition qu'un sujet âgé en couple, résidant dans une zone dense, ayant conservé un cercle social et familial. Outre leur rôle sur le traitement des informations, les capacités d'inhibition sont mobilisées dans les processus de décision qui conduisent un individu à tenter de se suicider. Ainsi, les capacités d'inhibition interviennent sur les processus individuels et sociaux, dans la capacité du sujet à répondre aux processus de communication de façon adaptée. Les interactions sociales, comme vecteur d'isolement ou d'insertion sociale, peuvent être perçues comme une conséquence de la diminution des capacités d'inhibition.

L'objectif principal de notre projet consiste à déterminer les relations entre le défaut d'inhibition cognitive, caractérisé par le taux d'erreur à la tâche d'anti-saccades, et le comportement suicidaire chez les sujets âgés souffrant de dépression. D'autres critères secondaires sont étudiés comme la qualité des interactions sociales afin de déterminer leurs liens avec le défaut d'inhibition et de caractériser leurs impacts dans les processus de compensation des pertes des capacités d'inhibition. Les scores de tests neuropsychologiques permettront de repérer une éventuelle perturbation du fonctionnement exécutif, en évaluant notamment les composantes « flexibilité » et « inhibition » dont l'altération pourrait être associée à la vulnérabilité suicidaire des personnes âgées déprimées.

Deux groupes de patients âgés de 65 ans ou plus sont constitués. Le groupe témoin est composé de sujets souffrant d'un épisode dépressif majeur caractérisé, ne

présentant pas d'antécédent de tentative de suicide. Le groupe cas est composé de sujets aux caractéristiques sociomédicales comparables ayant un ou plusieurs antécédents de tentative de suicide (récent ou plus ancien). Les deux groupes sont appariés sur l'âge et le sexe.

Nous présentons aux patients trois tâches sur l'*eye tracker*. Dans la première tâche expérimentale, un paradigme de pro-saccades est utilisé pour mesurer l'attention à l'aide de points. Un paradigme d'anti-saccades est également utilisé pour mesurer l'inhibition. La deuxième tâche présente des mots à connotation émotionnelle en remplacement des points afin d'étudier l'impact de ces mots sur les capacités d'attention et d'inhibition des patients. Pour terminer, nous avons également établi une troisième tâche de visionnage d'images à connotation émotionnelle présentant des portraits d'individus affichant différentes émotions. Cette tâche permet de mesurer les fixations des patients afin d'étudier le traitement de l'information de ces derniers et de mettre en évidence de potentielles « stratégies » de traitement spécifiques aux patients souffrant de dépression avec risque suicidaire.

Actuellement, la programmation des tâches expérimentales est terminée. La phase d'inclusion des participants a commencé. Les premiers sujets répondant aux différents critères ont été inclus et d'autres inclusions sont prévues dans les semaines à venir.

Références bibliographiques

- **Benoit, M.** (2010). Particularités du suicide chez la personne âgée. Dans Courtet P. (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (p. 181-185). Paris, France : Flammarion.
- **Carvalho, N., Noiret, N., Vandell, P., Monnin, J., Chopard, G., Laurent, E.** (2014, août). Saccadic eye movements in depressed elderly patients. *PLoS One*, 9 (8). doi: 10.1371/journal.pone.0105355
- **Deguigne, F., Jollant, F., Lhuillier, J. P., Garre, J. B., Richard-Devantoy, S.** (2012, septembre). Déficit de l'inhibition cognitive identique dans la dépression précoce et tardive chez la femme âgée. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 10 (3), 255-265.
- **Mucchielli, R.** (2000). *La dynamique des groupes* (15^e édition). ESF éditeur.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Au terme de cette intervention, Christian Baudelot demande quelles sont les suites envisagées de cette étude. Pierre Vandel répond que l'objectif est de préciser les facteurs de risque et de protection chez les sujets âgés. Il n'est sans doute pas envisageable de corriger les défauts d'inhibition, mais il est possible de s'appuyer sur des facteurs correcteurs liés aux interactions sociales. Une des difficultés pratiques de ce travail est l'acceptation de l'entretien sociologique, qui est réalisé à distance. Un intervenant en conclut donc qu'une personne souffrant de défaut d'inhibition peut être distraite par le processus suicidaire. Pierre Vandel explique que ce point a déjà été démontré. Le défaut d'inhibition favorise les idées suicidaires.

Une question porte sur le moment de la tentative de suicide. Certains patients sont sauvés parce qu'ils sont distraits par un événement extérieur lors du passage à l'acte. Pierre Vandel est d'avis que l'inhibition cognitive n'est sans doute pas homogène. Il est intéressant d'étudier son éventuelle disparité et la possibilité pour les interactions sociales de compenser ce défaut. Toutefois, un intervenant rappelle que chez les personnes âgées, le goût de la nouveauté peut permettre de faire face aux idées suicidaires. Ces différents sujets pourraient être associés.

Une intervenante demande comment sont mesurées les interactions sociales, et si l'étude porte à la fois sur des personnes âgées vivant à domicile et en établissement. Par ailleurs, en ce qui concerne le choix des mots, il est délicat de trouver des termes neutres. Pierre Vandel est d'accord. Les mots ont différentes connotations selon les personnes. En ce qui concerne l'échantillon, l'équipe de l'ORS crée des groupes en fonction de la qualité des interactions. Un intervenant ajoute que des bases de mots et d'images ont été développées à l'occasion des nombreuses études qui utilisent ces techniques. Il souhaite par ailleurs des précisions sur les liens entre inhibition cognitive, dépression et vieillissement. Pierre Vandel explique que l'inhibition est liée à la fois à la dépression et au vieillissement.

SYNTHÈSE p.13

DOSSIERS p.33

*AVANCEMENT
DES TRAVAUX* p.105

FICHES

ANNEXES p.203

SOMMAIRE

Fiche 1 • Données épidémiologiques sur les décès par suicide	157
Fiche 2 • Hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France	164
Fiche 3 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015	172
Fiche 4 • Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011	181
Fiche 5 • Caractéristiques socioprofessionnelles associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011	187
Fiche 6 • Actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire	191
Fiche 7 • Enquête sur les activités et pratiques des instituts médico-légaux en France, en 2016, en vue de l'amélioration des connaissances des données sur la mortalité	197

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.

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.

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	* -39,0	*
25-54 ans	23,4	20,8	16,8	-11,1	*	-19,3	* -28,2	*
25-34	16,2	13,5	10,9	-16,7	*	-18,9	* -32,4	*
35-44	24,9	21,5	16,7	-13,8	*	-22,2	* -33,0	*
45-54	28,4	26,7	22,2	-5,7	*	-17,1	* -21,9	*
55-74 ans	23,5	22,8	18,9	-3,3		-17,1	* -19,9	*
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	* -30,9	*
75 ans ou +	48,8	42,0	35,4	-14,0	*	-15,8	* -27,5	*
75-84	39,1	35,7	30,8	-8,8	*	-13,7	* -21,3	*
85-94	74,8	58,9	47,9	-21,2	*	-18,7	* -35,9	*
95 ans ou +	66,8	53,9	41,3	-19,3		-23,5	-38,2	
Total tous âges	20,3	18,3	14,9	-9,9	*	-18,2	* -26,3	*

* 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 - $(\text{Taux 2008} - \text{Taux 2003}) \times 100 / \text{Taux 2003}$.

3 - $(\text{Taux 2014} - \text{Taux 2008}) \times 100 / \text{Taux 2008}$.

4 - $(\text{Taux 2014} - \text{Taux 2003}) \times 100 / \text{Taux 2003}$.

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.

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

des taux standardisés).

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

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

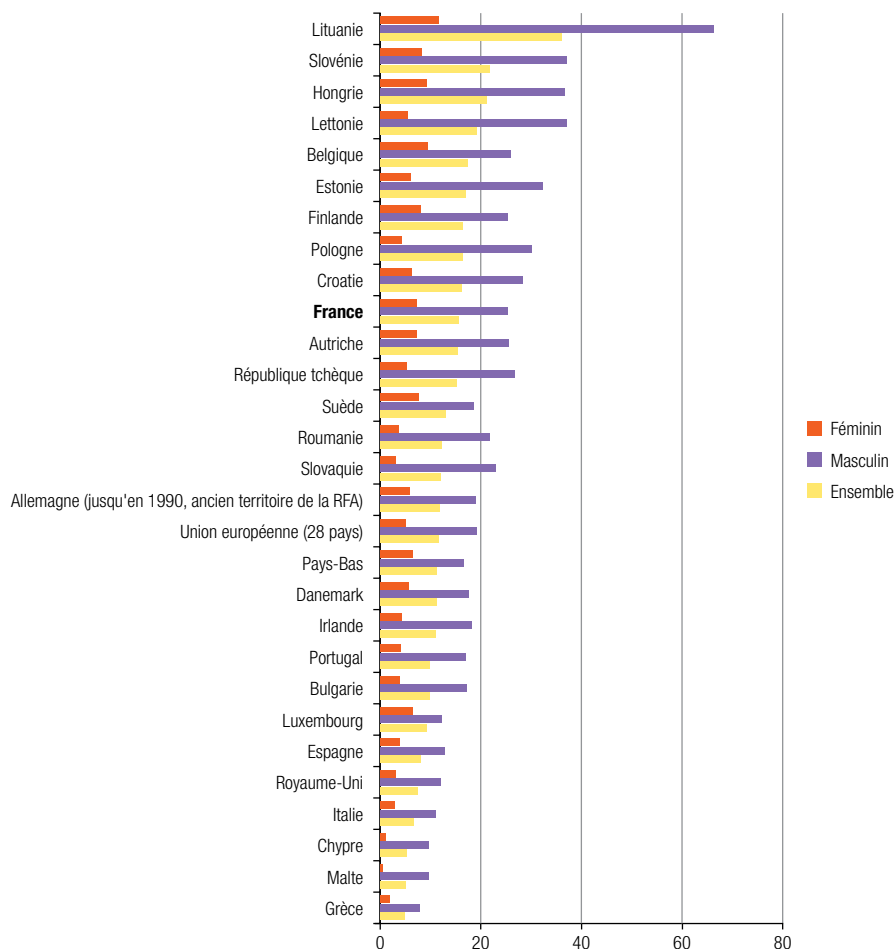
Comme les années précédentes, le mode de suicide le plus fréquent en 2014 est la pendaison (57 % des suicides), loin devant les armes à feu (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les 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

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., Jouglà, 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., Jouglà, E. (2009, septembre). La mortalité par suicide en France en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 702.
- Aouba, A., Péquignot, F., Le Toullec, A., Jouglà, 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., Jouglà, E. (2007). Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004. *Le Concours Médical*, 31-32, 1085-1094.
- Jouglà, E., Pequignot, 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.
- Jouglà, E., Pequignot, 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., Jouglà, 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

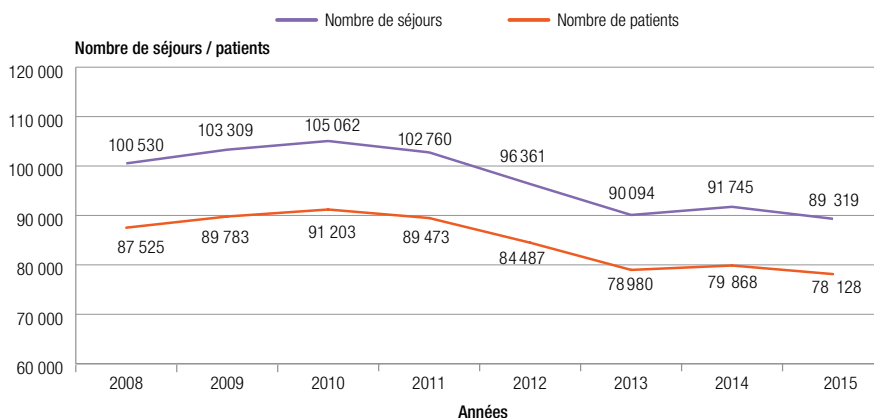
Les évolutions annuelles du nombre de patients et du nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide entre 2008 et 2015 sont parallèles (**graphique 1**). Le nombre d'hospitalisations augmente entre 2008 et 2010 passant de 100 530 séjours à 105 062, il se poursuit par une baisse jusqu'en 2013, 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.

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

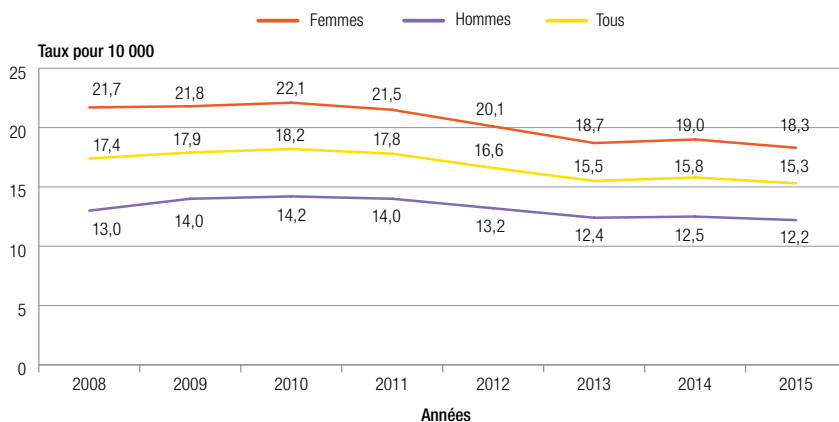
Entre 2008 et 2015, la part relative des séjours masculins au sein de l'ensemble des séjours pour tentative de suicide a augmenté, passant de 36,4 % à 38,5 %, réduisant légèrement l'écart entre les taux d'hospitalisation féminin et masculin.

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.

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.

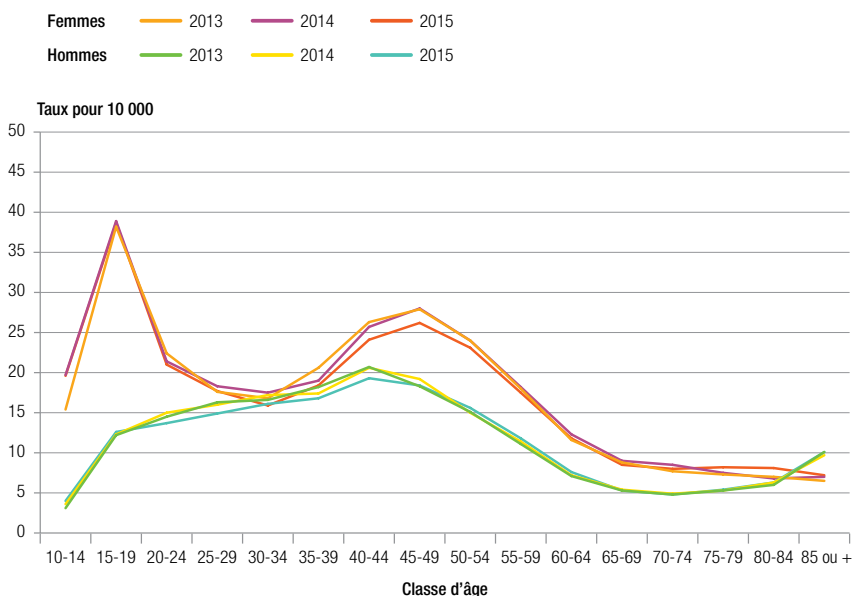
Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France selon l'âge et le sexe

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

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.

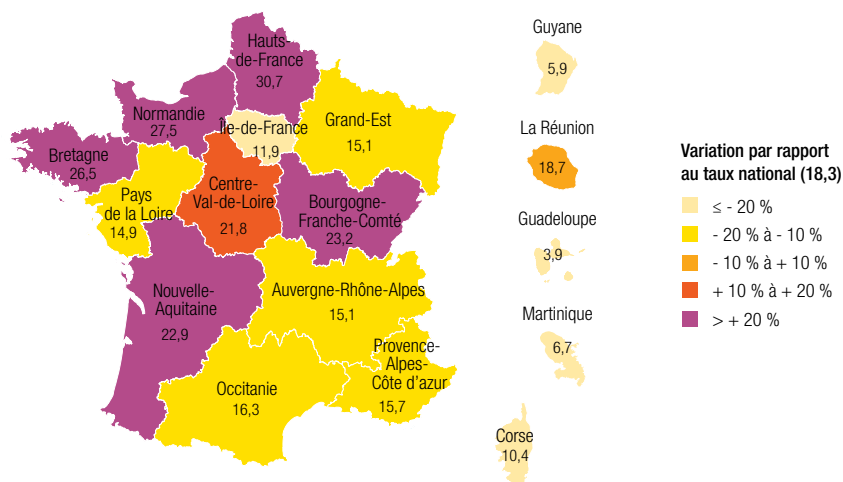
Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

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.

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



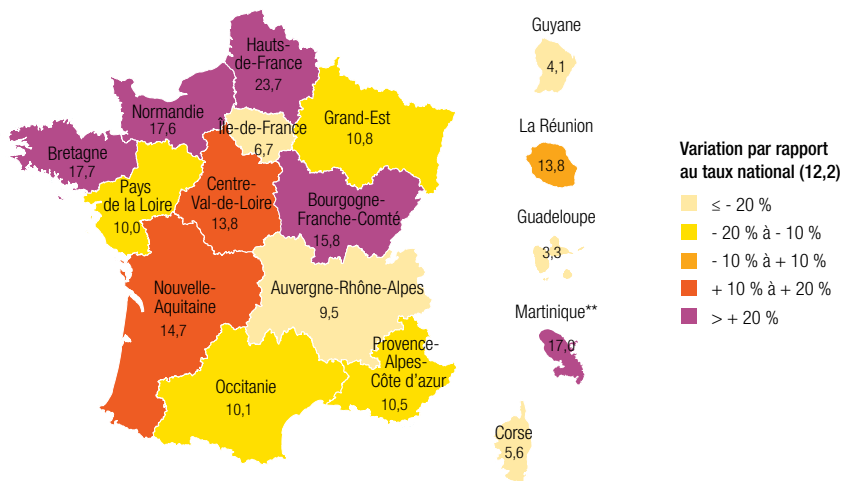
* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

Note • Taux régionaux pour 10 000 femmes.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

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.

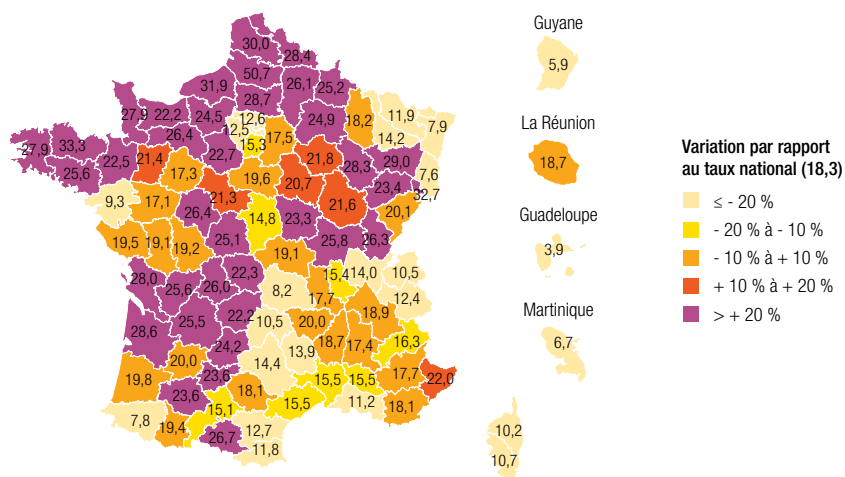
Champ • France entière (hors Mayotte).

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



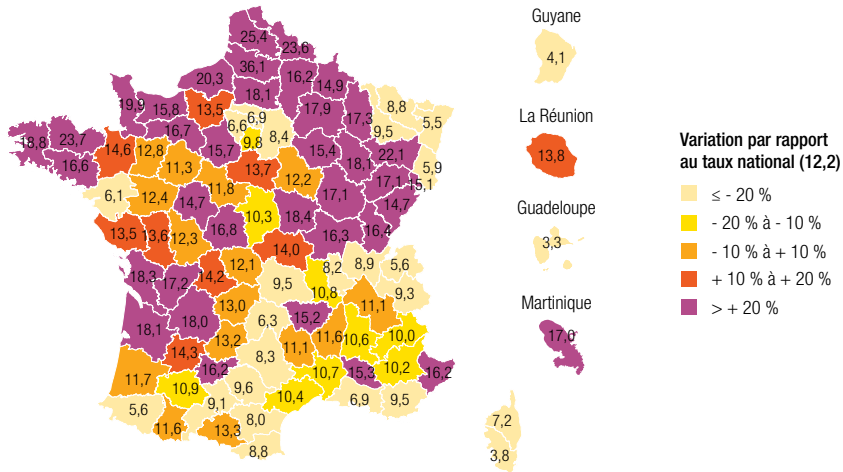
* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE et EFTA 2011.

Note • Taux départementaux pour 10 000 femmes.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • ATIH, traitements Santé publique France.

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.

Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français

Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015

Organismes rédacteurs : OFDT et Santé publique France

Contexte

Le deuxième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) publié en février 2016 recommandait de « développer une approche populationnelle du suicide » et proposait de s'intéresser tout particulièrement aux populations jeunes. Cette fiche présente les dernières données disponibles concernant les tentatives de suicide et les pensées suicidaires déclarées à l'adolescence à travers l'exploitation de deux enquêtes (ESCAPAD et ESPAD) pilotées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, avec plus de 16 % des décès de cette classe d'âge en 2014 (fiche 1). Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) confirment l'importance de ce phénomène avec des taux standardisés annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide particulièrement élevés parmi les filles de 15 à 19 ans (en moyenne 39 pour 10 000 contre des taux inférieurs à 20 pour 10 000 dans le reste de la population) [fiche 4]. Les antécédents de tentatives de suicide constituent d'ailleurs, chez les adolescents et les jeunes adultes, l'un des principaux facteurs de risque de décès par suicide (1). Ces données confortent ainsi l'inscription de la prévention des conduites suicidaires comme une priorité de santé publique chez les jeunes. Dans cette optique, les enquêtes en population générale adolescente permettent de mieux caractériser les populations les plus vulnérables et d'identifier les facteurs associés aux conduites suicidaires sur lesquels intervenir dans une démarche de prévention.

L'enquête ESCAPAD (**encadré 1**) est une des rares enquêtes quantitatives et représentatives qui interroge les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées en population générale adolescente. Du fait de la taille de son échantillon (plus de 26 000 adolescents de 17 ans), elle est aussi la seule à établir une prévalence au niveau des régions métropolitaines.

ENCADRÉ 1

Placée sous la direction scientifique de l'OFDT, l'enquête ESCAPAD est réalisée en partenariat avec la Direction du service national (DSN) lors de la journée défense et citoyenneté. La collecte des données de cette huitième édition s'est tenue du 17 au 21 mars 2014. Au total, 26 351 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire autoadministré anonyme à propos de leur santé et de leurs consommations de substances psychoactives (dont le tabac, l'alcool et le cannabis). Le taux de participation (nombre de questionnaires non vierges par rapport au nombre de jeunes présents) s'élève à 99,3 %. Les données redressées sur les marges départementales filles/garçons âgés de 17 ans sont représentatives des adolescents français de 17 ans. Les données analysées ici concernent les 22 023 métropolitains.

ENCADRÉ 2

L'enquête European School Survey Project on Alcohol and others Drugs (ESPAD) est une enquête quadriennale réalisée dans 36 pays d'Europe, qui permet de comparer les comportements de consommation de substances psychoactives et les facteurs qui y sont liés chez les jeunes âgés de 16 ans dans les différents pays participants (ESPAD report, 2016¹). En France, l'enquête est réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), avec l'appui de nombreux partenaires institutionnels tels que l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), les ministères de l'Éducation nationale, celui de l'Agriculture et le secrétariat à l'enseignement catholique. Menée depuis 1999 en France auprès des adolescents âgés de 15-16 ans, l'enquête concerne depuis 2011 un échantillon représentatif des lycéens (*Tendances* n° 112²). Le cinquième exercice de l'enquête s'est déroulé entre avril et juin 2015 et a permis d'interroger 6 642 lycéens.

1. www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/3053/News%20release10_FR_ESPAD_Final_web_rev1.pdf

2. www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssw9.pdf

L'enquête ESPAD (**encadré 2**), conduite auprès de la population lycéenne, offre un angle d'observation différent qui consiste à présenter les données non plus par âge, mais par niveau de classe (de la 2^{de} à la terminale). En permettant l'analyse d'indicateurs

ou de déterminants de santé au regard de la progression des adolescents dans leur parcours scolaire, l'enquête ESPAD produit des données opérationnelles pour la prévention en matière de ciblage de populations ou de milieux d'intervention.

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide à 17 ans

Le questionnaire ESCAPAD comprend deux questions abordant le thème du suicide. La première, sur les tentatives de suicide (TS), est formulée comme suit : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a amené à l'hôpital ? », la seconde sur les pensées suicidaires (PS) demande : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? ». Les modalités de réponse dans les deux cas sont : « non ; une seule fois ; plusieurs fois ». Pour les analyses, les modalités de réponse « une seule fois » et « plusieurs fois » ont été regroupées. Les réponses à ces questions peuvent être rattachées à un ensemble de caractéristiques socio-démographiques et de santé mentale collectées par le biais du questionnaire. Au-delà des déterminants que constituent les pensées et le geste suicidaire, la recherche s'accorde sur l'attention à porter à la dépression comme autre facteur associé important du risque suicidaire. Dans les enquêtes de l'OFDT, la présence d'un trouble dépressif est évalué par le biais de l'échelle Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) [2]. Cette échelle se fonde sur un ensemble de dix questions à réponses dichotomiques (« vrai » ou « faux »). Le calcul d'un score¹ établit un classement des adolescents en trois catégories : absence de risque de dépression ; risque modéré de dépression ; risque élevé de dépression.

TABLEAU 1 • Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents de 17 ans en 2014

En %

	Garçons	Filles	Ensemble	Rapport taux garçons/filles	Significativité
Pensées suicidaires	7,5	13,3	10,4	0,57	***
Tentative de suicide	1,7	3,8	2,7	0,45	***
État dépressif modéré	16,9	25	20,8	0,68	***
Etat dépressif sévère	3,6	7,1	5,3	0,51	***

Rapport taux garçons/filles.

*** $p < 0,001$.

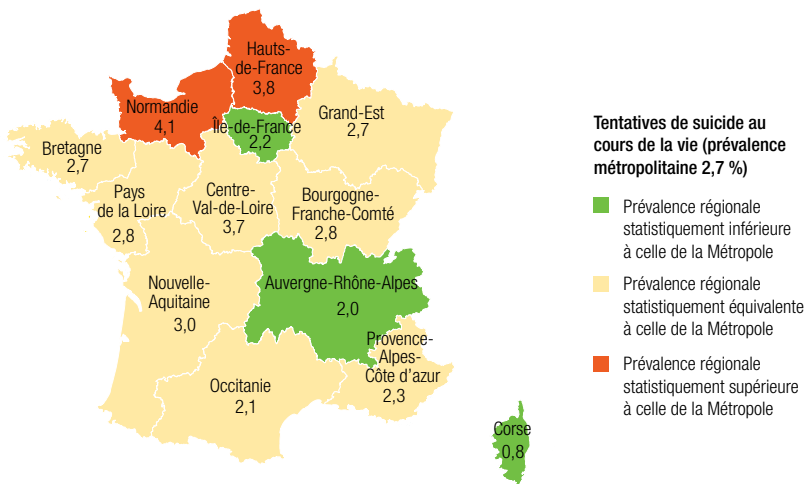
Champ • Français âgés de 17 ans en 2014, résidant en Métropole.

Source • Enquête ESCAPAD 2014.

1. Les réponses sont cotées 0 pour une réponse négative, 1 pour une affirmative, le score s'obtenant ensuite par addition de chacune des dix réponses. Un score de 4,5 ou 6 est associé à un risque modéré de dépression ; un score de 7 ou plus à un risque élevé.

En 2014, près de 3 % de l'ensemble des jeunes de 17 ans déclarent avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation, et un adolescent sur dix (10,4 %) avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois (**tableau 1**). Le niveau de tentatives de suicide est en légère hausse par rapport à 2011 (2,1 %). Les pensées suicidaires, et plus encore les tentatives de suicide, sont très nettement le fait des filles avec des adolescentes deux fois plus nombreuses à déclarer avoir été hospitalisées après une tentative de suicide². Le rapport fille-garçon est similaire concernant l'estimation d'un risque élevé de trouble dépressif qui s'avère être deux fois plus important parmi les jeunes filles que parmi les garçons de 17 ans.

CARTE 1 • Tentatives de suicide (au cours de la vie) déclarées par les jeunes Français de Métropole en 2014, selon les régions



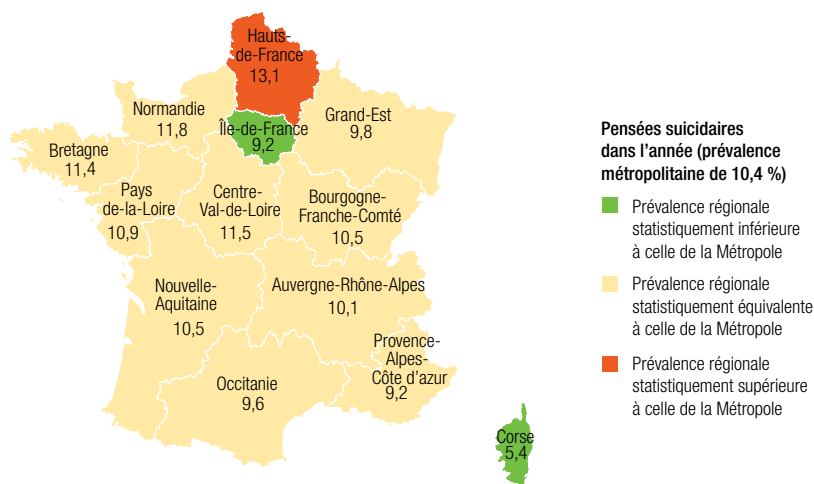
Lecture • 4,1 % des adolescents résidant en Normandie ont commis une tentative de suicide au cours de leur vie, un taux significativement supérieur à celui de l'ensemble de la Métropole.

Champ • France métropolitaine.

Source • Enquête ESCAPAD 2014.

2. Le ratio fille/garçon est légèrement supérieur dans les données d'hospitalisation du PMSI, environ trois fois plus de tentatives de suicide chez les filles de 15 à 19 ans que chez les garçons du même âge (fiche 2 et pages 67-68).

CARTE 2 • Pensées suicidaires (au cours des douze derniers mois) déclarées par les jeunes Français de Métropole en 2014, selon les régions



Lecture • 13,1 % des adolescents résidant dans les Hauts-de-France ont eu des pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête, un taux significativement supérieur à celui de l'ensemble de la Métropole.

Champ • France métropolitaine.

Source • Enquête ESCAPAD 2014.

Les données cartographiques (cartes 1 et 2) illustrent un territoire national statistiquement homogène, puisque peu de régions métropolitaines se distinguent par des taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide soit plus élevés (Normandie et Hauts-de-France) soit plus faibles (Île-de-France et surtout Auvergne-Rhône-Alpes) que ceux observés pour l'ensemble du territoire métropolitain. En l'occurrence, seuls les adolescents des Hauts-de-France déclarent plus souvent à la fois des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. À l'inverse, ces taux sont moins élevés parmi les jeunes Franciliens et Corses. En Normandie, seules les tentatives de suicide sont plus fréquentes que sur l'ensemble du territoire, à l'image de ce qui est observé en population adulte. De même, à l'instar de ce qui est constaté en population adulte, les adolescents des Hauts-de-France présentent des taux de décès et d'hospitalisation pour suicide plus élevés que dans les autres régions de France (fiche 2).

Risque suicidaire à 17 ans

Il est possible, à partir des données de l'enquête ESCAPAD, d'étudier plusieurs des principaux facteurs reconnus comme associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide (**tableau 2**). Bien évidemment, d'autres facteurs peuvent y être associés mais il s'agit avant tout ici de contrôler quelques-uns des facteurs sociodémographiques les plus importants après un ajustement sur la dépression. Ainsi, la dépression apparaît comme le facteur le plus fortement associé au risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide. Toutes choses égales par ailleurs, les filles demeurent plus exposées au risque de passage à l'acte que les garçons, ce qui est également retrouvé, mais dans une moindre mesure, en population adulte **(3)**. La déclaration de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide apparaît fortement liée aux difficultés scolaires, illustrées ici par le redoublement. Par ailleurs, les apprentis et les jeunes actifs, avec un faible niveau de diplôme, présentent un risque significativement plus élevé de tentatives de suicide que les élèves et étudiants, constat faisant écho aux résultats observés auprès des lycéens (différence entre filière professionnelle et filière générale). Contrairement au capital socio-économique (mesuré par la situation économique et professionnelle des parents), qui n'apparaît pas ici associé, la structure familiale joue un rôle prépondérant, particulièrement pour les jeunes vivant en familles monoparentales, lesquelles sont généralement plus exposées à des situations de vulnérabilités psychosociales et économiques **(4)**. Enfin, les pensées suicidaires sont plus fréquemment le fait de jeunes provenant d'agglomérations de petite taille, effet qui n'est pas retrouvé dans le cas des tentatives de suicide.

TABEAU 2 • Facteurs associés aux tentatives de suicide (TS) et aux pensées suicidaires (PS) chez les jeunes Français de Métropole en 2014

Variables	Catégories	PS	p	TS	p
Sexe	Garçon	réf.		réf.	
	Fille	1,5	*	2,3	*
ADRS¹	Pas de dépression	réf.		réf.	
	Dépression modérée	5,0	*	2,5	*
	Dépression sévère	16,5	*	6,8	*
Redoublement	N'a pas redoublé	réf.		réf.	
	A redoublé	1,2	*	2,2	*
Situation scolaire	Étudiant, élève	réf.		réf.	
	Apprentissage	1,1		2,0	*
	Actif et autres	1,1		1,8	*
Structure familiale	Famille nucléaire	réf.		réf.	
	Famille recomposée	1,4	*	1,8	*
	Famille monoparentale	1,4	*	2,0	*
Activité professionnelle des parents	Les 2 parents travaillent	réf.		réf.	
	1 seul parent travaille	1,1		1,2	*
	Sans activité professionnelle	0,9		1,2	*
Origine socio-économique	Très favorisée	réf.		réf.	
	Favorisée	1,2		1,4	
	Intermédiaire	1,1		1,2	
	Modeste	0,9		1,2	
	Défavorisée	1,0		1,1	
Zone d'habitat	Agglo. 200 000 habitants ou plus	réf.		réf.	
	Agglo. 20 000-199 999 habitants	1,2	*	0,9	
	Agglo. 2 000-19 999 habitants	1,3	*	1,0	
	Agglo. rurale	1,1		1,1	

* Signale un OR significativement différent de 1.

1. Adolescent Depression Rating Scale (échelle d'évaluation de la dépression chez les adolescents).

Note • PS : pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ; TS : tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie.

Les chiffres correspondent aux odds ratios ajustés.

L'origine socio-économique est estimée par la profession la plus élevée des parents selon la classification Insee.

Champ • France métropolitaine.

Source • Enquête ESCAPAD 2014.

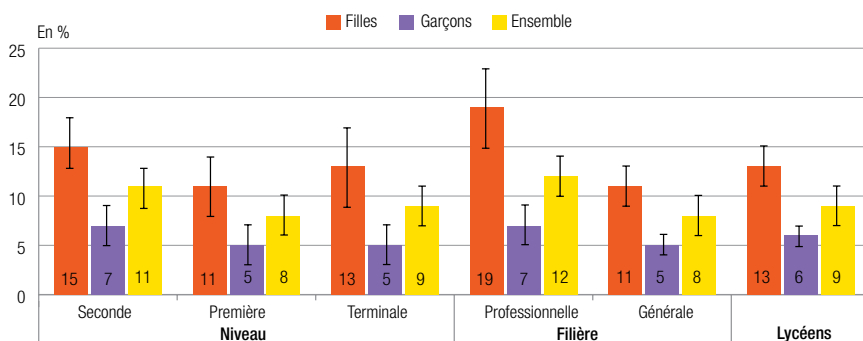
Tentatives de suicide chez les lycéens en 2015

L'enquête ESPAD comporte une question sur le suicide mais légèrement différente de celle d'ESCAPAD : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » (TS) dont les modalités de réponses possibles sont « oui une fois » ; « oui plusieurs fois » ; « non ». Si l'élève répond positivement il lui est ensuite demandé à quel âge a eu lieu sa première tentative de suicide et s'il a déjà été hospitalisé pour ce motif.

En 2015, près d'un lycéen sur dix (9,5 %) a déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie, 3 % en ayant fait plusieurs (**graphique 2**). Là encore, les lycéennes rapportent deux fois plus souvent des tentatives de suicide que les garçons (13 % contre 6 %). L'âge moyen à la première tentative est de 13,6 ans, sans différence entre filles (13,7 ans) et garçons (13,4 ans). Parmi les lycéens ayant déclaré au moins une tentative de suicide, presque un quart affirment avoir été hospitalisés pour ce motif (22,3 %).

Aucune différence n'apparaît selon le niveau scolaire (la classe). On pourrait s'attendre à ce que les tentatives de suicide au cours de la vie soient croissantes avec la classe d'âge. En revanche, les lycéens inscrits dans une filière professionnelle, et notamment les jeunes filles, sont proportionnellement plus nombreux à déclarer des tentatives de suicide que ceux des filières générale ou technique (12 % contre 8 %), une situation qui s'explique peut-être par des parcours scolaires plus difficiles³.

GRAPHIQUE 2 • Part des jeunes ayant déclaré une tentative de suicide au cours de la vie selon le sexe, le niveau scolaire et la filière d'enseignement



Champ • France métropolitaine.

Source • Enquête ESPAD 2015.

3. Toutefois, le sens de la causalité est difficile à définir avec précision.

Conclusions

Les données des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015 confirment l'importance des conduites suicidaires à l'adolescence (fiche 2). Les filles sont davantage concernées par les tentatives de suicide et les pensées suicidaires que les garçons, ce qui est retrouvé dans toutes les données de la littérature internationale. Sur un territoire national qui présente des taux de suicide relativement homogènes parmi les jeunes de 17 ans, quelques rares régions se singularisent. Des prévalences de tentatives de suicide plus élevées sont observées dans les régions Normandie et Hauts-de-France, faisant écho à ce qui est observé en population générale dans les bases de données médico-administratives (fiche 2). Enfin, les analyses montrent l'implication de facteurs socio-environnementaux dans les conduites suicidaires à l'adolescence, en particulier ceux liés à la situation familiale et au parcours scolaire (redoublement, filière professionnelle ou générale), permettant de repérer des milieux et des cibles privilégiés d'intervention pour les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale.

Références bibliographiques

- [1] Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A. *et al.* (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults : a systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37-38. doi : 10.1016/j.jad.2017.03.035
- [2] Revah-Lévy, A., Birmaher, B., Gasquet, I., Falissard, B. (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) : a validation study. *BMC Psychiatry*, 7 (2). doi : 10.1186/1471-244X-7-2
- [3] Beck, F., Guignard, R., du Roscoät, E., Saïas, T. (2011, décembre). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *BEH*, 47-48, 488-492.
- [4] Argouarc'h, J., Boiron, A. (2016, septembre). Les niveaux de vie en 2014. Insee, *Insee Première*, 1614, 1-4.

FICHE 4

Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants

Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011

Organisme rédacteur : Santé publique France

Un risque de décès par suicide supérieur à celui de l'ensemble de la population¹ a été mis en évidence parmi les travailleurs du monde agricole dans plusieurs études françaises et internationales. Dans ce contexte, Santé publique France et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) se sont associées afin de produire des indicateurs réguliers de mortalité par suicide dans les professions agricoles. Ce partenariat est inscrit dans le Plan de prévention du suicide dans le monde agricole, lancé par le ministère chargé de l'Agriculture en 2011. Une première étude portant sur les années 2007 à 2009 a été publiée en 2013. Celle-ci a été reconduite pour les années 2010 et 2011 et fait l'objet de cette fiche qui présente également l'évolution de la mortalité par suicide entre 2007 et 2011. Les données sociodémographiques et professionnelles de la CCMSA ont été appariées avec les causes médicales de décès pour l'ensemble des individus en activité au 1^{er} janvier des cinq années d'étude.

Nombre de suicides et ratios standardisés de mortalité (SMR)² par suicide en 2010 et 2011

Durant les deux années, 253 décès par suicide chez les hommes et 43 chez les femmes ont été enregistrés. La comparaison de la mortalité par suicide des hommes agriculteurs exploitants à celle des hommes de même âge dans la population française a montré un excès de suicides de 20 % en 2010 (**tableau 1**). Cette surmortalité par suicide est particulièrement marquée dans la classe d'âge de 45 à 54 ans (excès de 30 %) et ne concerne que le secteur d'élevage bovin-lait (excès de 51 %) [**graphiques 1 et 2**]. Pour l'année 2011, seuls les exploitants agricoles

1. On parlera dans la suite d'excès de risque.

2. Le SMR est obtenu en faisant, pour une sous-population, le rapport entre le nombre de décès observé et le nombre de décès « attendu ». On obtient le nombre de décès « attendu » en appliquant à l'effectif de chaque classe d'âge de la sous-population, les taux spécifiques de mortalité de la population française (mortalité-type).

âgés de 45 à 54 ans présentent un excès de mortalité par suicide significativement supérieur à celui de la population générale d'âge similaire (excès de 33 %).

TABLEAU 1 • Ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide chez les agriculteurs exploitants, selon l'année et le sexe, en 2010 et 2011

Années	Femmes				Hommes			
	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus	SMR	IC 95 %	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus	SMR	IC 95 %
2010	28	19	1,5	0,98-2,09	138	116	1,2	1,01-1,41
2011	15	17	0,9	0,48-1,38	115	113	1,0	0,84-1,22

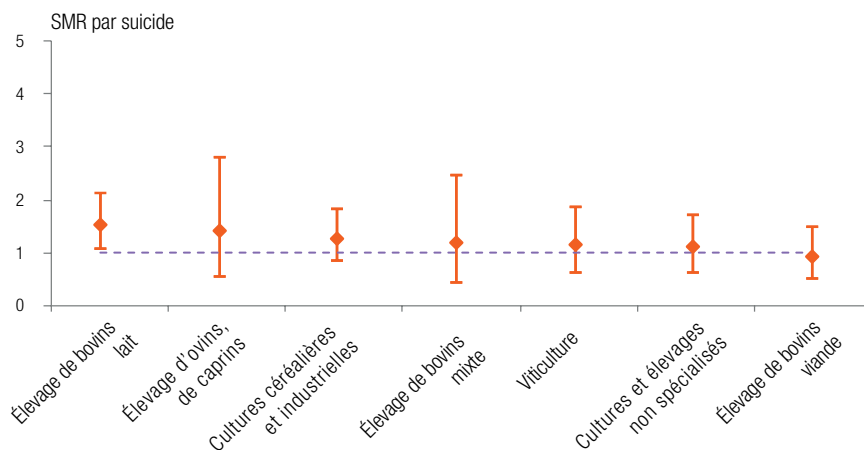
Lecture • L'excès de mortalité par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants en 2010 est de 20 % par rapport à la population générale, pour les femmes l'excès de mortalité observé de 50 % n'est pas statistiquement significatif.

IC95% : intervalle de confiance.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et fichier national des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

GRAPHIQUE 1 • Ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants, selon le secteur d'activité (avec un nombre de suicides supérieur ou égal à 5) en 2010

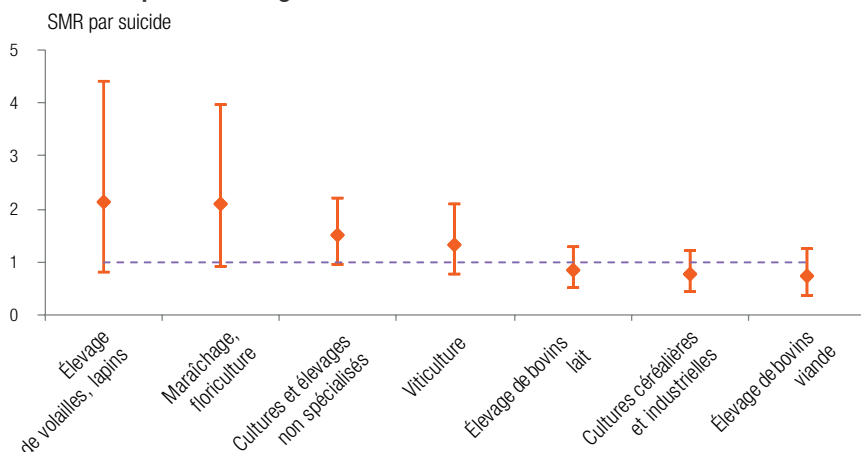


Lecture • En 2010, les hommes du secteur « élevage de bovins-lait » présentaient une surmortalité par suicide de 51 % supérieure à celle de la population générale masculine d'âge similaire. Le sur-risque n'est pas significatif pour les autres secteurs.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et fichier national des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

GRAPHIQUE 2 • Ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants, selon le secteur d'activité (avec un nombre de suicides supérieur ou égal à 5) en 2011



Champ • France métropolitaine.

Sources • Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et fichier national des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

Moyen légal utilisé en 2010 et 2011

Comme dans l'ensemble de la population, la pendaison est de loin le mode de suicide le plus fréquent pour les femmes comme pour les hommes exploitants agricoles (67 %). Chez les hommes, elle est suivie du recours aux armes à feu et explosifs (23 %). Les décès par ingestion de produits occupent la troisième position (3 %). Les femmes ont plus souvent recours à la noyade (9 %) et à l'ingestion de substances (7 %). Chez les femmes le recours aux armes à feu et explosifs est beaucoup plus rare que chez les hommes.

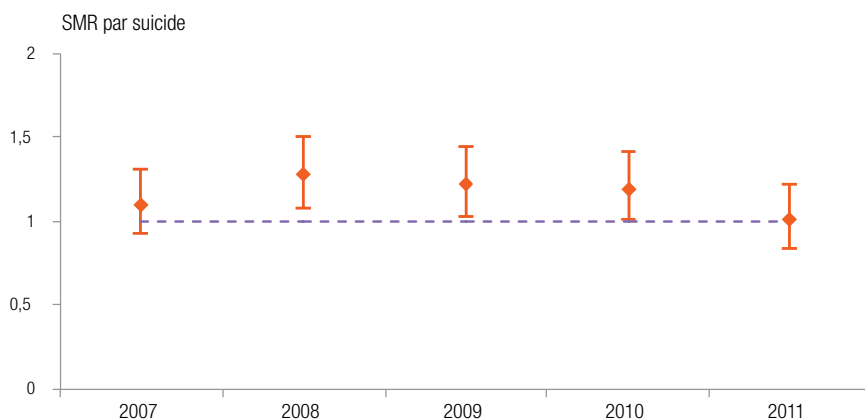
Évolution de la situation entre 2007 et 2011

En 2007, la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants n'est pas plus élevée qu'en population générale. En revanche, une surmortalité par suicide est observée en 2008 (+28 %), 2009 (+22 %) et 2010 (+20 %) chez les agriculteurs exploitants par rapport à la population générale. Ce n'est plus le cas en 2011 (**graphique 3**). Le secteur de l'élevage bovin est particulièrement touché par le suicide. Ainsi, les agriculteurs du secteur d'élevage bovin-viande présentent un excès de mortalité par suicide statistiquement significatif par rapport à la population générale d'âge similaire, en 2008 (+127 %) et en 2009 (+57 %) [**graphique 4**]. Les agriculteurs du secteur de l'élevage

bovin-lait présent, quant à eux, un excès de mortalité statistiquement significatif en 2008 (+56 %), 2009 (+47 %) et 2010 (+51 %).



GRAPHIQUE 3 • Évolution des ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants de 2007 à 2011

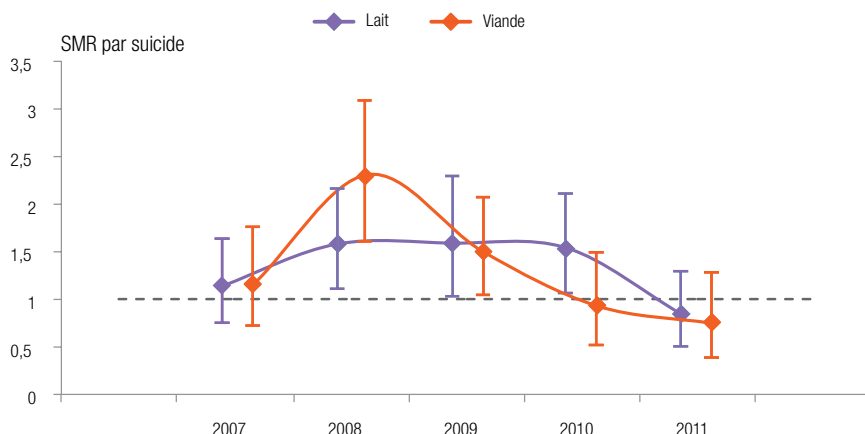


Lecture • Une surmortalité par suicide statistiquement significative a été observée chez les hommes agriculteurs exploitants par rapport à la population générale en 2008 (+28 %), 2009 (+22 %) et 2010 (+20 %).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et CépiDc-Inserm.

GRAPHIQUE 4 • Évolution des SMR par suicide chez les hommes éleveurs bovin-lait et éleveurs bovin-viande de 2007 à 2011



Lecture • Une surmortalité par suicide statistiquement significative a été observée chez les hommes du secteur « élevage bovin-lait » par rapport à la population générale en 2008 (+56 %), 2009 (+47 %) et 2010 (+51 %).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et CépiDc-Inserm.

Synthèse

En 2010 et 2011, 253 suicides chez les hommes et 43 suicides chez les femmes ont été enregistrés dans la population d'étude. Un excès de mortalité par suicide a été mis en évidence chez les hommes agriculteurs exploitants par rapport à la population française en 2010. Cet excès est particulièrement marqué chez les hommes âgés de 45 à 54 ans et dans le secteur d'élevage bovin-lait. La surmortalité observée en 2010 fait suite à deux années où l'on avait également observé un excès de mortalité par suicide dans cette population. Des analyses internes, permettant de comparer des catégories d'exploitant entre elles et utilisant des caractéristiques professionnelles, ont été menées au cours de la période 2007-2011 (fiche 5). Enfin, pour couvrir l'ensemble des professions agricoles, des travaux sur la mortalité par suicide chez les salariés agricoles sont en cours dans le cadre d'un partenariat CCMSA, Santé publique France et Inserm.

ENCADRÉ • Méthodologie

- **Champ** : Agriculteurs exploitants, en activité professionnelle au 1^{er} janvier d'au moins une des cinq années d'étude (2007 à 2011) en France métropolitaine.
- **Sources** : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), CépiDc-Inserm.
- **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, ratios standardisés de mortalité (SMR) par suicide (standardisation sur l'âge par tranche de 5 ans), population de référence, taux de mortalité de la population française des cinq années d'étude (CépiDc-Inserm). Pour les suicides, les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 : X60–X84 et Y87.0 ont été retenus.
- **Limites et biais** : Sous-estimation des effectifs globaux de suicides d'environ 10 %. Analyses limitées dans certains sous-groupes de la population, notamment pour les femmes en raison des faibles effectifs.

Référence bibliographique

- **Khiredine-Medouni I., Breuillard É., Bossard C.** (2016). *Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011*. Saint-Maurice : Santé publique France. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr

FICHE 5

Caractéristiques socioprofessionnelles associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011

Organisme rédacteur : Santé publique France

Une surmortalité par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants en France métropolitaine par rapport à la population générale a été constatée entre 2008 et 2010, particulièrement dans le secteur d'activité de l'élevage bovin (lait et viande) et dans certaines tranches d'âge (45 à 64 ans). Ces travaux, présentés dans la fiche 4, ont été complétés par une analyse des caractéristiques socioprofessionnelles des agriculteurs exploitants associées à la mortalité par suicide afin d'orienter des actions de prévention ciblées. Elles font l'objet de la présente fiche.

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la collaboration entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et Santé publique France visant à produire des indicateurs réguliers de mortalité par suicide dans les professions agricoles. Celle-ci se poursuit actuellement par des travaux sur la mortalité par suicide chez les salariés agricoles, dans le cadre d'un partenariat élargi à l'Inserm. Depuis 2011, ces actions sont inscrites dans les Plans de prévention du suicide dans le monde agricole, lancés par le ministère chargé de l'Agriculture.

Par ailleurs, des travaux portant sur les déterminants socio-économiques du suicide chez les agriculteurs exploitants sont en cours de finalisation dans le cadre d'une thèse en sociologie par un doctorant de l'Institut national de la recherche agronomique (Inra) en partenariat avec Santé publique France. Ces travaux, utilisant une méthode mixte quantitative et qualitative, permettront d'enrichir les connaissances sur la mortalité par suicide parmi les agriculteurs exploitants.

Les caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011

La population d'étude comprenait 1 717 500 personnes-années¹ (PA) sur les cinq années. Durant cette période, 674 décès par suicide d'hommes exploitants agricoles ont été recensés, soit un taux d'environ 0,4 décès pour 1 000 PA.

Après ajustement sur l'ensemble des variables (**tableau 1**), les caractéristiques socioprofessionnelles associées à un risque plus élevé de décès par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants en France métropolitaine, entre 2007 et 2011, étaient :

- un âge compris entre 45 et 54 ans par rapport à un âge inférieur à 35 ans (pris comme référence dans la modélisation dont les résultats sont présentés dans le tableau 1) ;
- une exploitation à titre individuel par rapport à une exploitation à titre sociétaire ;
- une activité d'exploitant à titre exclusif par rapport à une activité d'exploitant à titre non exclusif ;
- une surface agricole utile (SAU) comprise entre 20 et 49 hectares par rapport au fait d'avoir une SAU de plus de 200 hectares ;
- une exploitation située en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, et dans les Hauts-de-France par rapport au fait d'avoir une exploitation située dans le Grand-Est.

En revanche, aucun secteur d'activité n'apparaissait associé à un risque plus élevé de mortalité par suicide.

Synthèse

L'étude met en évidence des différences de mortalité par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants en fonction de leurs caractéristiques socioprofessionnelles. Elle donne lieu à une meilleure connaissance du phénomène du décès par suicide au sein de la population des agriculteurs exploitants et doit contribuer à orienter des actions de préventions ciblées.

1. Il s'agit d'une unité de mesure qui permet de tenir compte de la durée d'activité de chaque agriculteur exploitant par année pendant les cinq années d'étude. Par exemple, une personne décédée six mois après le 1^{er} janvier de sa première année d'activité représente 0,5 PA tandis qu'une personne active du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} janvier 2011 sans interruption et non décédée en 2011 représente 5 PA.

TABLEAU 1 • Risque relatif (RR) et intervalle de confiance (IC 95 %) de décès par suicide chez les hommes agriculteurs exploitants selon leurs caractéristiques socioprofessionnelles, de 2007 à 2011

	n décès	Multivariable	
	Total = 674	RR	IC 95 %
Âge (années)			
< 35	63	réf. ¹	-
35-44	153	1,08	0,82-1,42
45-54	306	1,60	1,24-2,06
> 55	152	1,25	0,95-1,65
Secteur d'activité			
Culture céréalière et industrielle, grande culture	113	réf.	-
Culture et élevage non spécialisés	95	1,11	0,85-1,44
Élevage bovin-lait	146	0,97	0,75-1,26
Élevage bovin-mixte	25	0,83	0,55-1,27
Élevage bovin-viande	104	1,18	0,90-1,55
Élevage ovin, caprin	28	1,02	0,67-1,55
Maraîchage, floriculture	29	1,07	0,70-1,64
Viticulture	65	0,95	0,68-1,32
Autres secteurs ²	69	0,85	0,61-1,16
Régions			
Auvergne-Rhône-Alpes	125	1,71	1,21-2,41
Bourgogne-Franche-Comté	56	1,65	1,12-2,42
Bretagne	83	1,91	1,31-2,77
Centre	35	1,24	0,80-1,93
Grand-Est	45	réf.	-
Hauts-de-France	51	1,67	1,13-2,46
Île-de-France	5	0,91	0,39-2,14
Normandie	42	1,41	0,94-2,12
Nouvelle-Aquitaine	93	1,03	0,72-1,47
Occitanie	61	0,82	0,56-1,19
PACA et Corse	23	0,93	0,56-1,53
Pays de la Loire	55	1,22	0,83-1,81
Forme juridique			
Exploitant à titre individuel	381	1,20	1,02-1,42
Exploitant à titre sociétaire	293	réf.	-
Nature de l'activité			
Exploitant à titre exclusif	607	1,66	1,29-2,14
Exploitant à titre non exclusif	67	réf.	-
Surface agricole utile (ha)			
< 20	144	1,41	0,95-2,09
20-49	182	1,47	1,03-2,10
50-99	180	1,07	0,76-1,51
100-199	125	1,04	0,74-1,46
≥ 200	43	réf.	-

1. réf. désigne la modalité de référence d'une variable. Les coefficients sont calculés par rapport à cette modalité de référence. Les RR en gras sont significatifs.

2. Arboriculture fruitière ; élevage porcins ; élevage de volailles, lapins ; pépinière ; sylviculture, autres cultures spécialisées ; élevage de chevaux ; autres élevages de gros animaux ; autres élevages de petits animaux ; entraînements, dressage, haras, clubs hippiques ; conchyliculture ; marais salants.

Lecture • Les hommes âgés de 45 à 54 ans ont plus de risque (1,6 fois) de décéder par suicide que les hommes âgés de moins de 35 ans.

Champ • France métropolitaine.

Sources • CCMSA et CépiDc-Inserm.

ENCADRÉ • Méthodologie

- **Champ** : Hommes agriculteurs exploitants, en activité professionnelle au 1^{er} janvier d'au moins une des cinq années d'étude (2007 à 2011) en France métropolitaine.
- **Sources** : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), CépiDc-Inserm.
- **Analyses statistiques** : Calcul de personne-années (PA) permettant de tenir compte de la durée d'activité de chaque agriculteur exploitant sur les cinq années d'étude. Calcul de risques relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %), par des régressions de Poisson¹, afin d'estimer les associations entre les caractéristiques étudiées et la mortalité par suicide.
- **Limites et biais** : Sous-estimation de la mortalité par suicide de 10 %, variant selon les régions. Analyses limitées aux hommes en raison d'effectifs trop faibles dans l'échantillon féminin induisant un manque de puissance statistique. Absence dans les bases de données, de certaines variables : antécédents de tentatives de suicide, statut marital, notion d'isolement, consommation d'alcool, utilisation de pesticides, revenu des exploitants.

1. La régression de Poisson est une méthode statistique adaptée pour étudier le nombre d'un événement (ici décès par suicide) par période. Plus précisément, elle convient à l'étude des événements rares qui induisent une surreprésentation de zéros en raison de la faible probabilité de survenue de l'évènement.

Référence bibliographique

- **Gigonzac, V., Breuillard, É., Bossard, C., Guseva-Canu, I., Khireddine-Medouni, I.** (2017). *Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011*. Saint-Maurice : Santé publique France. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr

FICHE 6

Actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide du personnel de l'administration pénitentiaire

Organisme rédacteur : Direction de l'administration pénitentiaire

Cette fiche est issue de la présentation des actions mises en œuvre en matière de prévention du suicide chez le personnel de l'administration pénitentiaire par Mme Lydie Barnet (direction de l'administration pénitentiaire, cheffe du bureau de la santé, de la sécurité et de la qualité de vie au travail) au cours de la séance plénière de l'Observatoire national du suicide du 13 novembre 2015. Elle a été complétée, concernant les évolutions et les perspectives de travail, par Mme Aurélie Levoir, cheffe de ce même bureau depuis mai 2016.

Contexte

Le personnel de l'administration pénitentiaire a connu une vague de suicides en 2009. Ce personnel est constitué d'environ 38000 agents, majoritairement du personnel de surveillance, catégorie la plus touchée par ces actes suicidaires.

Face à cette situation, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a organisé des groupes de travail avec les partenaires sociaux afin de dégager des pistes d'actions et d'endiguer ce phénomène. La nécessité d'appuyer les échanges sur des données scientifiques pour proposer des préconisations et des pistes d'actions est apparue. Ainsi, deux études ont permis d'objectiver les perceptions à ce sujet.

La première, réalisée en 2010-2011 par le centre de recherche Inserm U897 de Bordeaux durant une période de 18 mois (*Étude action sur la prévention du suicide des surveillants pénitentiaires – rapport final mars 2011*), avait pour objectif de pratiquer des autopsies psychologiques pour déterminer les causes principales du passage à l'acte des surveillants de prison s'étant suicidés en 2008, 2009 et 2010, et de définir les pistes de travail à mettre en œuvre pendant deux ans. Cette étude a conclu qu'à structure de population équivalente, le taux de suicide dans l'administration pénitentiaire est significativement plus important (+31 %) que celui de la population

générale, et que, dans plus de la moitié des cas, la vie professionnelle a contribué au passage à l'acte suicidaire.

La seconde, réalisée par l'InVS¹ (*Mortalité des agents de l'administration pénitentiaire 1990-2008 : description et analyse – rapport final mars 2015*), présente la première analyse des causes de décès des agents et ex-agents pénitentiaires sur la période 1990-2008. Elle s'inscrit dans une réflexion globale de l'administration pénitentiaire sur la santé au travail de ses agents. Elle a conclu à l'absence de surmortalité, toutes causes confondues, chez les agents pénitentiaires par rapport à la population française. Cependant, un excès de suicides est observé chez les hommes (+21 % par rapport à la population française) en particulier chez les surveillants et les adjoints techniques. Tout en soulignant que l'excès de suicides n'a probablement pas « une origine unique », l'InVS note que les surveillants « sont exposés à des contraintes psychosociales reconnues délétères pour la santé psychique et pouvant constituer un élément déclencheur des conduites suicidaires ».

Actions

Ainsi, au sein de l'administration pénitentiaire, les conditions de travail particulières (cycles horaires, statut spécial, sous-effectif chronique, heures supplémentaires) appellent un suivi adapté qui mobilise de nombreux acteurs (réseau de soutien pluridisciplinaire : socio-médico-psychologique, inspecteurs en santé et sécurité au travail, réseau des préventeurs en établissements et services pénitentiaires) en plus des services administratifs (bureaux santé et sécurité au travail de la DAP et du secrétariat général). Sur la base de ces constats, des actions significatives ont été déployées par la DAP.

1. Un travail sur le recrutement des personnels pénitentiaires

Le recrutement du personnel de surveillance se fait au niveau du brevet des collèges, mais beaucoup de difficultés apparaissent pour recruter ce personnel. Il a alors été décidé **d'améliorer les procédures de recrutement** en incluant des psychologues dans le jury de recrutement. Leur participation permet de mieux appréhender l'adéquation des candidats à l'exercice de leurs futures fonctions, afin de sélectionner des agents relativement solides pour pouvoir travailler dans l'espace carcéral où les tensions sont importantes.

1. L'Institut de veille sanitaire (InVS) s'est uni en 2016 avec l'Inpes et l'Eprus pour créer Santé publique France.

2. Une réflexion sur les conditions de travail et les parcours professionnels

L'obligation de fonctionnement 24 heures/24 étant potentiellement nocive pour la santé du personnel, l'**amélioration des cycles de travail** du personnel de surveillance est apparue nécessaire. Ainsi, un accord a été passé avec un professeur de chronobiologie de l'université Paris-Descartes, afin d'étudier les cycles de travail de certains établissements pénitentiaires. L'attente de l'administration pénitentiaire était de trouver des cycles de travail permettant de préserver la santé des personnels.

Un travail de réflexion sur le **contenu des parcours professionnels** des personnels de surveillance a été initié, afin de redonner du sens à l'exercice de ce métier riche de connaissances et de savoir-faire.

Enfin, un travail sur l'**architecture pénitentiaire** a été entrepris, afin de mieux intégrer, dans les contraintes concernant les bâtiments, les apports de lumière naturelle ou des structures permettant de compenser son absence.

3. Une action très investie en matière d'information, de sensibilisation et de formation

La diffusion de nombreux **supports d'information et de communication** (affiches, guides-conseil, dépliants) destinés à sensibiliser les personnels sur la préservation de leur santé au travail, en lien avec les services ministériels de la médecine de prévention, a été mise en place, afin de renforcer la qualité de vie au travail (charte de la Qualité de vie au travail [QVT] depuis 2014).

De 2013 à 2016, une **formation aux risques psychosociaux** pour l'ensemble des cadres managers des structures pénitentiaires (chefs d'établissements et directeurs de services pénitentiaires d'insertion et de probation) a été mise en place, *via* le cabinet Technologia, et a permis de doter les managers d'outils de repérage et d'accompagnement des personnes en fragilité. Un bilan va être réalisé afin de déterminer ses possibilités de reconduction ou d'adaptation, notamment en direction des cadres et managers d'équipes (directeur pénitentiaire d'insertion et de probation [DPIP], officiers, gradés, cadres de la Direction interrégionale des services pénitentiaires [DISP], etc.).

4. La mise en place d'un réseau de soutien institutionnel en direction des agents

Le recrutement conséquent de **psychologues de soutien des personnels**, déployés dans tous les territoires (métropolitains et ultramarins) pour assurer un soutien éducatif, préventif et curatif au personnel pénitentiaire a été institué depuis dix ans. Ils sont aujourd'hui 65 à assurer cette mission importante. Il s'agit du seul réseau structuré de la sorte au sein du ministère de la Justice, dont l'utilité est appréciée au quotidien dans les missions de soutien tant individuel que de groupe. Il contribue à l'évolution des pratiques de l'institution.

De manière complémentaire, un **dispositif de téléphonie sociale** (24 heures/24, 7 jours/7) d'écoute psychologique au bénéfice des agents en difficulté ou en souffrance a été mis en place en 2013. Plus ciblé sur l'immédiateté et l'orientation, ce dispositif garantit l'anonymat et la confidentialité des échanges. Initialement assuré par l'Institut d'accompagnement psychologique et de ressources (IAPR), ce dispositif l'est dorénavant par le cabinet ELEAS, à la suite du renouvellement du marché.

5. L'instauration d'actions de soutien social en direction des personnels

Les **actions de prévention** se sont multipliées pour mieux sensibiliser les agents concernés et les informer sur leurs possibilités d'être accompagnés dans leurs démarches. Ainsi, des journées de **sensibilisation contre l'alcoolisme** ont été organisées, au cours desquelles des partenaires associatifs étaient présents et des dépliants d'information mis à disposition. Afin de sensibiliser et de lutter contre les conséquences du **travail en horaires décalés**, ces derniers leur ont communiqué des informations sur l'hygiène de vie, la qualité du sommeil ou encore la pratique d'activités physiques et sportives.

Un cours **d'éducation financière** à destination du personnel a également été mis à leur disposition. Il est destiné à mieux protéger les agents face aux risques de surendettement.

Enfin, des actions de prévention de l'**épuisement professionnel** ont été entreprises, et une convention avec l'Association nationale d'action sociale des personnels de la police nationale et du ministère de l'Intérieur (ANAS) et son établissement de santé Le Courbat, a été conclue, afin de faciliter l'admission de personnels pénitentiaires dans cette structure de soins spécialisée dans la prise en charge des problématiques d'addictologie et de burn-out.

Perspectives

Depuis cette présentation de nombreuses actions ont perduré, et les axes de travail liés à la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail ont été réaffirmés. Dans sa démarche, l'administration pénitentiaire tente de mobiliser toutes les pistes d'action envisageables, de manière complémentaire, afin de faire levier sur tous les aspects de sensibilisation, dans un but unique de prévenir la détérioration de la qualité de vie de ses agents, et d'offrir le maximum de possibilités d'accompagnement et de soutien :

- **organisation et participation à des séminaires ministériels et interministériels** pour enrichir les pratiques mises en œuvre (12/2015 : colloque sur l'amélioration des conditions de travail de la police nationale ; 01/2016 : séminaire consacré à la protection de la santé au travail, prévention et réparation des risques professionnels ; 11/2016 : colloque « terrorisme, traumatisme psychique et résilience » organisé par l'École de Saint-Cyr Coëtquidan) ;
- **animation du réseau pénitentiaire** avec le regroupement national en octobre 2016 des référents en DISP² (DRH, référents en santé et sécurité au travail [SST], référents handicap), dans le cadre de la relance d'une animation régulière du réseau territorial en santé et sécurité, suivi en janvier 2017 d'une note de rappel des obligations des chefs de service en matière de SST³, incluant bien entendu les risques psychosociaux ;
- **déploiement de plans de lutte contre les violences en détention**, à travers des évolutions des régimes de détention, permettant une plus grande responsabilisation des personnes détenues et une organisation de la détention moins génératrice de conflits.

D'autres chantiers importants sont programmés pour 2017. Ils visent, à leur niveau, à mieux prévenir et identifier les facteurs de fragilité, et à améliorer l'accompagnement institutionnel des personnels :

- **élaboration d'un guide méthodologique *Santé et sécurité au travail (SST) en milieu pénitentiaire***, à visée très opérationnelle, pour faciliter l'appropriation des fondamentaux, acteurs et actions en matière de SST (état du droit, coordonnées des acteurs, fiches-réflexes, mutualisation de bonnes pratiques) ;
- **amélioration de l'accompagnement des agents lors de leur retour en service**, en développant un accompagnement de proximité harmonisé, et en engageant une réflexion sur les dispositifs de prise en charge et de suivi au long cours des agents souffrant d'un stress post-traumatique, consécutif à des incidents violents en détention ;

2. Direction interrégionale des services pénitentiaires.

3. Il s'agit de la formation Sauveteur secouriste du travail.

- **intensification du suivi des questions relatives à la souffrance au travail et aux risques psychosociaux (RPS)** avec un bilan en cours des initiatives régionales, un projet de création d'un réseau et d'une cellule de veille RPS.

FICHE 7

Enquête sur les activités et pratiques des instituts médico-légaux en France, en 2016, en vue de l'amélioration des connaissances des données sur la mortalité

Organismes rédacteurs : CépiDC-Inserm et Santé publique France

Parallèlement au circuit traditionnel du certificat de décès, rappelé dans le premier rapport de l'Observatoire national du suicide (page 40), en cas de mort suspecte, le corps est transféré dans un institut médico-légal (IML) qui rédige le certificat médical de décès définitif et le transmet au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC-Inserm).

Il existe une importante hétérogénéité des activités et pratiques des instituts médico-légaux (IML) avec notamment une transmission variable des certificats de décès après investigation médico-légale, générant une sous-estimation de la mortalité par suicide en France.

Il est nécessaire d'étudier ces disparités entre les IML dans le cadre de la mise en place du nouveau certificat de décès qui prévoit un volet complémentaire en cas de recherche approfondie des causes de décès (voir point 5.1 de la synthèse de ce rapport) et la mise en place d'une étude de faisabilité visant à développer un système de surveillance des suicides fondé sur les données des IML (voir l'avancement des travaux de l'ONS). Pour cela, le CépiDC-Inserm et Santé publique France ont mené une enquête téléphonique en 2016, auprès des IML français, à travers un questionnaire semi-dirigé. Cette enquête avait pour objectif d'établir un état des lieux des activités et pratiques des IML : modalités d'organisation et d'enregistrement des données, activités, en particulier celles liées aux suicides et aux décès dont l'intention reste indéterminée, et pratiques de certification des décès.

Modalités d'organisation et d'enregistrement des données et activités liées aux suicides et aux décès dont l'intention reste indéterminée

Cette enquête a suscité une forte adhésion de la part des IML, puisque sur les 32 IML de France, 30 ont répondu à cette enquête, soit un taux de participation de 94 %.

Plus d'un IML sur deux code les causes de décès dans sa structure, selon la CIM-10 pour 7 IML ou selon un codage interne pour 11 IML, afin de réaliser des statistiques internes et des communications scientifiques orales ou écrites. La quasi-totalité des IML interrogés souhaite recevoir un codage standardisé réalisé par le CépiDc-Inserm des causes de décès identifiées dans leurs structures.

Les IML qui codent les causes de décès ont fourni des données chiffrées sur les décès par suicide examinés dans leurs structures et, pour certains d'entre eux, des données sur les décès dont l'intention reste indéterminée. En 2015, plus de 2 100 suicides ont été enregistrés dans 18 IML et environ 400 décès dont l'intention reste indéterminée dans 12 IML.

Par ailleurs, seulement un IML sur six estime que la réalisation d'une autopsie est systématique ou très fréquente en cas de suspicion de suicide, conformément à la recommandation européenne R (99) 3¹ en matière d'autopsie médico-légale.

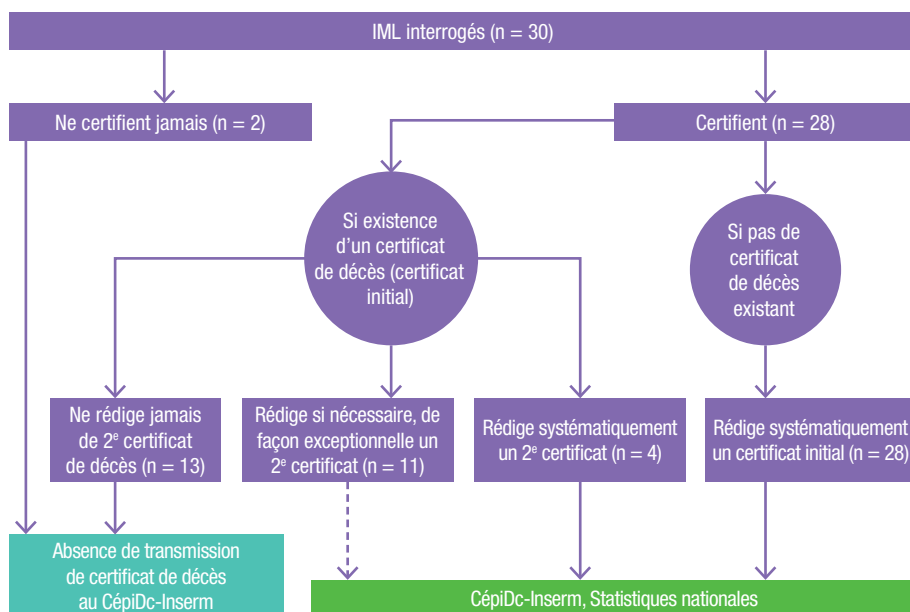
Pratiques de certification des décès au sein de l'IML

Parmi les 30 IML interrogés, 2 déclarent ne jamais rédiger de certificats de décès (**schéma 1**). Pour les autres (n = 28), la rédaction d'un premier certificat de décès est systématique lorsqu'il n'existe pas de certificat de décès initial. En revanche, lorsqu'il existe déjà un certificat de décès, des disparités de pratiques de certification selon les IML ont été observées :

- 13 IML ne rédigent pas de deuxième certificat ;
- 11 IML rédigent un deuxième certificat de manière exceptionnelle (informations erronées, corps initialement non identifié) ;
- 4 IML rédigent systématiquement un deuxième certificat.

1. Comité des ministres du Conseil de l'Europe (2000). *L'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale : recommandation n° R (99) 3, adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 2 février 1999 et exposé des motifs*. Conseil de l'Europe.

**SCHÉMA 1 • Pratiques de certification des IML participant à l'enquête (n = 30).
Enquête téléphonique pendant l'année 2016, sur la France entière**



Au total, après investigation médico-légale, seulement 4 IML envoient de façon systématique au CépiDc-Inserm un deuxième certificat.

En outre, cette enquête a permis de relever des facteurs freinant la rédaction d'un deuxième certificat de décès après investigations complémentaires par les IML, tels que la non-compréhension de la pertinence de cette pratique (n = 12), la crainte de refaire un acte médico-administratif (n = 7), le refus de lever l'obstacle médico-légal (n = 4), la méconnaissance de l'intérêt en santé publique (n = 3) ou encore le manque de temps (n = 2) [tableau 1].

Enfin, la majorité des IML participant à l'enquête rappellent que les suicides, accidents et homicides sont des circonstances apparentes de décès et non des causes de décès. Ce sont des éléments d'enquête et non de diagnostic médical. Ainsi, 6 IML ne les inscrivent pas dans la partie cause de décès du certificat de décès.



TABEAU 1 • Facteurs freinant la rédaction d'un certificat de décès déclarés par les médecins légistes des IML participants à l'enquête [n=26]¹, en 2016

Raisons	Effectif ²
Non compréhension de la pertinence	12
Crainte de refaire un acte médico-administratif de déclaration de décès	7
Refus de lever l'obstacle médico-légal	4
Méconnaissance de l'intérêt de cette information en santé publique	3
Manque de temps	2
Délai dans la réception des résultats des examens complémentaires	2
Crainte de discordance dans la date et l'heure du décès par rapport au certificat initial	2
Acte non obligatoire	1
Crainte que les premiers médecins intervenant ne rédigent plus de certificat	1
Crainte de rompre le secret de l'enquête	0

1 : Les 4 IML rédigeant de façon systématique un second certificat de décès après enquête médico-légale ont été exclus.

2 : Un IML peut donner plusieurs réponses.

Champ • France entière.

Synthèse

Cette enquête a permis de confirmer l'hétérogénéité des activités et pratiques des IML, et de mettre en évidence des actions possibles à mener pour l'amélioration de la surveillance épidémiologique des causes de décès en France, telles que :

- le renforcement de la communication sur l'intérêt pour la santé publique de la transmission des causes de décès après investigation médico-légale et sur la confidentialité de cette information ;
- l'application de la recommandation R (99) 3 pour diminuer les disparités des activités des IML ;
- l'harmonisation de certaines pratiques comme l'enregistrement standardisé des données ;
- la mise en place du volet complémentaire du nouveau certificat de décès pour lever le frein de la transmission d'un second certificat de décès par les IML et faire apparaître le suicide comme une circonstance apparente du décès.

ENCADRÉ • Méthodologie

- **Champ** : Les 32 IML français, dont 3 dans les DROM.
- **Investigation** : Enquête téléphonique menée par le CépiDc-Inserm et Santé publique France.
- **Limites et biais** : Questionnaire semi-dirigé, données déclaratives.

Référence bibliographique

- Richaud-Eyraud E., Gigonzac V., Rondet C., Khireddine-Medouni I., Chan-Chee C., Chérié-Challine L. *et al.* (2017, décembre). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La revue de médecine légale*, 1776(1), 1-39.

SYNTHÈSE p.13

DOSSIERS p.33

*AVANCEMENT
DES TRAVAUX* p.105

FICHES p.155

ANNEXES

SOMMAIRE

Annexe 1 • Recueils numériques sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide, sur le surendettement & le suicide, et sur la thématique du suicide (tomes 1 & 2)	205
Annexe 2 • Textes fondateurs de l'Observatoire	209

ANNEXE 1

RECUEILS NUMÉRIQUES SUR LES ENJEUX ÉTHIQUES ASSOCIÉS À LA PRÉVENTION DU SUICIDE, SUR LE SURENDETTEMENT & LE SUICIDE, ET SUR LA THÉMATIQUE DU SUICIDE (TOMES 1 & 2)

Monique Carrière (DREES)

Au cours de la troisième année d'existence de l'Observatoire national du suicide, un recueil numérique intitulé *Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide* a été élaboré par Monique Carrière de la Mission recherche de la DREES (Mire). Ce recueil numérique complète les interventions et les échanges tenus le 19 octobre 2016, en séance plénière de l'Observatoire.

Comme pour les deux premiers recueils *La thématique du suicide (tomes 1 et 2)* et *Surendettement & suicide*, ce nouveau recueil est composé d'une sélection bibliographique de références variées. Ce sont des ouvrages, des rapports, de la littérature grise, des articles scientifiques, des textes législatifs, des sites Web institutionnels et associatifs et des colloques. Lorsque cela a été possible – dans le respect du droit d'auteur – des liens électroniques ont été établis et renvoient vers le résumé ou le plein texte du document : @ indique cette possibilité.

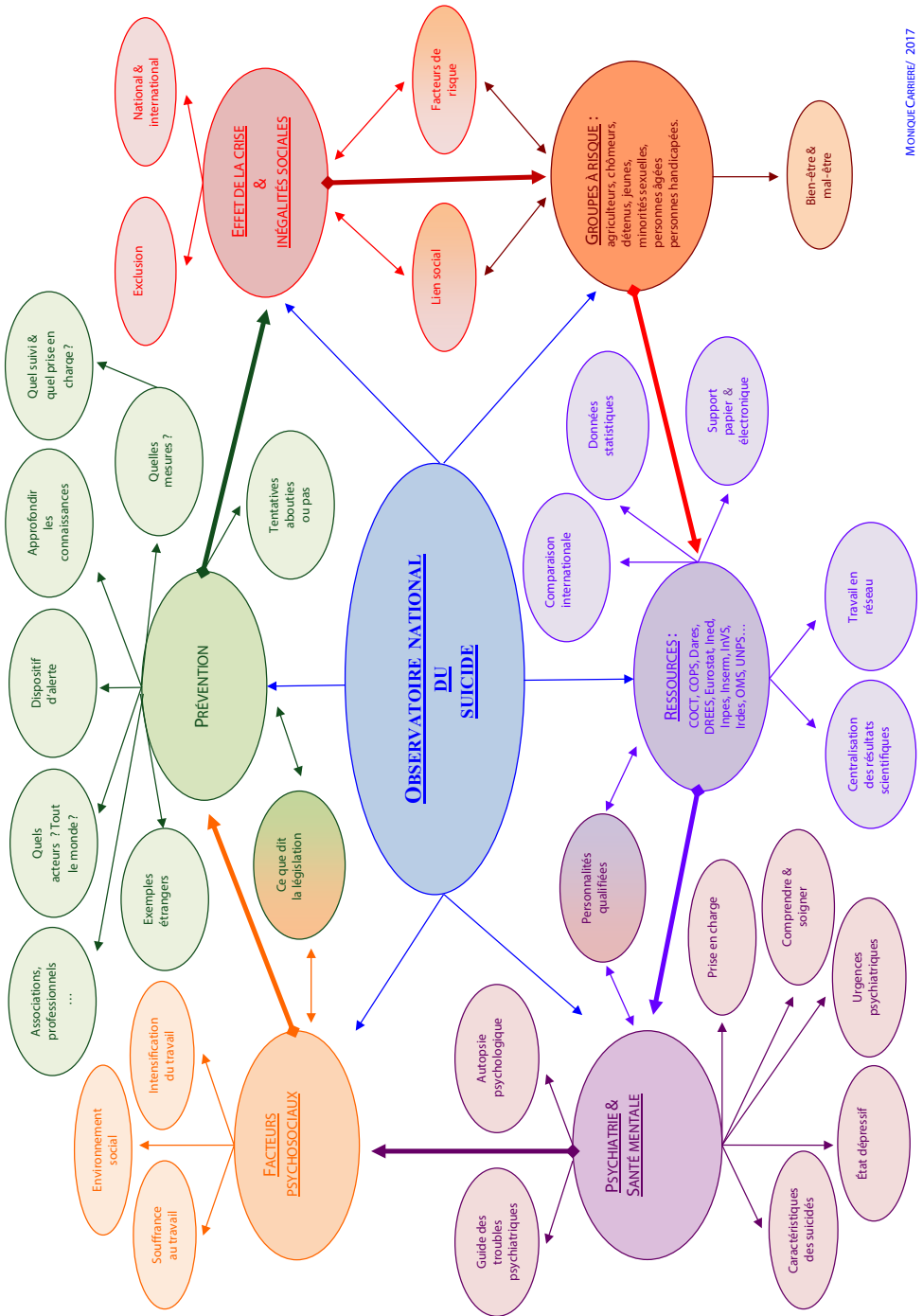
Sans chercher à être exhaustif, ce nouveau recueil recense la documentation française et internationale relative à la thématique des enjeux éthiques associés à la prévention du suicide, majoritairement sur une période couvrant les années 2004 à 2017, à laquelle s'ajoutent des références plus anciennes, en raison de leur intérêt.

Enfin, pour mémoire, dans le recueil numérique sur la thématique du suicide, la sélection bibliographique a permis de dégager cinq thématiques phares qu'illustre la carte mentale (voir *infra*).

Ces trois recueils numériques sont consultables sous un format électronique, sur le site Web de l'Observatoire national du suicide¹. Ils répondent à la mission confiée à l'Observatoire de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, afin d'en favoriser la prévention.

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

Carte mentale du recueil numérique sur la thématique du suicide



ANNEXE 2

TEXTES FONDATEURS DE L'OBSERVATOIRE

1. Décret de création de l'Observatoire national du suicide
2. Arrêté portant nomination à l'Observatoire national du suicide
3. Arrêté fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

1. Décret de création de l'Observatoire national du suicide

10 septembre 2013

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 3 sur 44

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013
portant création de l'Observatoire national du suicide

NOR : AFSE1322721D

Publics concernés : parlementaires ; administrations ; professionnels de santé ; experts ; chercheurs ; associations.

Objet : création d'un Observatoire national du suicide.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret crée un Observatoire national du suicide auprès du ministre chargé de la santé. Il définit ses missions et sa composition. L'Observatoire national du suicide est indépendant et pluridisciplinaire. Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide, de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est notamment composé de parlementaires, des directeurs des principales administrations centrales et opérateurs concernés, d'experts, de chercheurs, de professionnels de santé et de représentants des associations. L'observatoire élaborera chaque année un rapport qu'il rendra public.

Références : le présent décret peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat,

Décète :

Art. 1^{er}. – Il est créé, pour une durée de quatre ans, auprès du ministre chargé de la santé un Observatoire national du suicide, indépendant et pluridisciplinaire, dont les missions sont les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ;
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ;
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Art. 2. – L'Observatoire national du suicide est présidé par le ministre chargé de la santé.

Il comprend :

- deux députés et deux sénateurs respectivement désignés par le président de l'Assemblée nationale et le président du Sénat ;
- le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur général de la santé ou son représentant ;
- le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant ;

- le directeur général du travail ou son représentant ;
- le directeur de l’animation de la recherche, des études et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur de l’administration pénitentiaire ou son représentant ;
- le directeur général de la police nationale ou son représentant ;
- le directeur général de l’enseignement scolaire ou son représentant ;
- le directeur de l’évaluation, de la prospective et de la performance ou son représentant ;
- le directeur général pour l’enseignement supérieur et l’insertion professionnelle ou son représentant ;
- le secrétaire général du ministère de l’agriculture, de l’agroalimentaire et de la forêt ou son représentant ;
- un représentant d’une agence régionale de santé désigné par le ministre chargé de la santé ;
- un représentant du conseil d’orientation sur les conditions de travail ;
- un représentant de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés ;
- un représentant du régime social des indépendants ;
- un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
- un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie ;
- un représentant de chacun des organismes suivants :
 - Institut de veille sanitaire ;
 - Institut national de prévention et d’éducation pour la santé ;
 - Institut national de la jeunesse et de l’éducation populaire ;
 - Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
 - Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
 - Institut de recherche en santé publique ;
- un représentant de chacun des centres d’études et de recherches suivants :
 - Centre d’épidémiologie sur les causes médicales de décès ;
 - Institut de recherche et documentation en économie de la santé ;
 - Fédération nationale des observatoires régionaux de santé ;
 - Institut national des études démographiques ;
 - Fédération régionale Nord - Pas-de-Calais de recherche en santé mentale ;
- huit représentants d’associations susceptibles d’intervenir dans le champ du suicide, dont la liste et les modalités de représentation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- trois psychiatres, un médecin généraliste, un médecin urgentiste, un médecin du travail, un médecin scolaire, un gériatologue et un médecin légiste désignés pour quatre ans par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- deux personnalités qualifiées désignées pour quatre ans par arrêté du ministre chargé de la santé.

La présidence déléguée est assurée par le directeur de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques.

La direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques assure le secrétariat de l’observatoire.

Art. 3. – L’Observatoire national du suicide se réunit sur convocation de son président, qui arrête le programme annuel de travail et fixe l’ordre du jour des séances.

L’Observatoire peut, au titre de ses missions, constituer en son sein des groupes de travail chargés, notamment, du suivi des indicateurs ou de la réalisation d’études.

L’Observatoire élabore chaque année un rapport qu’il rend public. Ce rapport comprend un bilan et est alimenté par les travaux des groupes de travail.

Art. 4. – Le ministre de l’éducation nationale, la garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l’intérieur, le ministre du travail, de l’emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, la ministre de l’enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de l’agriculture, de l’agroalimentaire et de la forêt sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l’exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 9 septembre 2013.

JEAN-MARC AYRAULT

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

MARISOL TOURAINE

Le ministre de l’éducation nationale,
VINCENT PEILLON

10 septembre 2013

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 3 sur 44

*La garde des sceaux,
ministre de la justice,*
CHRISTIANE TAUBIRA

*Le ministre du travail, de l'emploi,
de la formation professionnelle
et du dialogue social,*
MICHEL SAPIN

*Le ministre de l'agriculture,
de l'agroalimentaire et de la forêt,*
STÉPHANE LE FOLL

Le ministre de l'intérieur,
MANUEL VALLS

*La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*
GENEVIÈVE FIORASO

2. Arrêté portant nomination à l’Observatoire national du suicide

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la
santé

Arrêté du 03 FEV 2014

Portant nomination à l’Observatoire national du suicide

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l’observatoire national du suicide,

Arrête :

Article 1^{er}

Les personnes suivantes sont nommées pour quatre ans à l’Observatoire national du suicide :

- Guillaume Vaiva, psychiatre ;
- Jean-Louis Terra, psychiatre ;
- Christophe Dejours, psychiatre ;
- Bruno Beauchamp, médecin généraliste ;
- Esther Simon-Libchaber, médecin urgentiste ;
- Bernard Salengro, médecin du travail ;
- Jeanne-Marie Urcun, médecin scolaire ;
- Christophe Arbus, gériologue ;
- Michel Debout, médecin légiste.

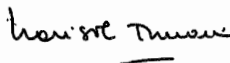
Les personnes suivantes sont nommées pour quatre ans à l’Observatoire national du suicide au titre des personnalités qualifiées :

- Didier Bernus ;
- Christian Baudelot.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 03 FEV 2014



Marisol TOURAINE

3. Arrêté fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la
santé

Arrêté du 03 FEV 2014

Fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'observatoire national du suicide,

Arrête :

Article 1^{er}

Les associations suivantes sont représentées à l'Observatoire national du suicide :

- Union nationale pour la prévention du suicide ;
- Groupement d'étude et de prévention du suicide ;
- Phare enfants-parents ;
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- Collectif interassociatif sur la santé ;
- S.O.S amitié ;
- Le Refuge ;
- Association Nationale des Maisons des Adolescents.

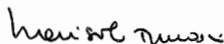
Chacune de ces associations désigne un représentant.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le

03 FEV 2014



Marisol TOURAINE

Contributeurs

Ce rapport a été réalisé sous la coordination scientifique de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de Santé publique France.

Pour la DREES ont contribué :

Boussaid Naïla, Carrasco Valérie, Carrière Monique, Desprat Diane, Fourcade Nathalie, Gonzalez Lucie, Khati Inès, Roussel Romain, Ulrich Valérie.

Pour Santé publique France ont contribué :

Beltzer Nathalie, Chan-Chee Christine, Chérié-Challine Laurence, du Roscoät Enguerrand, Gigonzac Virginie, Khireddine-Medouni Imane, Robert Maëlle, Tillier Claude.

Ce rapport a bénéficié de la collaboration scientifique de l'ensemble des membres de l'Observatoire national du suicide, de ceux du groupe de travail « Axes de recherche » et du groupe de travail « Surveillance épidémiologique des suicides et tentatives de suicide ». Les membres suivants ont plus particulièrement contribué au présent rapport :

Barnet Lydie, Levoir Aurélie, Direction de l'administration pénitentiaire ;

Danel Thierry, CHRU de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale, Hauts-de-France ;

Debout Michel, Médecin légiste ;

Eb Mireille, Rey Grégoire, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ;

Fritsch Pascale, Salomé Laure, Direction générale de la santé ;

Hannier Thérèse, PHARE Enfants-Parents ;

Igot Jean-Pierre, SOS Amitié ;

Plancke Laurent, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France ;

Soubrier Jean-Pierre, Centre de ressources en suicidologie, expert OMS et membre du comité international de l'OMS pour la prévention du suicide et la recherche en suicidologie.

Vaiva Guillaume, CHRU de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale, Hauts-de-France ;

Walter Michel, CHRU de Brest, pôle de psychiatrie, université de Bretagne-Occidentale (UBO).

Ce rapport a également bénéficié des contributions des personnes extérieures suivantes :

Berrouguet Sofian, Centre hospitalier universitaire de Brest ;

Chastang Françoise, Centre hospitalier universitaire de Caen ;

Chevreur Karine, Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France ;
Courtet Philippe, Centre hospitalier universitaire de Montpellier ;
Douillard Jean-Luc, Centre hospitalier de Saintonge ;
Gokalsing Erick, CUMP Océan Indien, Établissement public de santé mentale, Saint-Paul, La Réunion ;
Grandgenèvre Pierre, CHRU de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire ;
Huët Romain, Université de Rennes 2 ;
Kahn Jean-Pierre, Université de Lorraine, pôle de psychiatrie et psychologie clinique ;
Notredame Charles-Édouard, CHRU de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire ;
Pauwels Nathalie, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale, Hauts-de-France ;
Pilliat Gabrielle, Titulaire d'un master 2 de criminologie, université d'Ottawa ;
Spilka Stanislas, Observatoire français des drogues et des toxicomanies ;
Vandel Pierre, Centre hospitalier universitaire de Besançon ;
Véron Laurentine, Sauvade Fanny, Association Apsytude ;
Younès Nadia, Centre hospitalier de Versailles.

Ce rapport a été édité par le bureau des publications et de la communication de la DREES :

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Coordination éditoriale : Sabine Boulanger
Correction : Mathilde Deprez et Alexandra Fisch
Conception graphique : Philippe Brulin
Maquette : NDBD

Contact :

DREES : drees-ons@sante.gouv.fr

Site internet :

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

Achévé d'imprimer au mois de février
sur les presses de l'imprimerie de la Centrale – 62302 Lens
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2018

S U I C I D E

Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence

3^E RAPPORT / FÉVRIER 2018

En France métropolitaine, en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés, soit près de 24 décès par jour. Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique.

Le suicide est un phénomène complexe qui appelle à une analyse pluridisciplinaire. C'est ce à quoi l'Observatoire national du suicide s'attache depuis 2013.

Pour ce troisième rapport, l'Observatoire porte son attention sur les enjeux éthiques que soulève la prévention du suicide. Une seconde réflexion aborde les comportements suicidaires chez les jeunes, leurs singularités ainsi que les actions efficaces pour les prévenir. Enfin, un état de l'avancement des travaux de l'Observatoire est également présenté.

L'Observatoire national du suicide a été installé en septembre 2013 afin de faire avancer, avec l'ensemble des acteurs concernés, la connaissance du suicide pour contribuer à en améliorer la prévention.