

Formation

"REPÉRAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE"

Jeunes

2018



DOSSIER DOCUMENTAIRE



Comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse

13, rue de la Pépinière - 84 000 AVIGNON - Tel. : 04 90 81 02 41- Fax : 04 90 81 06 89

E-mail : accueil@codes84.fr - Site Internet : www.codes84.fr - N° SIRET : 317 328 607 000 47

Membre de la Fédération nationale (FNES) et de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Paca



Ce dossier documentaire, non exhaustif, a été élaboré dans le cadre de la formation "**Repérage de la crise suicidaire**" organisée par le CoDES de Vaucluse en 2018.

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

Sources interrogées :

BIB-BOP - Base de données bibliographiques / Base des outils pédagogiques des Comités d'éducation pour la santé de la région Paca, partagée avec les régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes.

<http://www.bib-bop.org>

BDSP - Banque de données santé publique

<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/QbeA.asp>

SANTEPSY - Base documentaire du Réseau ASCODOCPSY, réseau de centres ressources documentaires en santé mentale

<http://www.ascodocpsy.org/santepsy/Base/FormulaireRecherche>

Les **sites Internet** présentés en page 94

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

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

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

Le suicide : concept et épidémiologie	7
Aspects psycho-sociologiques	33
Exemples d'actions	61
Sélection bibliographique	85
Liens utiles	94

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

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

SOMMAIRE

Le suicide : concept et épidémiologie	7
Aspects psycho-sociologiques	33
Exemples d'actions	61
Sélection bibliographique	85
Liens utiles	94

Le suicide : concept et épidémiologie

Rapport, BERNUS Didier, Suicide : plaidoyer pour une prévention active, Conseil économique, social et environnemental, 2013-02, 50 p. (extraits) _____ 9

Ouvrage, FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, BOSSARD Claire (et al.), Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche, Observatoire national du suicide, 2014, 221 p. (extraits) _____ 16

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

SUICIDE:PLAIDOYER POUR UNE PRÉVENTION ACTIVE¹

Avis

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

Définition des termes utilisés

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

Les principales étapes de construction des pratiques préventives

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

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

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

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

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

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

Des données épidémiologiques encore à améliorer

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

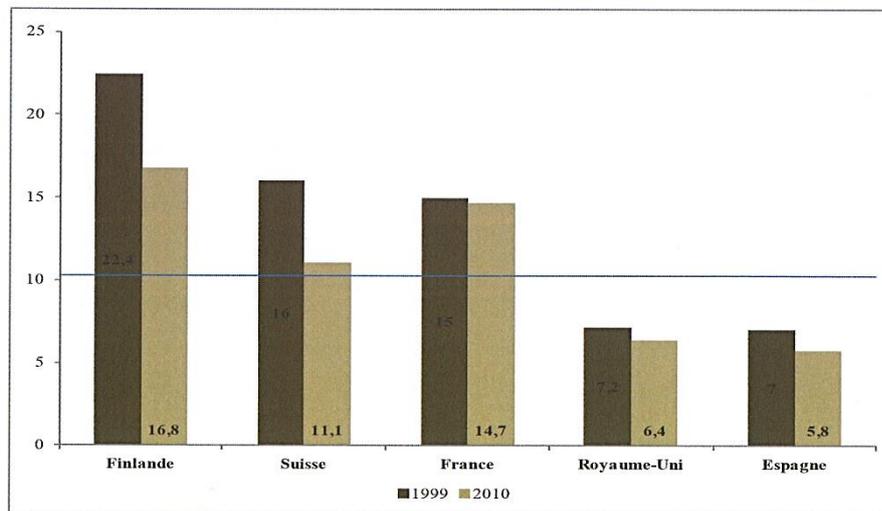
Quelle est la situation du suicide en France, comment a-t-elle évolué au fil des années ?

▣ Les décès par suicide

▣ Données globales

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

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



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

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

³ Source Insee.

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

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

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

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

La crise suicidaire

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

¹⁰ ALGOS : Cf. annexe glossaire.

¹¹ *Autopsie psychologique* – Inserm – 2008.

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

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

Évaluer une crise suicidaire suppose d'apprécier :

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

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

Les facteurs de risque

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁷ CHU de Caen 2012.

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

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

FICHE 1

Données épidémiologiques sur les décès par suicide

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 connus 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, même si les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction.

Les causes de ce biais étant constantes dans le temps, mort violente sans précision de l'intention et absence de retour de certains instituts médico-légaux, l'ampleur de la sous-évaluation est vraisemblablement stable.

Nombre et taux de décès par suicide en population générale

En 2011, 10 367 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (voir **tableau 1**). Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compte, après correction, près de 11 400 décès.

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 759 et 2 608), de même que les taux de décès standardisés par âge (respectivement 27,7 et 8,1 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes¹).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes. En 2011, il s'élevait à 9,4 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans et à 68,7 après 74 ans (taux standardisés). En revanche, la part du suicide dans

1. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat EU & EFTA).

TABLEAU 1 Effectifs et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge – France métropolitaine, 2011

	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Nb décès	Taux*	% mortalité totale	Nb décès	Taux*	% mortalité totale	Nb décès	Taux*	% mortalité totale
1 - 14 ans	23	0,4	3,45	13	0,3	2,61	36	0,3	3,09
15 - 24 ans	364	9,4	16,62	124	3,3	15,96	488	6,4	16,45
25 - 54 ans	3907	31,7	13,29	1 178	9,3	8,22	5 085	20,5	11,63
25 - 34 ans	776	20,2	23,10	169	4,3	13,18	945	12,3	20,36
35 - 44 ans	1 424	33,3	19,56	401	9,3	11,26	1 825	21,3	16,83
45 - 54 ans	1 707	40,4	9,10	608	13,9	6,41	2 315	27,2	8,20
55-74 ans	2043	32,7	2,43	841	12,0	2,00	2 884	22,3	2,29
55 - 64 ans	1 262	32,3	3,24	567	13,6	3,12	1 829	22,9	3,20
65 - 74 ans	781	33,1	1,74	274	10,1	1,15	1 055	21,6	1,53
75 ans ou +	1 422	68,7	0,92	452	12,5	0,22	1 874	40,6	0,52
75 - 84 ans	906	55,6	1,13	290	12,0	0,43	1 196	33,8	0,81
85 - 94 ans	492	102,7	0,74	149	13,8	0,14	641	58,3	0,37
95 ans ou +	24	103,7	0,29	13	12,6	0,04	37	58,1	0,10
Tous âges	7 759	27,7	2,85	2 608	8,1	0,99	10 367	17,9	1,94

* Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

Source • CépiDc-Inserm.

la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

Variation du taux de suicide entre 2000, 2005 et 2010

Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps : - 14 % entre 2000 et 2010 (voir **tableau 2**). Cette baisse est constante sur les périodes 2000-2005 et 2005-2010. Les taux diminuent pour toutes les classes d'âges à l'exception des 45-54 ans et des 55-64 ans.

En particulier pour la classe d'âges 45-54 ans, le taux de mortalité par suicide est significativement plus élevé en 2010 qu'en 2000 (+ 6,6 %), la hausse du taux étant uniquement observée durant la période 2000-2005.

F1 • DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES DÉCÈS PAR SUICIDE

TABLEAU 2 Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge entre 2000, 2005 et 2010 – France métropolitaine, deux sexes

	Taux standardisés ¹			% variation du taux		
	2000	2005	2010	2000-2005 ²	2005-2010 ³	2000-2010 ⁴
1 - 14 ans	0,4	0,3	0,4	-32,4	40,4	-5,1
15 - 24 ans	8,1	7,2	6,4	-10,3	-11,3	-20,4*
25 - 54 ans	22,9	22,2	20,8	-3,1	-6,4*	-9,3*
25 - 34 ans	16,4	14,8	12,7	-10,2*	-13,8*	-22,6*
35 - 44 ans	25,9	23,0	21,3	-11,1*	-7,4*	-17,7*
45 - 54 ans	25,7	28,0	27,4	8,9*	-2,1	6,6*
55-74 ans	25,3	24,0	22,3	-5,1	-7,1*	-11,8*
55 - 64 ans	22,4	22,3	22,6	-0,3	1,4	1,1
65 - 74 ans	28,8	26,0	22,0	-9,6*	-15,7*	-23,8*
75 ans ou +	54,5	46,1	40,7	-15,4*	-11,7*	-25,3*
75 - 84 ans	44,9	39,0	33,6	-13,3*	-13,8*	-25,2*
85 - 94 ans	81,3	66,1	60,6	-18,7*	-8,4	-25,5*
95 ans ou +	59,5	48,9	45,2	-17,8	-7,6	-24,0
Tous âges	21,0	19,5	18,0	-7,0*	-7,8*	-14,2*

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

2. $(\text{taux } 2005 - \text{taux } 2000) \times 100 / \text{taux } 2000$

3. $(\text{taux } 2010 - \text{taux } 2005) \times 100 / \text{taux } 2005$

4. $(\text{taux } 2010 - \text{taux } 2000) \times 100 / \text{taux } 2000$

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

Source • CépiDc-Inserm.

Taux de décès par suicide par région

Les taux standardisés de décès par suicide moyens sur la période 2009-2011 varient fortement selon les régions (voir **tableau 3**). En Bretagne, les taux dépassent de 60 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Limousin, avec des taux supérieurs de plus de 25 % au taux moyen de France métropolitaine. Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Corse et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 15 % au taux moyen de France métropolitaine). Entre 2000-2002 (période

TABLEAU 3 Taux standardisés de décès par suicide par région en 2009-2011, variations régionales par rapport à la moyenne métropolitaine et aux taux de 2000-2002 – Tous âges, deux sexes

Région de domicile	Taux standardisés ¹	Variations régionales ²	Variations temporelles 2000-2002 / 2009-2011 ³
11. Île-de-France ⁴	9,3	-48,6	-14,6*
21. Champagne-Ardenne	21,2	17,4	-10,2*
22. Picardie	23,0	27,5	-12,7*
23. Haute-Normandie	22,5	24,2	-12,2*
24. Centre	21,2	17,3	-15,5*
25. Basse-Normandie	25,6	41,6	-5,3
26. Bourgogne	21,5	19,0	-12,9*
31. Nord-Pas-de-Calais	24,7	36,8	-8,2*
41. Lorraine	19,0	5,1	10,8*
42. Alsace	13,4	-26,0	-9,3
43. Franche-Comté	20,7	14,6	-12,1*
52. Pays de la Loire	22,2	22,7	-14,3*
53. Bretagne	28,9	60,1	-8,7*
54. Poitou-Charentes	22,3	23,2	-12,0*
72. Aquitaine	18,1	0,2	-12,9*
73. Midi-Pyrénées	14,9	-17,8	-1,7
74. Limousin	22,7	25,6	-10,1
82. Rhône-Alpes	14,5	-19,7	-19,3*
83. Auvergne	19,9	10,4	-15,4*
91. Languedoc-Roussillon	19,6	8,4	-3,5
93. PACA	16,7	-7,6	-9,1*
94. Corse	14,0	-22,8	-8,8
France métropolitaine	18,1		-11,1

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

2. Variation régionale à partir des taux standardisés = (taux régional – taux France métropolitaine) x 100 / taux France métropolitaine

3. Variation temporelle = (taux standardisé 2009-2011 – taux standardisé 2000-2002) x 100 / 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.

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

Source • CépiDc-Inserm.

F1 • DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES DÉCÈS PAR SUICIDE

de référence) et 2009-2011, les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer quelle que soit la région considérée. Pour six régions, le Limousin, l'Alsace, la Corse, la Basse-Normandie, le Languedoc-Roussillon et le Midi-Pyrénées, cette baisse n'est toutefois pas significative. La seule région où le taux de suicide a augmenté est la Lorraine.

Modes de suicide

En 2011, les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (53 %), les prises de médicaments et autres substances (14 %), les armes à feu (14 %), et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 58 % des suicides et les armes à feu de 17 %. Pour les femmes, la pendaison (37 %) et la prise de médicaments et autres substances (28 %) sont les modes les plus utilisés. Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud.

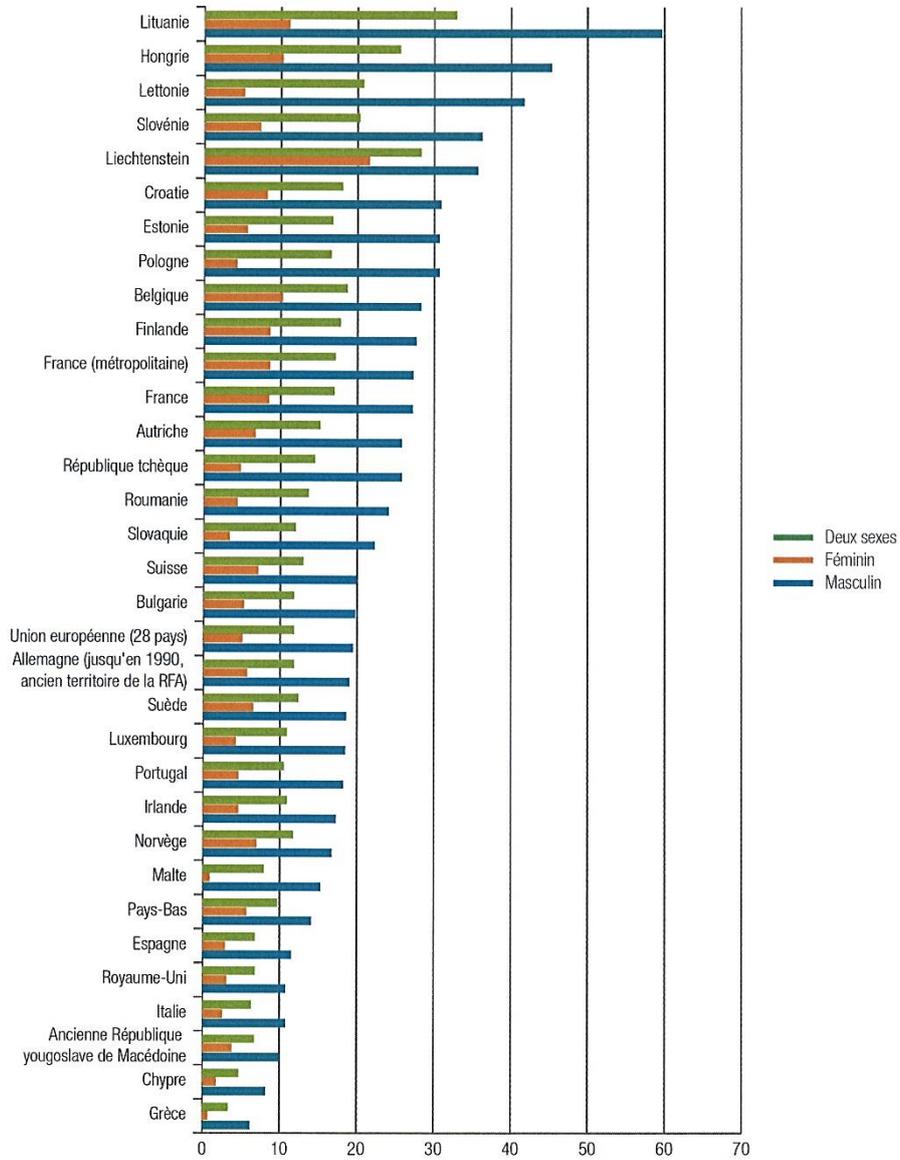
Taux de décès par suicide par pays de l'Union européenne

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,8 pour 100 000 habitants en 2010. 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 (voir **graphique**). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de définition du suicide, de qualité et d'exhaustivité des déclarations.

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 2010. Ce taux est nettement plus élevé chez les hommes, et en particulier 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 doivent toutefois être interprétées avec prudence, en raison de la disparité de la déclaration du suicide et de la remontée de cette information auprès des organismes responsables de la statistique de mortalité par cause.

GRAPHIQUE Taux* de décès par suicide en 2010 dans l'Union européenne



* Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

FICHE 3

Hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide

Entre 2004 et 2011, en France métropolitaine, le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) a permis de comptabiliser 765 616 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) hors services de psychiatrie. Ces hospitalisations ont concerné 556 708 personnes, soit une moyenne annuelle de 90 000 hospitalisations pour TS concernant 70 000 personnes. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté environ 65 % de l'ensemble des séjours pour TS.

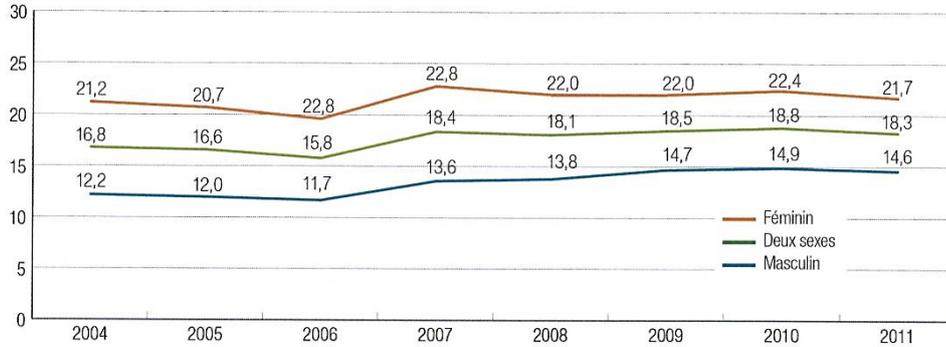
Taux d'hospitalisation en médecine et chirurgie

Sur la période d'étude, le taux d'hospitalisation pour TS est en moyenne de 17,7 pour 10 000 habitants par an. Ces taux sont différents selon le sexe : 13,4 pour 10 000 hommes et 21,5 pour 10 000 femmes. L'évolution entre 2004 et 2011 montre une augmentation des taux passant de 16,8 pour 10 000 à 18,3 pour 10 000 (de 12,2 à 14,6 chez les hommes et de 21,2 à 21,7 chez les femmes). L'augmentation annuelle des taux d'hospitalisation pour TS sur l'ensemble des années étudiées est estimée à respectivement 4,8 % chez les hommes et 2,9 % chez les femmes. Cette augmentation concerne surtout les années 2004 à 2007 (4 % chez les hommes et 3 % chez les femmes) ; de 2008 à 2012, l'augmentation annuelle des taux est estimée à 2,5 % chez les hommes tandis que chez les femmes, l'évolution des taux n'est pas significative (voir **graphique 1**). Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure cette hausse s'explique par une amélioration de la mesure des TS (meilleure qualité du codage par les établissements de santé), ou par une véritable hausse des hospitalisations pour TS, et dans ce dernier cas, pour en comprendre les raisons.

Lorsque l'âge est pris en compte, les taux d'hospitalisation pour TS montrent des courbes avec des allures différentes selon le sexe (voir **graphique 2**). Les séjours hospitaliers pour TS des jeunes filles de 15 à 19 ans présentent les taux les plus élevés, avoisinant en moyenne 43 pour 10 000.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 1^{ER} RAPPORT

GRAPHIQUE 1 Taux standardisés* des hospitalisations pour tentative de suicide (pour 10 000 habitants) en France métropolitaine – PMSI-MCO 2004-2011

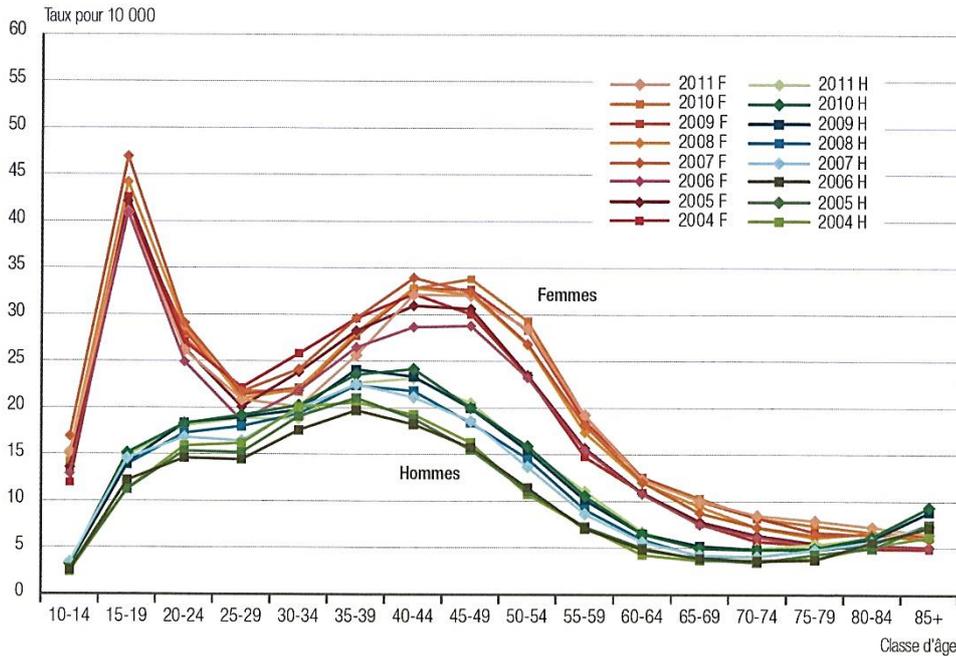


* Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métropolitaine 1999.

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2004, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide était de 12,2 pour 10 000 habitants chez les hommes en France métropolitaine.

Source • ATIH, analyses InVS.

GRAPHIQUE 2 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 10 000 habitants) selon l'âge et le sexe en France métropolitaine – PMSI-MCO 2004-2011



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2004, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était de 12,2 pour 10 000 habitants chez les hommes de la tranche d'âge 10-14 ans en France métropolitaine.

Source • ATIH, analyses InVS.

F3 • HOSPITALISATION ET RECOURS AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

Les régions du Nord et de l'Ouest à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire présentent systématiquement des taux standardisés supérieurs de plus de 20 % au taux national chez les hommes comme chez les femmes.

Modes opératoires des tentatives de suicide hospitalisées

Quelle que soit l'année considérée, l'auto-intoxication médicamenteuse est le mode opératoire de loin le plus fréquent et concerne 82 % des TS hospitalisées (74 % des séjours masculins et 89 % des séjours féminins). Les médicaments les plus utilisés sont les psychotropes. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire, ne représentant que 8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (11 % des séjours masculins et 6 % des séjours féminins). La phlébotomie (section des veines) et la pendaison représentent respectivement 5 % et 1,6 % des séjours hospitaliers pour TS tandis que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle sont des modalités plus rares représentant chacune moins de 1 % des séjours par an. Par ailleurs, les trois-quarts des hospitalisations pour TS par pendaison et 86 % des hospitalisations pour TS par arme à feu concernent des hommes.

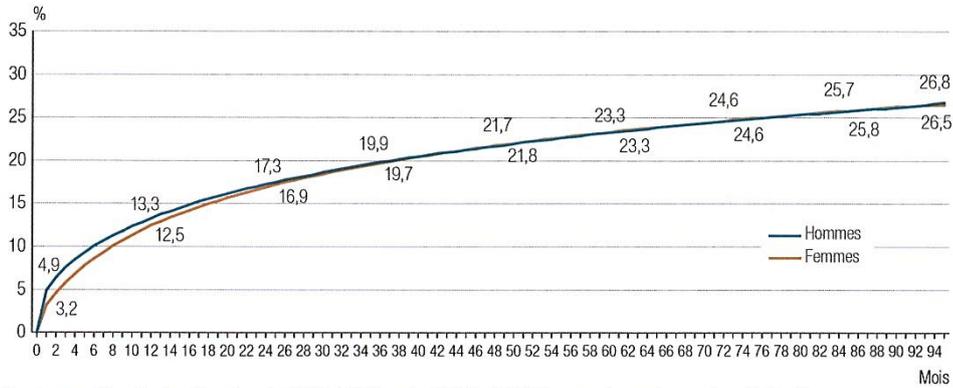
Réhospitalisation pour TS

Au cours des huit années étudiées, 80,3 % des patients (n = 447 011) ont été hospitalisés une seule fois pour TS et pour 19,7 % d'entre eux (n = 109 697), il y a eu plusieurs séjours en médecine ou chirurgie. Lorsqu'il y a réadmission pour TS, le nombre moyen de séjours hospitaliers entre 2004 et 2011 est de 2,9 sans différence significative entre les hommes et les femmes. Le délai moyen entre deux séjours pour TS est estimé à 368 jours, le délai médian¹ à 179 jours. Le délai moyen entre deux hospitalisations est de 353 jours chez les hommes contre 376 jours chez les femmes et le délai médian respectivement de 158 et 189 jours.

Après une première hospitalisation ayant lieu entre 2004 et 2011, le taux d'une réadmission pour TS est globalement de 3,8 % à un mois, 12,8 % à 12 mois et augmente jusqu'à 26,6 % à 8 ans. Ces taux sont plus élevés chez les hommes jusqu'à 24 mois (13,3 % à un an et 17,3 % à deux ans contre respectivement 12,5 % et 16,9 % chez les femmes). Au-delà de deux ans, les courbes selon le sexe sont superposables (voir **graphique 3**).

1. Lorsqu'il y a une réhospitalisation pour TS, pour la moitié des patients, la réadmission a eu lieu moins de 179 jours après l'hospitalisation précédente.

GRAPHIQUE 3 Taux de réadmission pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le nombre de mois écoulés après une hospitalisation index entre 2004-2011 par sexe – PMSI-MCO



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, entre 2004 et 2011, un mois après une hospitalisation pour TS, 3,2 % des femmes concernées sont réadmisses à l'hôpital pour TS.

Source • ATIH, analyses InVS.

Passages aux urgences pour TS

Dans la base de données Oscore® sur les passages dans les services d'urgences hospitalières, 63 % des passages aux urgences pour TS entre 2007 et 2011 ont été suivis d'une hospitalisation : 9 % en psychiatrie et 54 % dans des unités médicales ou chirurgicales (52 % chez les hommes et 56 % chez les femmes). À partir du pourcentage de transfert en médecine ou chirurgie et du nombre de patients hospitalisés dans ces services pour TS par classe d'âge et par sexe, le nombre de passages aux urgences pour TS a été estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années, répartis entre 66 000 et 78 000 recours masculins et entre 108 000 et 120 000 recours féminins (voir **tableau 1**).

Hospitalisation en psychiatrie

Les hospitalisations en psychiatrie n'ont donné lieu à des enregistrements pour le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) qu'à partir de 2007 avec une montée en charge progressive. Dans le RIM-P, entre 2009 et 2011, 33 269 patients avaient un code de TS pour un total de 44 748 séjours en établissements psychiatriques en France métropolitaine, soit une moyenne annuelle de 11 000 patients dont environ 4 000 étaient transférés en psychiatrie après un séjour en médecine.

F3 • HOSPITALISATION ET RECOURS AUX URGENCES
POUR TENTATIVE DE SUICIDE

TABLEAU Répartition du nombre de passages aux urgences pour TS selon le sexe, PMSI-MCO et Oscour® 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Hommes	N = 65 986	N = 66 634	N = 75 393	N = 78 337	N = 76 075
[IC 95 %]	[57 925-77 339]	[59 194-76 745]	[68 509-84 191]	[72 657-85 175]	[70 868-82 274]
Femmes	N = 108 715	N = 107 377	N = 108 878	N = 121 112	N = 115 783
[IC 95 %]	[98 964-120 949]	[98 434-118 374]	[101 060-118 205]	[114 026-129 238]	[109 447-122 985]
Total	N = 176 708	N = 176 018	N = 186 280	N = 201 459	N = 193 869
[IC 95 %]	[156 889-198 288]	[157 628-195 119]	[169 569-202 396]	[186 682-214 413]	[180 315-205 260]

IC : intervalle de confiance.

Source • ATIH et Oscour®, analyses InVS.

Synthèse et conclusion

Chaque année, environ 70 000 personnes sont hospitalisées pour TS pour 90 000 séjours en médecine et chirurgie. L'analyse circonscrite aux TS hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie entre 2004 et 2011 donne une image homogène mais partielle du phénomène suicidaire. En effet, le PMSI-MCO ne comptabilise pas les patients suicidants ne recourant pas aux urgences, ni ceux non hospitalisés après un passage aux urgences, ni ceux hospitalisés en psychiatrie soit directement soit après un passage aux urgences. En utilisant également les données de la base Oscour®, le nombre de passages aux urgences pour TS a été estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années. Par ailleurs, les données du RIM-P semblent encore parcellaires pour rendre fidèlement compte des hospitalisations en établissements psychiatriques suite à une TS, car entre 2009 et 2011, seulement environ 11 000 patients par an avaient un code de TS.

Malgré ces limites, ces données mettent en évidence certains points importants : la vulnérabilité des adolescentes de 15-19 ans avec un taux d'hospitalisation très élevé, les récurrences de TS concernant un patient sur cinq. Les données suggèrent également une augmentation des hospitalisations pour TS entre 2004 et 2011, en particulier chez les hommes ; des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure cette hausse s'explique par une amélioration de la mesure des TS (meilleure qualité du codage par les établissements de santé), ou par une véritable hausse des hospitalisations pour TS, et dans ce dernier cas, pour en comprendre les raisons. Ces résultats suggèrent la nécessité de développer des programmes de prévention et de prise en charge de la TS dans la population adolescente et des études d'une part pour évaluer les modalités de suivi des patients afin de prévenir les récurrences.

Indicateur

hospitalisation et recours aux urgences pour tentative de suicide.

Champ

France métropolitaine, population âgée de 10 ans ou plus.

Source

PMSI-MCO et RIM-P ATIH, analyses InVS et Oscour®.

Mode de construction de la fiche

Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population française 1999. Pour les hospitalisations pour TS, codes X60-X84 en diagnostics associés (codes X60-X84 interdits en diagnostic principal dans le PMSI).

Limites et biais

La qualité des données est dépendante du codage effectué par les cliniciens et l'anonymisation des données nationales ne permet aucun retour direct aux sources pour vérification. Une évaluation de la qualité et de l'exhaustivité du codage n'a pas été faite et semble nécessaire, en particulier pour les données du RIM-P.

Organisme responsable de la fiche

Institut de veille sanitaire.

Références

- Chan Chee C., Jezewski-Serra D., 2014, *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 52 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2011, *Aide à l'utilisation des informations de chaînage*, Lyon, 22 p.
- Caillère N., Fouillet A., Henry V., Vilain P., Mathieu A., Raphaël M. *et al.*, 2012, *Surveillance des urgences. Réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 12 p.

FICHE 4

Tentatives de suicide déclarées et pensées suicidaires en 2005 et 2010

Contexte

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

Niveaux et évolutions

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

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE – 1^{ER} RAPPORT

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

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

Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées en 2005 et 2010

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

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

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

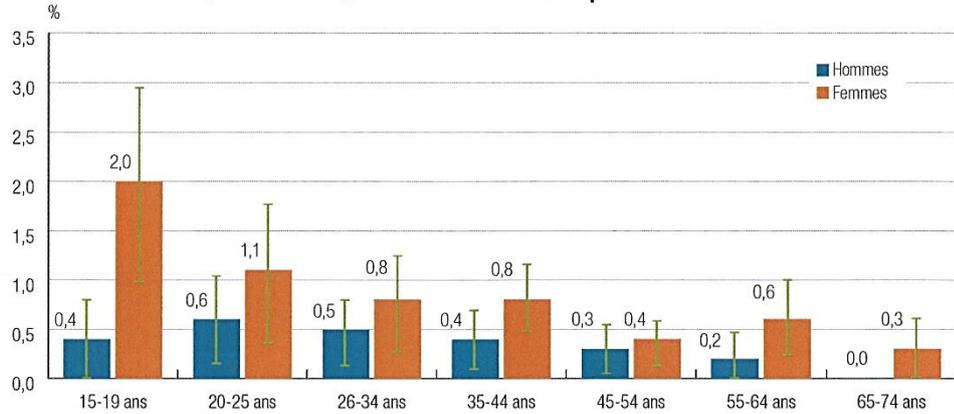
2. La comparaison avec 2005 n'est pas possible dans la mesure où la question était moins spécifique et portait sur le fait d'avoir pensé « au suicide » de manière générale.

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

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

F4 • TENTATIVES DE SUICIDE DÉCLARÉES ET PENSÉES SUICIDAIRES EN 2005 ET 2010

GRAPHIQUE 1 Prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-75 ans)* – France métropolitaine 2010



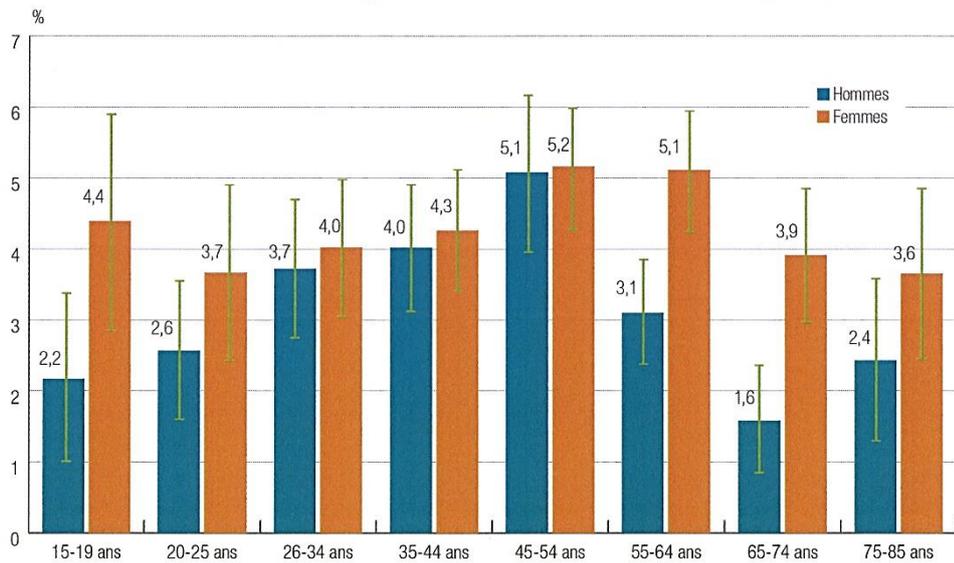
* Dans la mesure où aucun enquêté n'a déclaré de tentative de suicide au cours de l'année au-delà de 75 ans, la fiabilité des chiffres sur cette tranche d'âge est sujette à caution. En effet, s'il est probable qu'au-delà de 75 ans, les tentatives aboutissent très fréquemment à un décès, il est aussi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

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

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

Source • Baromètre santé 2010, INPES.

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



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

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

Source • Baromètre santé 2010, INPES.

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

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

Références

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

Aspects psycho-sociologiques

Article, Focus sur la prévention des conduites suicidaires chez les jeunes 12/25 ans, crpcs Rhopne-Alpes, 2014, 9 p.	35
Article, AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, Le suicides des jeunes en France, INJEP - Les fiches repères, 2015, 4 p.	44
Dossier, De la tentative au suicide chez les jeunes de 10 à 25 ans, URPS Paca	48
Rapport, Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Recommandations, Fédération Française de Psychiatrie, 2009, 22 p. (extraits)	53

Article, Focus sur la prévention des conduites suicidaires chez les jeunes 12/25 ans, crpcs Rhone-Alpes, 2014, 9 p.

F O C U S

sur la
**PRÉVENTION DES CONDUITES SUICIDAIRES ET
DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES 12/25 ANS**

crpcs RHONE-ALPES

Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes



Centre Jean Bergeret
Prévention des conduites à risques

ars
Agence Régionale de Santé
Rhône-Alpes

www.acjb.org

Suicide et tentatives de suicide chez l'enfant

« On estime qu'après

le suicide d'un enfant

10 personnes sont

durablement déçivrées

et une trentaine

momentanément

choquées. Ce qui revient

à dire que chaque année

entre 2 à 3 000 personnes

commencent un deuil

pathologique... »

(Boris Cyrulnik - *Quand un enfant se donne « la mort »*, *Attachement et sociétés*, 2011 - Odile Jacob)

Toutes tranches d'âges confondues 10 000 personnes se sont données la mort, en France, durant l'année 2010. Un décès sur 50 est un suicide.

Le nombre de décès par suicide est sous-déclaré de 15 à 20%. Il y aurait entre 195 voire 250 000 Tentatives de Suicide (TS), nombre également sous-estimé. On ne dispose pas d'enregistrements systématiques des TS, notamment quand il n'y a pas d'hospitalisation. La France, parmi les pays industrialisés, et notamment les pays de l'Europe de l'Ouest reste une nation extrêmement touchée par le suicide : environ une personne sur quatre déclare avoir été directement concernée par le suicide d'un membre de sa famille ou celui d'un ami proche.

Tout individu est en interaction avec son milieu (social, familial, économique...), l'ensemble des éléments proposé dans ces pages reflètent ces interdépendances à une période de la vie très complexe que sont l'adolescence, et le passage à l'âge adulte... Aussi, la diminution avérée du nombre de suicide chez les jeunes, est un réel encouragement dans la poursuite et l'évolution des actions de prévention en France.

Néanmoins le suicide reste la 2ème cause de mortalité, en France, chez les 15/24 ans, après les accidents de la route¹⁾.

Source : Dossier de Presse UNES 2013, 17ème JNPS
1) D'après : Les jeunes décèdent peu de maladies, ce qui implique, que le suicide arrive en rang deux pour cette population

Les suicides aboutis sont assez rares chez les enfants, tout comme les tentatives de suicide (TS), dont la fréquence serait estimée à 0,5 - 0,7% des enfants. Les plus jeunes ont cependant été concernés avec 40 décès par suicide sur la tranche des 5-14 ans, dont 23 pour les garçons et 17 pour les filles (2010)¹⁾. On peut supposer que l'essentiel de ces décès se situent sur la tranche haute de cette strate. On observe que les principales causes de décès parmi les 5-9 ans et les 10-14 ans sont les « causes extérieures de traumatismes et empoisonnements », « causés d'une manière indéterminée quant à l'intention », on peut penser qu'un certain nombre d'entre-elles serait des suicides non reconnus.

“ Soudaineté – faible mentalisation/ intentionnalité moindre – plus grande létailité que chez l'adolescent – diversité et violence des moyens ”

Pour un enfant de 7-8 ans la mort n'a pas de réalité au sens de celle de l'adulte (cf. développement cognitif et affectif), elle est réversible, c'est un peu plus tard qu'elle désigne une véritable disparition. Vers l'âge de 8 ans les enfants comprennent ce qu'est le suicide et sont en capacité de donner des explications sur les raisons qui peuvent pousser une personne à commettre ce geste... (Mislara).

Les moyens utilisés chez les enfants suicidants sont l'ingestion médicamenteuse volontaire (IMV), puis la pendaison et la défenestration ; avec l'apparition majoritaire des IMV à partir de 12 ans.

C'est à cet âge que la volonté de mourir et les tentatives de suicide intentionnelles élevées apparaissent. Il s'agit en général de geste impulsif, de type réactionnel à un événement ou un conflit intrafamilial.

Sources :

- 1) Cléopâtre Inseam, 2010 France métropolitaine
C. Delmère : « Les tentatives de suicide chez les enfants de moins de 13 ans » dans *Journal de pédiatrie, pédiatrie, pédiatrie* • Urgences 2013 • de la Société Française de Médecine d'Urgence
R. Delorme, C. Stordeur, M. Foullat : « Risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent et attitudes médicales face à ce risque », *Enfants de Bichet* 2012, table ronde de pédiopsychiatrie



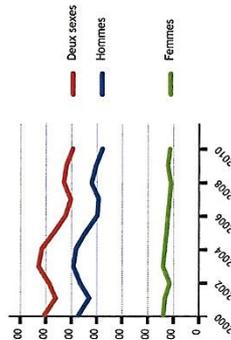
Décès par suicide et tentatives de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes

Chiffres & données

Sur le territoire (métropolitain), près de 500 jeunes ont mis fin à leur jour en 2010. Entre 15 et 24 ans le taux de suicide est de 6,4%, les 15/24 ans morts par suicide représentent 16% du total des décès toutes causes confondues (sur cette même tranche d'âge).

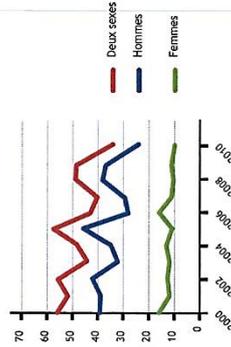
Effectif des décès par suicide des 15/24 ans - 2010

Années	France métropolitaine	
	Deux sexes	Femmes
2000	605	469
2010	496	380



Rhône-Alpes

Années	Rhône-Alpes	
	Deux sexes	Femmes
2000	55	39
2010	34	24



On observe une baisse continue depuis bientôt trente ans, du nombre de suicidés, au sein de la population jeunes (15/24), fruit d'une politique de santé publique, jalonnée notamment par différents travaux et réflexions dont la Conférence de consensus (2000) jusqu'au dernier programme national d'actions contre le suicide (2011-2014).



Taux brut de décès par suicide des 15/24 ans pour 100 000 habitants - 2010

Années	France métropolitaine	
	Deux sexes	Femmes
2000	7.9	12.1
2010	6.4	9.7

Rhône-Alpes

Années	Rhône-Alpes	
	Deux sexes	Femmes
2000	7.3	10.3
2010	4.3	6

A noter une baisse du taux national comme du taux rhônalpin. Aussi la région Rhône-Alpes bénéficie d'un taux de suicide moins élevé que celui de la France métropolitaine.

En Rhône-Alpes

Taux brut comparatif de mortalité par suicide, des 15/24 ans pour 100 000 habitants, par département, 2010



Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ¹⁾ montre que la répartition des hospitalisations, pour TS, selon le sexe et l'âge en France, a peu varié sur la période 2004-2007 et que le nombre de TS est beaucoup plus important chez les filles soit 14/10 000, que chez les garçons 3/10 000 pour la population des 10/14 ans. Les TS touchent majoritairement une population féminine avec un pic entre 15 et 19 ans ²⁾, soit 4 fois plus que chez les garçons.

Sources :
 1) La PMSI traite exclusivement du passage en séjour hospitalier
 2) C. Delamarre - « Les tentatives de suicide chez les enfants de moins de 10 ans » Interventions lors du colloque de la Société Française de Médecine d'Urgence
 Ensemble de l'épidémiologie hors PMSI : CapiD/Insem, 2010

Internet, TIC... investissement des espaces virtuels

En France l'âge moyen du premier clic se fait vers 9 ans. Internet, les réseaux sociaux, le téléphone portable avec accès au web... sont devenus des outils de communication quotidiens pour l'ensemble de la jeune génération avec les avantages mais aussi les risques inhérents. Parmi les questions récurrentes : la fragilisation, la vulnérabilité... des jeunes face au web au web 2.0 et ses prochaines évolutions (web 3.0)...

« Alors que la connectivité des foyers et des personnes continuent de croître, une personne peut disposer de plusieurs points d'accès à Internet (téléphone, tablette, ordinateur familial fixe, ordinateur mobile), les activités de la vie quotidienne s'agencent dans une nouvelle organisation.

L'information, les amis, les centres d'intérêts, les achats mais aussi les réponses à des questionnements existentiels trouvent un écho dans le mode connecté (Internet). Sans remettre en question l'utilité de ces nouvelles organisations par substitution (pages ou applications connectées qui organisent pour nous les activités) peut-on envisager qu'elles engendrent en leur sein un usage qui deviendrait excessif voire addictif ? Suivant les générations l'analyse des comportements autour des TIC (technologie de l'information) nous renvoie à une norme qui s'apprécie différemment suivant les périodes de la vie, les périodes de construction, l'état psychique.

Cet outil qui participe à une représentation d'une image idéalisée de soi peut-il aussi produire en son sein ce qu'il est sensé abattre ? Cet outil peut-il aussi favoriser une conduite à risque ?

Il est acquis que des règles de protection sont à établir pour protéger chacun de contenus qui ne sont pas délibérément recherchés.

Mais en tant qu'acteur de prévention des conduites à risque devons nous focaliser notre attention sur le contenu de ce qui est proposé ? Ou n'est-il pas souhaitable que nous remettions en question nos prismes d'analyse pour intégrer, nous aussi, un mode d'intervention qui associe ce lien connecté pour répondre aux questions qui se posent derrière l'écran ? »

L'adolescence, une période de transition...

Elle est souvent considérée comme un moment conflictuel de traces et de crise dont les adultes (parents, professionnels...) n'appréhendent pas toujours la signification.

Or, l'adolescence est aussi un processus de développement.

La fréquente association de l'adolescence à l'idée de crise a l'inconvénient majeur de masquer la richesse de cette période d'évolution de vie. Elle tend aussi à faire oublier que la plupart des adolescents sont des jeunes qui se portent bien.

« Du fait de bouleversements de tous ordres, l'adolescence est une période de fragilité qui peut, dans certains cas (des vécus de solitude, des contextes environnementaux difficiles, ou psychopathologiques...), se traduire par des idées suicidaires, voir des tentatives de suicide, qui sont alors envisagées par le jeune comme une solution pour apaiser l'exces de tensions. Ces situations nous révéleront la nécessité d'être attentifs aux manifestations de mal-être que le jeune peut exprimer dans ses différents contextes de vie ».

Attention, une TS n'est pas nécessairement révélatrice d'une intensité du désir de mourir

Un facteur de risque n'agit pas tout seul et c'est une combinaison de facteurs qui agit comme cause de vulnérabilité. Si les facteurs de risque et de vulnérabilité au suicide sont assez bien connus, cette interaction entre différents facteurs de risque est plus difficilement discernée. Les conduites à risque et/ou addictives sont bien sûr des facteurs de risque ou d'aggravation du risque suicidaire. Ce sont toutes des conduites de fuite par rapport à la réalité qui s'expriment par des fugues, des absences scolaires ou des conduites délictueuses. Par exemple, l'ivresse solitaire multiplie par quatre le risque de survenue de conduites suicidaires.

Adolescence

L'adolescence
une période sensible
à l'acquisition de
comportements nouveaux
qui s'opèrent par
tâtonnements, essais
et prises de risques...



Les sites ressources *(liste non exhaustive)*

Nous avons sélectionné quelques sites destinés à aider les jeunes à se protéger, à mieux connaître le fonctionnement du Web, voire à solliciter de l'aide le cas échéant... sites qui concernent également les professionnels dans leur fonction d'encadrement de prévention auprès des jeunes :

Calysto

<http://www.association-calysto.fr>
Mission : une association experte et spécialisée dans les problématiques liées aux usages numériques. Formation pour les établissements scolaires

CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté)

Espace Jeunes : <http://www.jeunes.cnil.fr/espace-jeunes/>
Objet : Les bonnes pratiques et les réflexes à adopter pour protéger sa vie privée sur Internet !

Association e-enfance

www.e-enfance.org
Mission : permettre aux enfants et adolescents de se servir des nouvelles technologies de communication (Internet, téléphone mobile, jeux en réseau) avec un maximum de sécurité

www.internet-sigalement.gouv.fr

Objet : Portail officiel de signalement des contenus illicites sur Internet

et aussi :

Net écoute : 0800 200 000

Numéro vert national

Objet : La protection des mineurs sur Internet, anonyme et confidentiel

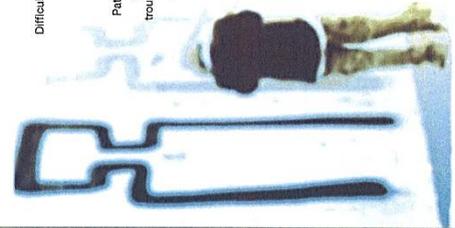
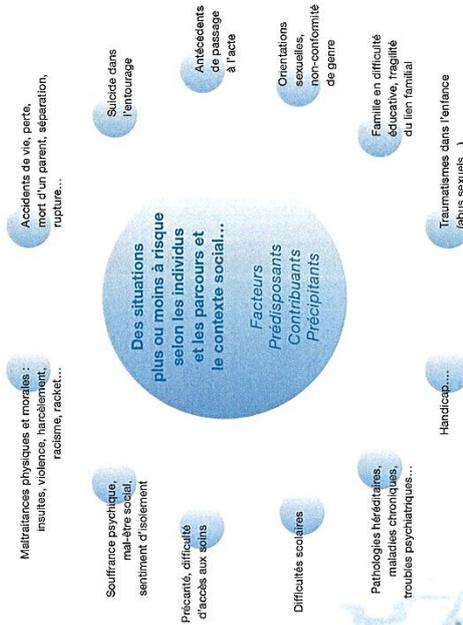
www.netecoute.fr

Les facteurs de risques

Le passage à l'acte suicidaire résulte d'une pluralité et d'une conjugaison de facteurs.

Chez les jeunes, un événement déclencheur peut provoquer à lui seul, un état de souffrance extrême...
Si ce schéma ne peut en rien résumer la complexité du processus suicidaire, il pose un certain nombre de facteurs de risque fréquemment rencontrés, à noter également que certains sont communs à d'autres troubles qui jalonnent l'adolescence.

Facteurs psychosociaux (individuels, familiaux) socioculturels - environnementaux



“ Le suicide est la conséquence la plus grave du trouble dépressif majeur...”

De quoi parle-t-on ? Définitions et signifiants

Mots clés

- **Suicidant** : sujet au comportement auto-destructeur (tentative de suicide).
- **Suicide/suicide abouti/complété** : sujet dont le geste a été mortel. Bannir le terme « suicide réussi » !
- **Suicidaire** : pas de passage à l'acte, en revanche l'idée du suicide est momentanément prépondérante chez le sujet, multiplication des comportements et situations à risque pouvant mettre en péril sa vie, sa santé.
- **Crise suicidaire** : progression de l'état, d'équilibre vers un état vulnérable, d'insuffisance de moyens de défense, qui culmine par l'état de « crise ». *Crise psychique dont le risque majeur est le suicide.*
- **Ideations/intentions suicidaires/flashes** : penser à se supprimer (de manière plus ou moins intense et élaborée) pour arrêter sa souffrance, expression d'un malaise, appel à l'aide. Cependant tout sujet ayant des ideations suicidaires ne passe pas à l'acte.
- **Processus suicidaire** : ensemble des étapes franchies par un sujet qui le mène à se supprimer : passage de « l'idéation » à « l'intention ». *Elaboration de plan pour mettre un terme à sa vie, les moyens sont envisagés.*

et aussi...

- **Conduites ordaliques** : défi, passage à l'acte ; recherche appatée de la mort, jouer sa vie afin de donner du sens, une valeur à son existence.
- **Auto-mutilations(s)** : violences dirigées contre soi, destruction, altérations directes et délibérées de parties de son corps sans intentions de suicide consciente, réponse à une tension extrême, l'individu sait que l'avenir est possible après ce geste.
- **Scarification** : entailles superficielles de la peau, soulagement d'une douleur morale alors rendue visible et apaisée ; « purge » ; constitue un signallement d'alerte, agissement qui va souvent crescendo.

Les signaux d'alerte

Symptômes somatiques, psychologiques ou psychiques...

Celui ou celle qui souffre
change de comportement,
de façon plus ou moins
repérable pour l'entourage.
Ces modifications subites
dans le comportement
et la répétition de signes
avant-coureurs doivent
alerter. « Il ne faut pas
croire l'idée reçue selon
laquelle "ceux qui parlent
de se suicider ne le font
pas" : avant de passer
à l'acte la majorité des
jeunes en ont parlé à
quelqu'un, clairement
ou par allusions »⁽¹⁾

- Troubles de l'appétit/Troubles alimentaires
- Plaintes somatiques (maux de tête, de ventre, douleurs...)
- Troubles du sommeil
- Perte de la libido
- Fatigue, manque de dynamisme, hyperactivité, impulsivité
- Agressivité, irritabilité, anxiété, indécision ; Variation de l'humeur
- Tristesse, pleurs...
- Peur irraisonnée
- Négation des problèmes
- Insatisfactions : absence de plaisirs
- Sentiment d'échec permanent
- Dévalorisation (Estime de soi, image de soi)
- Isolement/trait, désintéressés, dégoût, négligence de soi et des autres
- Désinvestissements scolaires : baisse de l'attention, déconcentration, absence, baisse de niveau, surinvestissement engendrant du stress
- Consultations médicales répétées
- Consommation de médicaments, psychotropes (alcool, drogues, tabac...)
- Expression d'idées et d'intention suicidaires
- Comportement auto-agressifs
- Attirance, préoccupation face à la mort
- Distribution d'objets personnels
- Fugues, conduites à risque (vitesse au volant, sports extrêmes...), accident à répétition
- Intérêt pour des objets dangereux (armes)
- ...

Source :
 (1) *Enjeux jeunes, les idées reçues.*
 A l'initiative et en collaboration avec
 le Conseil Lyonnais pour le respect
 des droits. Edition du Moutard

Les facteurs de protection

Facteurs de protection inhérents à l'individu

- Lien social construit (cohésion familiale, amis, communauté...)
- Importance de la réciprocité de la confiance
- Capacité à faire appel, à trouver de l'aide
- Capacité à la communication, notamment à la verbalisation
- Capacité à résoudre problèmes et conflits
- Convictions culturelles, et religieuses soutenantes (conservation de soi)
- ...

Il est nécessaire qu'un
jeune dispose d'espaces,
de lieux "contenants" et
"sécurés" afin de mainte-
nir repères et attaches.

- ### Attitudes éducatives et préventives
- Valorisation de l'estime de soi (chacun à un rôle, une tâche à accomplir, est responsable de quelqu'un d'autre...)
 - Mise en avant des compétences psycho-sociales dès le plus jeune âge et des ressources personnelles
 - Soutien à la parentalité
 - ...

Il est important de renfor-
cer les connaissances
et les compétences

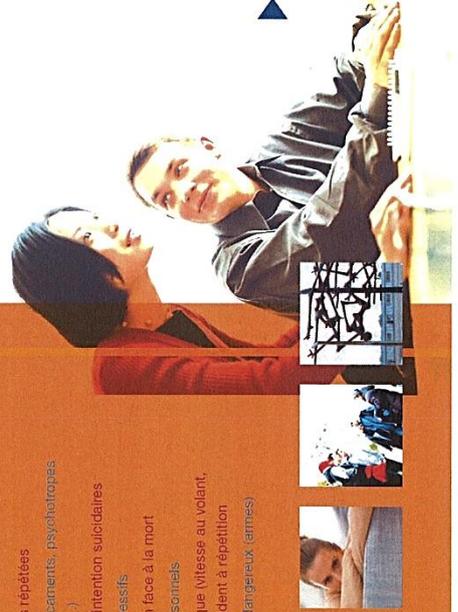
Compétences et postures professionnelles

- Prendre les tentatives de suicide au sérieux
- Faire preuve d'empathie
- Ecouter : inviter la personne à se confier
- Parler très directement avec le jeune de son envie de mourir
- Bannir lieux communs sur le bonheur, morale, jugement, entraînement la culpabilité
- Eviter de se laisser enfermer dans le secret
- Ne pas s'engager au-delà de ses propres possibilités
- S'ouvrir de la situation à d'autres collègues, spécialistes et/ou réseaux
- Savoir orienter
- Etre en capacité d'identifier les structures de soins
- Mieux repérer les signaux d'alerte
- Améliorer le diagnostic et la prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent
- Consolider la formation des praticiens afin de mieux reconnaître et soigner la dépression
- Encourager la formation de tous professionnels à la prévention du suicide
- ...

des professionnels des
domaines éducatif, social,
sanitaire, judiciaire... et
de créer des passerelles
entre ces différents
secteurs et acteurs.

Plus largement, il convient de poursuivre et de renforcer les démarches de prévention, de réduction de l'accès aux moyens létaux, d'évaluation des programmes de prévention, et aussi de développer les actions de postvention...

Source :
 Inspiré des préconisations de l'INPES, du Centre de Prévention du Suicidé (CPS) de Bruxelles, de la Haute Autorité de Santé (HAS)...



« FOCUS Groupes »

Groupes ...

Afin de pallier au manque d'information concernant la santé de ces jeunes adultes, l'étude I-Share, unique au monde, vise à suivre l'état de santé de 30 000 étudiants pendant 10 ans.

Parmi les 4 grands axes pathologiques figure celui de la santé mentale (Université de Bordeaux, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, démarrage avril 2013).



► A savoir :
 Au 1er janvier 2011, l'INSEE estime à 8 millions le nombre de 15/24 ans soit 13% de la population française, dont :
 - 3 sur 4 vivent chez leurs parents,
 - 1 sur 3 sont sur le marché du travail.

Les étudiants

La France compte plus de 2 millions d'étudiants, selon l'étude LMDE¹ : ils sont globalement en bonne santé... Cependant 38 % (au cours des 12 derniers mois) ont éprouvé un sentiment constant de tristesse et de déprime, 20% sont concernés par un trouble dépressif (symptôme plus fréquent chez les étudiants ayant une activité rémunérée). Plus d'un étudiant sur 10 (soit 12%) déclare avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, et 7% ont fait des projets de suicide, soit ont réfléchi de quelle manière ils pourraient mettre fin à leurs jours.

La SMEREP² fait le même constat : bien que 89% des étudiants se disent bien portants, ils sont 66% à être stressés régulièrement, l'altération du sommeil est en constante progression depuis 2009, ils sont 51% à avoir « perdu confiance ou à être sentis sans valeur, bons à rien », et 49% « tristes, déprimés et sans espoir » (pendant une période de plus de 15 jours au cours de l'année écoulée), environ 15% des étudiants ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois³.

La prostitution étudiante

40 000 étudiants se prostituaient en France, dont une majorité d'étudiantes afin de pouvoir poursuivre leurs études. Il s'agit d'une prostitution volontaire, occasionnelle, exercée de manière « indépendante ». Ces étudiants en situation précaire, sont invisibles des services sociaux. Quelles que soient les motivations dont la cause première est le besoin d'argent, la prostitution est le fait de ruptures (principalement sociale et financière, rupture vis-à-vis de la morale familiale, déceptions amoureuses...)⁴. On peut alors se demander quels sont et seront les impacts et répercussions à terme de cette activité prostitutionnelle sur l'individu et sa santé mentale ?

Les jeunes de l'insertion professionnelle, en recherche d'emploi ou sans activité...

Une enquête a été menée en 2010 par un groupe de travail créé par le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'Examens de Santé (CETS) et le Conseil National des Missions Locales à partir d'un auto-questionnaire diffusé auprès de 4 292 jeunes de 16 à 25 ans qui fréquentent les Centres d'examen de santé (Assurance Maladie) ou les Missions Locales. Il s'avère que les jeunes en situation de vulnérabilité sociale (recherche d'emploi, sans activité, insertion professionnelle) ont plus de risque de mal-être et de santé que les jeunes actifs occupant un emploi en CDI.

Beaucoup plus de chômage chez les jeunes actifs : 22% des 15/24 ans
 contre 8% des 25/49 ans

Selon l'INSEE sont scolarisés : 96% des 15/18 ans 51% des 18/24 ans 7% des 25/28 ans



En effet, selon cette enquête, 13 à 16% des jeunes inactifs (étudiants de la formation professionnelle, jeunes en insertion, en recherche d'emploi ou sans activité) ont déjà envisagé sérieusement de se suicider versus 7% chez les jeunes en CDI.

Aussi, 16 à 22% des jeunes inactifs ont déjà fait une tentative de suicide versus 8% chez les jeunes en CDI. Les jeunes en insertion professionnelle, en recherche d'emploi ou sans activité ont 2 fois plus de risque d'avoir fait une tentative de suicide que les jeunes actifs en CDI.

Globalement, la survenue d'un événement grave vécu pendant l'enfance « malade, handicap, dépression, alcoolisme ou accident grave du père ou de la mère » est liée à la perturbation des indicateurs de santé mentale étudiés (souffrance psychologique, violences subies, comportements violents, tentatives de suicide, consommations d'alcool de tabac et de cannabis). Il existe 1,5 fois plus de risque de souffrance psychologique et 2 fois plus de risque de tentatives de suicide parmi les jeunes ayant vécu la maladie des parents ou la rupture avec ces derniers. Les risques de souffrance et les risques de tentatives de suicide sont respectivement 2,5 fois et 3,5 fois plus élevés chez les jeunes qui déclarent avoir vécu une enfance/adolescence « malheureuse »⁵.

Une sursexualité chez les jeunes victimes d'homophobie, de sexisme...

Des « sur-risques suicidaires » liés à l'orientation sexuelle, plus forte chez les hommes que chez les femmes : La prévalence de TS tout au long de la vie a été estimée à 10,8% pour les femmes homosexuelles et à 10,2% pour les femmes bisexuelles, contre 4,9% pour les hétérosexuelles. Dans le cas des hommes, les estimations étaient de 12,5% pour les homosexuels et 10,1% pour les bisexuels, contre 2,8% pour les hétérosexuels.⁶ A noter le poids d'une vie psychique ordonnée dans le secret.

Le fait de grandir dans une culture qui n'est pas bienveillante, voire hostile, vis-à-vis des personnes ne se conformant pas aux stéréotypes de genre (quelle que soit leur orientation sexuelle effective) est une source importante d'anxiété et de stress, pouvant avoir des conséquences graves en termes de comportements suicidaires.

« Plus que l'orientation sexuelle de la personne, ce sont les réactions homophobes de l'entourage et de l'environnement : parents, famille, pairs, normes sociales, milieu professionnel, les représentations de la « virilité » et de la féminité... se traduisant par du mépris, la stigmatisation, le harcèlement voire les agressions qui provoquent perte d'estime de soi et de confiance... et représentent des facteurs de risque suicidaire ».

Sources :
 1) LMDE : Santé et conditions de vie des étudiants, enquête nationale et synrèses régionales, 2012
 2) SMEREP : Etude Santé des étudiants - 2013
 3) E-Coset : La prostitution étudiante à l'heure des nouvelles technologies de communication - Max Mira, 2007
 4) CETA : synthèse des résultats (2010) « bien-être-mal-être ? », mieux vous connaître », décembre 2011
 5) Baromètre Santé 2005

Prévention, prise en charge :

Un aperçu des types de dispositifs et ressources

Une pluralité de dispositifs en Rhône-Alpes avec d'importantes variantes de fonctionnements selon les territoires de santé... A noter que certains établissements offrent, aux jeunes hospitalisés, la possibilité de continuer leurs études...

Le système hospitalier

- Service public (hôpital général/spécialisé), sectorisé
- Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), à but non lucratif
- Etablissements à but lucratif (cliniques...)

Selon les établissements, types de prise en charge :

- Urgences (généralistes et psychiatriques)
- Hospitalisation (Unité spécialisée), Hôpitaux de jour
- Dispositifs spécifiques de prévention des conduites suicidaires et du suicide en milieu hospitalier
- Structures de prise en charge reliées à l'hôpital mais « Hors les murs »

La médecine du travail

La médecine scolaire, la médecine Universitaire
Service Médico-Psychologique Universitaire (SMPLU), Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPFS), les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires (BAPU), Partenariats entre les services de médecine universitaire et les Centres Régionaux des Œuvres Universitaires (CROUS), les Centres locaux des Œuvres Universitaires (CLOUS)... notamment au niveau de l'action sociale.

Professionnels en libéral

- Structures d'accueil et d'écoute**
- Centres Médico-Psychopédagogiques (CMP) [0/20 ans]
 - Centres Médico-Psychologiques (CMP) [Cmp Adultes, Cmp Adolescents]
 - Consultations titulaires pour jeunes (Type Bus Santé)
 - Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) [12/25 ans]
 - Maison des Adolescents (MDA) [pluridisciplinaire]
 - Les Missions Locales
 - Les Mutuelles, Mutuelles étudiantes (pour certaines avec des Points Ecoute du Supérieur)
 - Et autres dispositifs de type : Ecoles des parents Educateurs (EPE), Espace Santé...



Un maillage de structures et réseaux

- Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires (CRPCS), animation de réseaux et soutien aux acteurs départementaux et régionaux engagés dans la prévention des conduites suicidaires
- Spécialisés en prévention du suicide et des conduites suicidaires
- De lutte contre l'isolement et la souffrance psychique
- De lutte contre l'homophobie
- Investis en santé mentale de type :
 - Délégations de l'Union Nationale des Amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)
 - Groupes D'entraide Mutuelle (GEM) (Les personnes atteintes de troubles psychiques, organisent elles-mêmes, au sein de la cité : un partage autour de loisirs...)

Prévention et Aide à distance

- La téléphonie sociale : généraliste ou spécialisée
- Les sites internet : généralistes en santé ou spécialisés
- Auto-information, numéro vert pour consultation, chats, forums, questions/réponses, possibilité d'être rappelé par des professionnels ou des bénévoles formés...

Santé Publique et Territoire

- Dispositif relié à des municipalités :
- Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)
 - Ateliers Santé Ville (ASV)

Événementiel

Certaines manifestations permettent, grâce à leur régularité, de relancer campagnes d'information et de prévention du suicide...
Semaine d'information sur la Santé Mentale - Semaine SISM*, Journées Nationales de la Prévention du Suicide*, Journées UNPS*, Journées mondiales de Prévention du suicide (le 10 septembre de chaque année) *...

AIDES, SOUTIENS...

**Centre Hospitalier
Le Vinatier Psymobile**
Accès aux soins - Intervention au domicile - Soutien de l'entourage
Contact : 06 69 20 66 55

SOS Amitié

Mai être - Déresse - Solitude
Ancey : 04 50 27 70 70
Bourgoin-Jallieu : 04 74 19 28 58
Caluire : 04 78 29 88 88
Grenoble : 04 78 87 22 22
Roanne : 04 77 68 55 55
Saint-Etienne : 04 77 74 52 52
Villeurbanne : 04 78 85 33 33
Voiron : 04 76 93 83 11

*Nous remercions, pour leur soutien, les membres
du Conseil Scientifique du CRPCS et l'ensemble
des acteurs départementaux et régionaux engagés
dans la prévention des conduites suicidaires et du
suicide en Rhône-Alpes.*

© ACJB – CRPCS – 12/2013

Conception graphique : lucesteva.designgraphique@gmail.com - Crédit photo : C.J.B., Fotolia, Luc Estève - Avril 2014

Article, AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, Le suicides des jeunes en France, INJEP - Les fiches repères, 2015, 4 p.



Le suicide des jeunes en France

À l'adolescence, les tentatives de suicide sont nombreuses. Le passage à l'acte suicidaire est bien souvent précédé par des pensées suicidaires qui ne sont pas rares pendant cette période de la vie. La part du suicide dans la mortalité des jeunes est inférieure à 1% avant 15 ans et atteint son maximum entre 25 et 34 ans. C'est pour la classe d'âge des 25-34 ans que l'importance des décès par suicide est la plus forte, relativement aux autres causes de mortalité. L'analyse des réponses aux différentes tensions de la vie montre de fortes disparités selon le genre : la dépression et les tentatives de suicide concernent davantage les femmes ; le suicide accompli et les consommations de produits psychoactifs sont principalement masculins. Cette distinction s'observe dans la quasi totalité des pays européens.

« Se donner la mort » reste considéré comme un acte de transgression absolue qui demeure d'ailleurs toujours condamné par les religions et les morales philosophiques. Le suicide semble a priori essentiellement personnel, lié à des facteurs psychologiques propres à l'individu plutôt qu'à une influence du monde social environnant. Depuis la publication de Durkheim sur le sujet, l'étude du suicide relève aussi du champ de la sociologie. Le suicide interroge l'ensemble de la société lorsqu'il est perpétré par un jeune censé avoir « l'avenir devant lui ». En effet, cet acte est révélateur du mal-être social vécu par les individus, ce qui ne dispense pas de l'étude des facteurs de causalité individuelle abondamment

décrits dans la littérature. Le mal être social peut s'expliquer par un environnement défavorable, comme des conditions économiques éprouvantes (pauvreté, perte d'emploi, perte de logement, chute de revenus, conditions de travail...), des persécutions (politiques, raciales, ethniques, religieuses, sexistes, homophobes...) etc. (Beck *et al.*, 2010).

Données de cadrage sur le suicide des jeunes en France

Chaque année, plus de 10400 personnes se suicident en France (tous âges confondus), près de 600 d'entre elles sont âgées de moins de 25 ans (et environ 1 000 ont entre 25 et

encadré 1

La sous-évaluation du nombre de suicides et de tentatives de suicide

L'ensemble des enquêtes soulignent que l'on estime à environ 9,4 % la sous-évaluation du nombre de suicides en France*. Les statistiques sur les causes de décès souffrent d'une sous déclaration lors de l'enregistrement légal de la cause du décès et l'on dispose rarement d'informations pertinentes sur les raisons du suicide. Pour rendre compte dans son ensemble du phénomène de suicide, il paraît pertinent de prendre également en compte les tentatives de suicide (TS) et les pensées suicidaires. (Beck *et al.*, 2010). En France, les TS ne font pas l'objet d'enregistrement systématique et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital (ce qui serait le cas de 80 % des TS par intoxication médicamenteuse, mais serait moins souvent le cas pour d'autres formes de tentatives n'ayant pas eu recours à un moyen létal). Les limites sont là aussi importantes puisque toutes les TS ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale et que les pratiques divergent d'une région à une autre, notamment lorsque les conséquences de la tentative sont jugées peu graves sur le plan somatique (Beck *et al.*, 2010).

* http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7696



34 ans). Même s'il faut tenir compte des limites de l'estimation de la mortalité par suicide, il est nécessaire de souligner que contrairement à une idée fort répandue, ce n'est pas chez les jeunes que le taux de mortalité par suicide est le plus élevé. Il croît en réalité avec l'âge et touche principalement les adultes de 35 à 54 ans et les personnes âgées. Les 45-54 ans sont les plus touchés par le suicide, ils représentent plus de 22% des suicides, suivis par les 35-44 ans (près de 17% des suicides) et les 55-64 ans (près de 17% des suicides) (source : INSERM, CépiDc, 2010). Étant donné que les décès par maladie sont rares avant 25 ans, le suicide représente à cet âge la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation, soit 16,3% du total des décès.

Les tentatives de suicide et le suicide des jeunes en France

En France, les tentatives de suicide (TS) ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques (encadré 1), toutefois les données fournies par le Baromètre santé 2010 permettent d'éclairer la situation des jeunes. Ainsi, on constate que la prévalence des TS au cours des douze derniers mois varie en fonction du sexe (les femmes plus concernées que les hommes) et de l'âge. Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6 %) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2%), le taux de TS ayant tendance à diminuer avec l'âge (Beck et al., 2011). Et si près d'un jeune sur deux ayant fait une TS est allé à l'hôpital à la suite de sa dernière tentative, on sait par contre que plus d'un tiers des jeunes suicidants n'ont

eu recours ni à une structure ni à un professionnel de santé (INSERM). Enfin notons que l'hospitalisation pour TS concerne quatre fois plus de jeunes femmes que de jeunes hommes. On constate ainsi que si les TS suivent globalement une courbe descendante avec l'âge, c'est l'inverse pour la courbe des taux de mortalité. Le ratio observé entre suicides accomplis et TS augmente avec l'âge.

Globalement, la part du suicide dans la mortalité générale est faible. Pour les hommes comme pour les femmes, elle varie très fortement avec l'âge. Inférieure à 1% avant 15 ans, elle atteint son maximum entre 25 et 34 ans (23% chez les hommes, 18% chez les femmes). Si le nombre absolu de suicides est plus important pour les hommes de 45-54 ans, c'est pour la classe d'âge des 25-34 ans que l'importance des décès par suicide, relativement aux autres causes de mortalité, est la plus forte (Aouba et al., 2009).

Hommes et femmes : des manières distinctes de faire face au mal être

Trois suicidés sur quatre sont de sexe masculin, alors que les rescapés de tentatives de suicide sont des filles dans une proportion inverse. Cette surmortalité masculine s'explique en partie par le fait que les garçons de 15-24 ans, comme les hommes en général, utilisent plus souvent des moyens violents et radicaux (pendaison ou usage d'une arme à feu) (Choquet, 2001).

L'écart des taux de suicide entre les sexes ne provient pas d'une éventuelle immunité féminine, quelle que soit la raison

Tableau 1

Décès par suicide en France entière entre 2005 et 2011

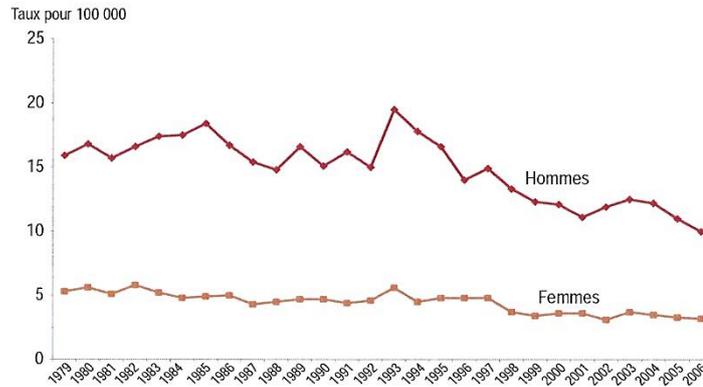
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
5-14 ans (en effectifs) Hommes	20	25	18	20	28	26	27
15-24 ans (en effectifs) Femmes	11	8	7	6	13	18	14
15-24 ans (en effectifs) Hommes	448	410	407	445	415	397	378
5-14 ans (en effectifs) Femmes	131	126	117	112	124	124	130
Ensemble tous âges	10 856	10 569	10 266	10 522	10 644	10 509	10 524

Source : INSERM - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) 2005-2011.



graphique 1

Évolution du taux de mortalité par suicide des 15-24 ans entre 1919 et 2006, selon le sexe



Source : INSERM - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Champ: France métropolitaine

avancée pour expliquer celle-ci. En raison de la socialisation différentielle lors de l'enfance, des places assignées et des rôles attribués aux deux sexes, il provient davantage du fait que chaque genre a sa propre façon de répondre aux différentes tensions de la vie (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008). Autrement dit, la dépression et les TS touchent davantage les femmes, alors que le suicide accompli et les consommations de produits psychoactifs, en particulier l'alcool, sont principalement masculins, ce qui indiquerait que chaque genre emprunte des voies d'expression différentes du mal-être. (Beck *et al.*, 2010.)

Précarité, discriminations, faible estime de soi... les risques de basculement vers des comportements suicidaires

Les déterminants du suicide sont nombreux et la nature des liens est complexe. Toutefois, il est possible de repérer trois facteurs récurrents : les signes d'intentions suicidaires, les manifestations psychiques telles que les troubles anxieux, dépressifs ; la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, drogues illicites) et enfin les conditions de vie (précarité, relations interpersonnelles...).

Les études épidémiologiques ne permettent pas d'établir un profil type du jeune suicidé, mais on observe une sur-représentation d'individus issus de régions rurales et/ou en situation de difficultés socio-familiales. Parmi les principaux facteurs de risque, la revue de la littérature montre qu'il est important de prendre en compte également les indicateurs

suivants : déscolarisation précoce, qualification professionnelle faible, absence d'emploi stable, chômage connu/vécu par des membres de la famille, maladie... mais également la consommation d'alcool, la dépression, le fait d'avoir subi récemment une agression, d'avoir subi des abus ou des violences durant l'enfance, et d'avoir une faible estime de soi. Discriminations, harcèlement, événements douloureux durant l'enfance ou situations de stress économique peuvent donc constituer des facteurs de risque de survenue d'épisodes dépressifs ou de basculement vers des comportements suicidaires. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation, peuvent conduire à une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et les autres.

Une enquête récente met en évidence le fait que par rapport à d'autres types de discriminations, les discriminations homophobes se caractérisent par la faiblesse du soutien familial. La non-conformité de genre peut conduire à une grande détresse qui favorise les symptômes suicidaires, en particulier chez les garçons, groupe confronté à une homophobie avérée. Les jeunes, confrontés aux difficultés liées à la découverte et à la construction de leur identité sexuelle/identité de genre/identité sexuée, sont particulièrement sensibles à l'image que les autres perçoivent d'eux, ce qui fragilise leur estime d'eux-mêmes, sans qu'ils disposent toujours d'un soutien suffisant pour affronter ces questions difficiles à partager avec leurs proches. À ce titre les discriminations dont sont victimes certains d'entre eux peuvent constituer un facteur de risque important dans le passage à l'acte suicidaire (Beck *et al.*, 2010).

La consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, polyconsommations...) aurait un lien avec les pensées suicidaires, les TS et les suicides accomplis ; on sait que leur effet désinhibiteur facilite le passage à l'acte, et que les personnes en détresse peuvent s'autotrainer en y recourant pour atténuer leur souffrance (Beck *et al.*, 2010).

À l'inverse, des liens forts avec la famille, l'écoute et le soutien d'enseignants ou d'adultes, l'engagement dans une relation de couple constituent des facteurs de protection à l'égard du suicide (Beck *et al.* 2010).

Conclusion

L'analyse de la littérature a souligné l'importance des différences hommes/femmes face au suicide, en population générale comme dans la population jeune. Les hommes comme les femmes sont tributaires des places sociales qui leurs sont assignées et la forme de la réponse aux tensions dépend des valeurs propres à chaque sexe. S'attacher au seul sui-

cide comme indicateur de mal-être des individus ou comme révélateur du « bonheur social » et de « l'état de santé » du système social conduit toutefois à une vision partielle et à des conclusions parfois erronées, en particulier dans la comparaison hommes/femmes (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008), et les travaux disponibles soulignent l'imbrication des problématiques rencontrées par les individus.

Le premier rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) insiste d'ailleurs sur une meilleure connaissance des facteurs de risque et une meilleure compréhension du mal être des jeunes notamment sur le « rôle des difficultés vécues dans l'enfance et l'adolescence (violence physique, sexuelle ou psychologique, difficultés familiales, abus de substances toxiques, etc.) sur les comportements suicidaires de ces tranches d'âge, mais aussi tout au long de la vie, en raison des fragilités qu'elles sont susceptibles de générer. » (ONS, 2014, p. 33.)

Yaëlle Amsellem-Mainguy



Bibliographie

- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglu E., « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Études et résultats*, n° 702, septembre 2009 (www.drees.sante.gouv.fr/la-mortalite-par-suicide-en-france-en-2006,4208.html).
- Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre santé*, INPES, 2005.
- Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A., *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire*, Paris, INPES, 2010.
- Beck F., Guignard R., du Roscoät E., Saïas T., « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *BEH. Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 47-48, numéro thématique « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France », décembre 2011 (www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf).
- Chappert J.L., Pequignot F., Pavillon G., Jouglu E., « Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide - Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention », *DREES, série Études*, n° 30, avril 2003.
- Choquet M., *Rapport sur la santé des jeunes 14-20 ans de la PJJ (secteur public) sept ans après*, INSERM pour le ministère de la justice, 2005.
- Cousteaux A.S., Pan Ké Shon J.-L., « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression alcoolique », *Revue française de sociologie*, vol. XLIX, 2008, p. 53-92.
- Mouquet M.C., Bellamy V., « Suicides et tentatives de suicides en France », *Études et résultats*, n° 488, mai 2006 (www.drees.sante.gouv.fr/suicides-et-tentatives-de-suicide-en-france,4433.html).
- Observatoire national du suicide, *Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} rapport/2014*, novembre 2014 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf).



Dossier, De la tentative au suicide chez les jeunes de 10 à 25 ans

Source : <http://www.urps-ml-paca.org/2937/de-la-tentative-au-suicide-chez-les-jeunes-de-10-a-25-ans/>

(dernière consultation le 23/02/16)

L'épidémiologie du suicide des jeunes

Marie Jardin (Observatoire régional de la santé, Paca)

Plus d'1 jeune sur 10 concerné par une souffrance psychologique ou un épisode dépressif caractérisé en Paca

La souffrance psychologique correspond à la présence de symptômes anxieux et dépressifs, plus ou moins intenses et durables, qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles ou résulter d'un trouble psychiatrique. En 2010, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), 14,7 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans ont présenté une souffrance psychologique dans les 4 semaines précédant l'enquête (Baromètre santé de l'I.N.P.E.S 2010 ; 14,4 % en France métropolitaine). Cette souffrance psychologique était deux fois plus fréquente chez les filles (20,4 %) que chez les garçons (9,1 %) au sein de cette classe d'âge.

La dépression constitue un des troubles psychiatriques les plus fréquents. C'est une cause importante de morbidité et de mortalité. Il s'agit notamment d'un des principaux facteurs de risque de suicide. Ce trouble entraîne des répercussions non négligeables sur la vie affective, sociale et professionnelle. En 2010, 11,6 % des jeunes âgés de 12-25 ans en Paca ont présenté un épisode dépressif caractérisé (EDC), un taux plus élevé qu'en France métropolitaine (8,2 %, baromètre santé de l'INPES 2010). Dans 7 cas sur 10, ces cas de dépression étaient d'intensité peu sévère. La fréquence des EDC était 5 fois plus élevée chez les filles (19,5 %) que chez les garçons (3,9 %).

Un recours aux soins particulièrement faible chez les jeunes avec un trouble de santé mentale

En Paca, en 2010, parmi les personnes de tous âges souffrant d'un EDC, près d'une sur deux (48,5 %) a consulté un professionnel ou un service spécialisé ou non (urgences, Centre-Médico-Psychologique, hôpital de jour...) en raison de ses symptômes. Le recours était nettement plus faible chez les 15-25 ans (34,5 %). Ces résultats sont très proches de ceux constatés chez des étudiants entrant à l'université souffrant de dépression en 2008[1].

Les jeunes constituent la classe d'âge la plus à risque de tentative de suicide (TS) et de sa récurrence

En Paca, en 2010, 3,1 % des 15-25 ans ont déclaré avoir eu des idées suicidaires dans les 12 mois précédant l'enquête (3,2 % en France métropolitaine, baromètre santé de l'I.N.P.E.S, 2010). Parmi les jeunes ayant déclaré avoir déjà pensé au suicide, plus de 9 sur 10 ont déclaré avoir imaginé comment se suicider, proportion plus importante que chez les personnes plus âgées.

De plus, 2,3 % des 15-25 ans ont déclaré avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie (baromètre santé de l'I.N.P.E.S, 2010 ; 4,5% en France métropolitaine). La prévalence des TS au cours de la vie était près de 4 fois supérieure chez les filles que chez les garçons (3,6 % contre 1 %, $p < 0,04$). Dans plus de 85 % des cas, les raisons évoquées pour expliquer les TS étaient d'origine sentimentale ou familiale. La prévalence annuelle des TS était plus élevée chez les jeunes que chez les personnes plus âgées, en Paca (0,7 % versus 0,4 % toutes classes d'âge confondues) comme en France (0,7 % versus 0,5 %).

Les jeunes constituent la classe d'âge la plus à risque de récurrence des TS : parmi ceux ayant déjà fait une TS, 42,7 % ont récidivé en Paca, 38,4 % en France métropolitaine (30,8 % toutes classes d'âge confondues en Paca).

Une personne sur 10 a déclaré ne pas avoir eu recours aux soins après sa TS

En 2010, parmi les personnes ayant fait une TS, toutes classes d'âge confondues, 58,7 % d'entre elles ont déclaré avoir consulté à l'hôpital ou avoir été hospitalisées et la moitié (50,7 %) avoir consulté un médecin ou un psychologue. Près de 2 sur 3 (60,1 %) ont parlé de leur geste avec une autre personne qu'un professionnel. Une personne sur 10 (10,6 %) a déclaré ne pas avoir eu recours aux soins pour sa TS.

Une mortalité par suicide qui touche plus les hommes que les femmes

Sur la période 2009-2011, chez les jeunes de 15 à 24 ans, le nombre annuel moyen de suicides en Paca était de 32, dont 20 chez les garçons et 12 chez les filles. Sur la même période, on comptabilisait 778 décès par suicide en moyenne par an en Paca dans la population générale. Le nombre de décès par suicide est nettement plus important chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge : en moyenne sur cette période, 68 % des décès sont survenus chez des hommes (soit 526 décès) et 32 % chez des femmes (soit 252 décès).

En 2009-2011, le taux de mortalité par suicide en Paca chez les 15-24 ans était de 5,6 décès pour 100 000 personnes. Il était inférieur au taux national qui s'élevait à 6,5 décès pour 100 000 personnes âgées de 15 à 24 ans. Le taux de mortalité par suicide était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, en Paca comme en France.

Le suicide, deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans

Sur la période 2009-2011, le suicide représentait 13,7 % de l'ensemble des décès chez les 15-24 ans, 18,5 % chez les 25-34 ans et 1 % de l'ensemble des décès après 65 ans.

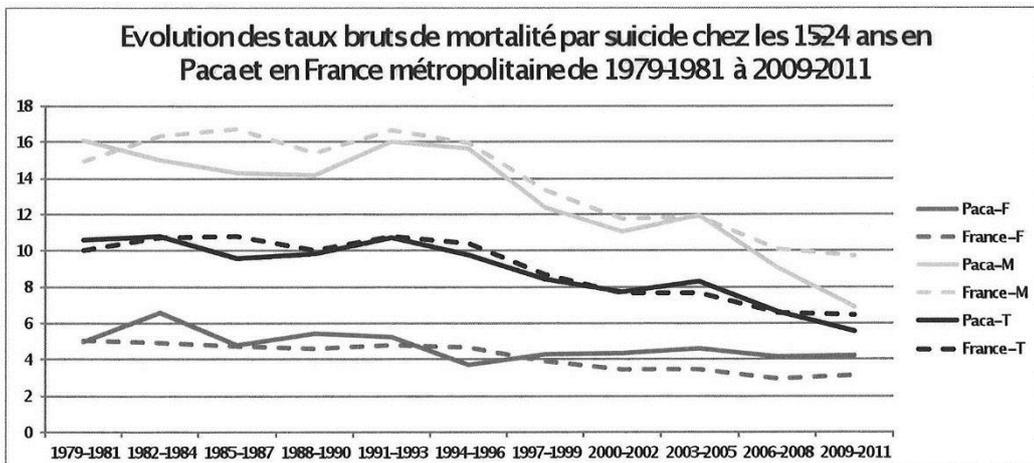
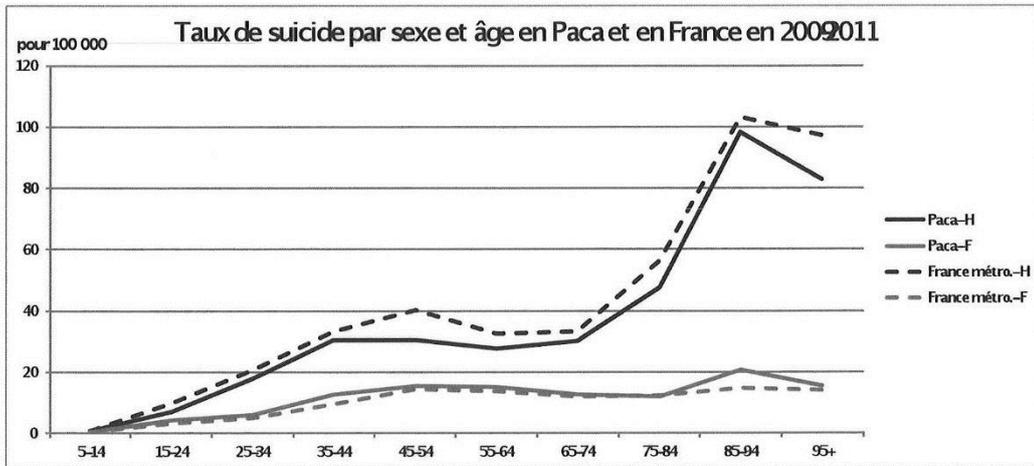
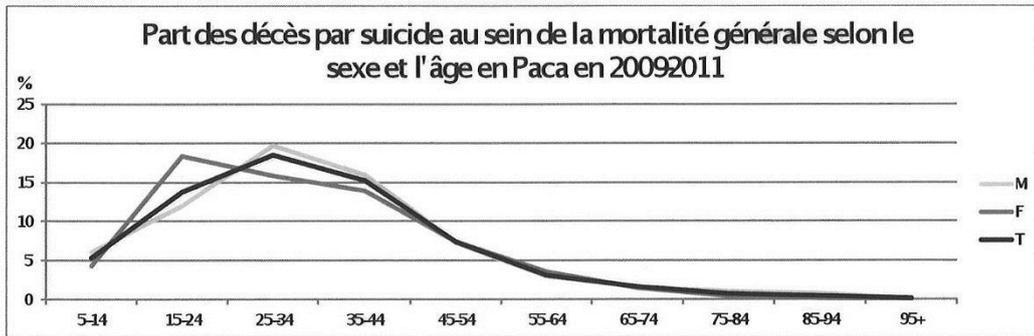
Les suicides représentent ainsi la 2ème cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans en Paca en 2009-2011, après les accidents de transport (33,1 % de l'ensemble des décès dans cette tranche d'âges).

Une tendance globale de la mortalité par suicide à la baisse

Le taux de mortalité par suicide pour les 15-24 ans tend globalement à décroître depuis les années 80 en Paca comme en France. Chez les femmes, on observe une diminution de 1982-1984 à 1994-1996 puis une quasi-stagnation sur la période qui suit jusqu'en 2009-2011. Chez les hommes, des variations sont également observées : une diminution sur la période 1979-1981 à 1988-1990, un accroissement sur la période 1988-1990 à 1991-1993 suivie d'une diminution jusqu'en 2009-2011. Ces variations restent difficiles à interpréter (variations réelles ou liées à l'enregistrement des décès par suicide ?).

[1] Verger, P., et al., Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2010. 45(2): p. 189-99.

Annexes



Les facteurs Prédisposant, Contribuant à une Crise Suicidaire et Précipitant le Suicide

David SOFFER, Psychiatre libéral, médecin coordonnateur du réseau ASMA

Gilbert FABRE, Psychiatre libéral, Président du réseau ASMA

Les idées suicidaires n'impliquent pas systématiquement un passage à l'acte car, face à des événements, le sujet pense à des solutions. Il utilise ses capacités d'adaptation pour les éviter. Si ses idées suicidaires sont persistantes, il va lutter pour éviter la crise et utiliser d'autres pistes : dialoguer, partager, rechercher du soutien etc...

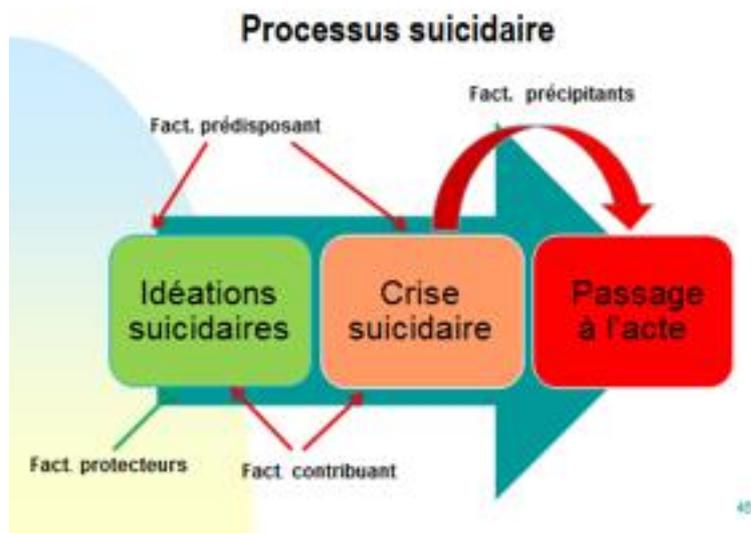
Notre attention doit être ainsi attirée par des indices qui prédisposent parmi lesquels :

- Antécédents de TS personnels ou familiaux
- Antécédents de dépression, de troubles anxieux, de phobies
- Antécédents de maltraitance
- L'impulsivité, la violence

Ou des indices qui contribuent :

- Consommation de toxiques
- Maladies chroniques (DID, PR)
- Trouble de l'identité sexuelle
- Isolement, conduite de rupture

Le Processus Suicidaire



C'est une crise dont le risque majeur est le suicide car l'idée de suicide devient une solution dominante voir la seule solution. Cette crise peut durer quelques minutes à quelques jours.

Un événement précipitant peut précéder le passage à l'acte :

- Échec ou déception scolaire
- Séparation
- Humiliation, sentiment d'injustice ++
- Événements anodins : perte, vol ou suppression du portable, internet

Pour évaluer le risque de passage à l'acte, il faut prendre en compte les facteurs qui vont prédisposer et contribuer à engager l'adolescent dans un processus suicidaire.

Il faut enfin rechercher les facteurs d'urgence c'est à dire évaluer la probabilité et l'imminence d'un geste comme :

- L'intensité de la douleur morale
- Niveau d'impulsivité
- Degré d'intentionnalité : où, quand, comment ?

Il faut enfin rechercher les facteurs de dangerosité comme :

- le moyen envisagé et
- l'accessibilité de ce dernier ++++

Un entretien pour évaluer

Gilbert FABRE, Psychiatre libéral, Président du réseau ASMA

David SOFFER, Psychiatre libéral, médecin coordonnateur du réseau ASMA

L'adolescent est accessible.

Demandeur sans vouloir être aidé, il accepte, souvent par onomatopée de répondre au médecin.

Un climat de confiance peut s'établir et des questions, parfois délicates, être abordées.

Le recours au jeu de rôle aide souvent à décentrer l'adolescent de sujets difficiles qui seront, pour le coup, plus facilement acceptés.

Sans qu'il y ait vraiment une hiérarchie dans les questions, celles-ci permettent progressivement d'évaluer le risque suicidaire en retrouvant les facteurs prédisposant, contribuant, voire précipitant cités dans la page précédente....

Ainsi il est possible de scanner au cours d'une consultation quelques éléments essentiels comme :

- **un simple « Ça Va ? »** qui permet d'avoir une petite idée du moral de l'adolescent et, même s'il est un peu plus disert, de l'idée qu'il a de lui-même, de son estime de soi ...
 - le motif et l'examen clinique associé qui permettent de repérer comment il perçoit la maladie, surtout s'il est **atteint d'une maladie chronique** nécessitant un traitement continu avec des dangers potentiels comme le diabète.
 - **la famille**, comment se situe-t-il par rapport à elle ? Vit-il la relation à sa famille comme stable, rassurante ou est-il en opposition ? Se sent-il compris ? Et y a-t-il quelqu'un dans la famille en qui il peut avoir confiance ? D'ailleurs fait-il facilement confiance ? A-t-il **des amis**, de vrais amis, réels, à l'école, dans le quartier ? Virtuels sur les réseaux sociaux ? Ou est-il isolé, dans sa chambre sans communiquer avec qui que ce soit ?
 - **L'école**, d'ailleurs, y est-il bien ? Arrive-t-il à travailler ? S'y ennue-t-il ? Se moque-t-on de lui ou est-ce qu'il se fait harceler ? Comment est vécu cette école ou son lieu de **formation** ?
 - Les amis ... Mais aussi **les « amours »** sujet sensible, surtout si l'adolescent a une image de soi dégradée ou au contraire s'il s'engage dans une sexualité, à risque car non protégée, débridée ... A-t-il des soucis avec, vit-il mal son **orientation sexuelle** ?
 - Ce qu'il consomme : cannabis, alcool, seul ou avec des « amis » ??
 - **La mort**, le risque de mourir, y pense-t-il ? A-t-il des proches qui sont décédés ? Et s'il y pense lui arrive-t-il de penser à se supprimer ? A-t-il déjà essayé ? Et sait-il comment on y arrive ?
- Ces questions permettent d'écarter ou, au contraire, d'envisager un risque suicidaire tel que défini dans la page précédente.

Selon la tonalité, la précision et la détermination affichée... Il est légitime d'estimer être en présence d'une crise suicidaire, voire de l'imminence d'un passage à l'acte véritable **urgence médicale nécessitant une observation en milieu hospitalier.**

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

Question 1 : impact du suicide sur l'entourage ?

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

- affectif proche, sans nécessité de lien familial ;

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

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

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

Le deuil après suicide

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

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

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

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

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

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

ceux qui restent à leur douleur et à leurs interrogations.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspects du deuil

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

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

Le deuil normal s'articule en quatre phases :

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

Le processus du deuil normal démarre immédiatement après la connaissance du

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

Le deuil difficile

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

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

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

Le deuil compliqué

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le deuil pathologique

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

Particularités des deuils après suicide

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

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

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

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

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

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

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

Recommandation

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

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

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

Propagation de l'onde de choc du suicide :

Dans la famille

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

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

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

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

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

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

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

Les facteurs environnementaux associés au suicide sont :

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

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

Suggestions

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

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

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

Dans les institutions

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

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

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

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

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

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

Recommandations

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

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

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

Impliquer les assurances et les mutuelles.

Favoriser l'articulation entre institutions sanitaires, médico-sociales, associatives :

- au niveau interne, entre professionnels et intervenants en fonction des logiques pour les territoires de santé (régions...) ;
- au niveau d'un territoire de santé : conventions entre institutions sur les thèmes d'information, de formation et d'organisation de suivi ;
- au sein des Agences régionales de santé, le suicide serait un axe prioritaire à aborder en termes de santé publique.

Impact sur l'entourage social

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

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

Cette stigmatisation sociale vient redoubler la culpabilité personnelle.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recommandations

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

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

Exemples d'actions*

Article, DU ROSCOAT Enguerrand, BECK François, Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature, Santé de l'homme, n° 422, 2012-11, pp. 4-6	63
Réseau de prévention et de prise en charge du mal-être et du suicide à l'adolescence	66
Animation du réseau à destination des jeunes...	69
Groupes familles endeuillées par suicide	73
Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides	75
Lutte contre le risque de suicide et l'isolement des jeunes victimes d'homophobie	78
Mobilisation Vauclusienne pour la prévention du suicide	81

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

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

Étude

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

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

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

Analyse et classification des interventions

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

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

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

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

La restriction des moyens létaux

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

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

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

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

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

Les lignes et centres d'appel

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

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

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

La formation des médecins généralistes

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

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

L'intervention en milieu scolaire

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

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

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

L'organisation de la prise en charge

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

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

L'information du public

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

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

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

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

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

Étude

Pistes de réflexion sur l'efficacité des interventions

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

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

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

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

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

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

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

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

Enguerrand du Roscoât
Chargé d'études et de recherche,
François Beck
Chef du département Enquêtes
et analyses statistiques, Inpes.

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

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

Références bibliographiques

- (1) Beck F., Guignard R., du Roscoât E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n° 47-48 : p. 488-492. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf
- (2) Leitner M., Barr W., Hobby L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review. Edinburgh: Scottish government social research, 2008 : 78 p. En ligne : www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/209331/0055420.pdf
- (3) Van der Feltz-Cornelis C.M., Sarchiapone M., Postuvan V., Volker D., Roskar S., Grum A.T., et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2011, vol. 32, n° 6 : p. 319-333. En ligne : psycontent.metapress.com/content/t727415132845581/fulltext.pdf
- (4) Lizardi D., Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 2010, vol. 61, n° 12 : p. 1183-1191. En ligne : ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3920/10ps1183.pdf
- (5) Cusimano M.D., Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention*, 2011, vol. 17, n° 1 : p. 43-49. En ligne : <http://injuryprevention.bmj.com/content/17/1/43.full.pdf+html>
- (6) De Leo D., Carollo G., Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *The American Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 152, n° 4 : p. 632-634.

Réseau de prévention et de prise en charge du mal-être et du suicide à l'adolescence

Titre	Réseau de prévention et de prise en charge du mal-être et du suicide à l'adolescence
Année	2012
Porteur de l'action	Point accueil écoute jeunes Le Passage Type:Association Président : Paul BAGNOL Directeur : Marie-Luce GREGOIRE 99 rue Moricelly, 84200 Carpentras Téléphone : 04 90 67 07 28 Email : pej.lepassage@wanadoo.fr Site : www.paej-lepassage.fr
Action reconduite	oui
Thème(s)	Santé mentale
Coût	19 520 €
Financier(s)	ARS : 1 400 € CAF : CAF + MSA : 3 000 € Collectivités territoriales Communes et intercommunalités : COVE, Pernes : 1 793 € ; Commune de Carpentras : 4 000 € Conseils généraux : Conseil Général 84 Soutien à la Fonction Parentale : 927 € ; CG 84 : 5 700 € Conseil régional : Conseil Régional PACA : 2 700 €
Programme(s)	Programme 3 : Enfants, adolescents, jeunes <i>Objectif</i> : 2. Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique <i>Objectif</i> : 4. Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé
Contexte	Les actions du présent projet, notamment l'animation d'un réseau pluriprofessionnel, ne font pas parties des missions socles du PAEJ telles que définies dans la circulaire DGS/DGAS 2002/145 du 12 mars 2002. Elles correspondent aux orientations du projet associatif et à une réalité territoriale en terme de réponse à un besoin d'animation de réseau autour du mal-être et de la crise suicidaire à l'adolescence.
Objectif(s) de l'action	* Objectif du plan d'action "Enfants, adolescents, jeunes" - Objectif général 2 : Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique - Objectif opérationnel 2C : Développer les instances de prise en charge des tentatives de suicide et diminuer la récurrence de TS ou des crises suicidaires - Objectif 2.C.1. Développer des instances afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge des adolescents - Objectif général 4 : Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé - Objectif opérationnel 4A : Promouvoir des actions d'éducation à la santé * Objectif général - Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique chez les jeunes

Description	<ul style="list-style-type: none"> - Animation et coordination d'une Commission multi-partenariale de professionnels (Commission Technique de Réflexion) impliqués dans la prise en charge des adolescents - Animation de la journée locale de prévention du suicide en lien avec les actions Départementales coordonnées par le CODES de Vaucluse et le Centre Hospitalier de Montfavet - Animation d'ateliers thématiques "Le passage du mois"
Année de départ	2012
Année de fin	2012
Durée	12 mois
Fréquence	Suivie
Public(s)	Préadolescents (10-12 ans) ; Adolescents (13-18 ans) ; Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle) ; Professionnels de santé ; Professionnels du social ; Professionnels de l'éducation ; Parents
Nombre de personnes concernées	140 jeunes, 30 parents, 40 professionnels
Type(s) d'action	Education pour la santé ; Coordination locale ; Consultation ou accueil individualisé de prévention ; Communication, information, sensibilisation ; Accueil, écoute, orientation ; Travail en réseau
Partenaire(s) d'action	Centre Hospitalier de Montfavet / Urgences Psy, Centre de planification du Pôle Santé de Carpentras, CMPA, CMPI, Mission Locale Comtat Venaissin, Centres Sociaux Lou Tricadou et Villemarie, MFR La Denoves, Solidarité, Education Nationale, ADVSEA, Centre Médico Social, UPR, INFREP, UFCV, ACAF-MSA, SPI, SPIP, PJJ (Centre d'Action Educative), PEA l'Etape, CoDES 84, Centre de Planification, Mouvement Français pour le Planning Familial de Vaucluse, CFPPA de Serres, UFCV, Collectif Ariane, CHRS, 115, ETAPS, MFR La Denoves, RESAD 84, REEAP 84, RHESO, Maison des adolescents d'Avignon et du Vaucluse, Cité scolaire JH Fabre, CFA Louis Giraud, Logis des jeunes du Comtat, ITEP 84, CCAS / PRE, Maisons des jeunes et de la culture, Association nationale des points accueil écoute jeunes ANPAEJ, Collèges (Alphonse Daudet, Raspail, JH Fabre), Lycées (Victor Hugo, JH Fabre, Louis Giraud), CHRS, 115, UDAF
Outil(s) et support(s) utilisé(s)	Films ("La souffrance, parler quand on a mal, le suicide, comment peut-on aider ?" ; "Des filles en noir" ; "Sida : se protéger pour protéger les autres"), répertoire local "Mal être, mal de vivre...du coup de blues aux idées noires - Savoir à qui s'adresser" ; Documents / numéros verts ("Mal être" - ESJ Salon de Provence ; "A qui parler quand la vie fait peur à votre enfant ?" - Phare enfants / parents ; "Prévenir le suicide chez les adolescents" - assureurs prévention santé ; "Face à une personne suicidaire chacun peut faire quelque chose" - GRSP / ORS PACA ; "Mal à la vie" - Fil santé jeunes ; "Mémo santé" - Mission locale du comtat Venaissin), Photolangages "Corps, communication et violence à l'adolescence" et "Jeunes et alimentation"
Communication et valorisation de l'action	Présentation en interne et dans les groupes cibles, rencontres avec les services spécialisés/organisations et les institutions (notamment rencontre des élus et

	techniciens qui ont mis en place des permanences de proximité), sites internet du PAEJ et des partenaires, diffusion par les partenaires, réalisation et diffusion d'une plaquette (répertoire) sur les acteurs de la prévention et la prise en charge du suicide
Evaluation de l'action	<p>* Indicateurs quantitatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de jeunes et de parents participants à l'organisation de la journée locale de prévention du suicide : 8 - Nombre de jeunes et de parents participants à la journée locale de prévention du suicide : 38 - Nombre de jeunes et de parents participants à la journée locale de prévention du suicide : 64 - Nombre d'ateliers thématiques mis en place : 3 (suicide, alimentation, SIDA) - Nombre de jeunes différents participants aux séances d'ateliers : 42 - Nombre total de participations jeunes aux séances : 69 - Nombre de jeunes ayant sollicité un entretien individuel au PAEJ : 4 <p>* Indicateurs qualitatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction : ++
Secteur d'activité	Local d'association, Structure d'accueil pour les jeunes
Niveau géographique	Communal
Commune(s) de proximité	Carpentras
Lieu(x) d'intervention	PAEJ « Le Passage », Logis des Jeunes du Comtat, cinéma « Le Rivoli »

Animation du réseau à destination des jeunes...

Titre	Animation du réseau à destination des jeunes et mise en place d'une dynamique de réseau des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge du suicide tout public sur le Pays de Cornouaille
Année	2014
Porteur de l'action	Mutualité Française Bretagne Type:Mutuelles Président : Bertrand LAOT Directeur : Emmanuelle AUDREN 20 Square Louis et Maurice de Broglie, CS 74348 , 35043 Rennes Téléphone : 02 99 67 88 15 Email : accueil@bretagne.mutualite.fr Site : www.bretagne.mutualite.fr
Action reconduite	oui
Thème(s)	Santé mentale
Coût	45 998 €
Financier(s)	ARS : 9 000 €Collectivités territoriales Conseil régional : 8 000 €Fonds propres : 3 998 € & prestations en nature : 25 000 €
Programme(s)	Programme 03 : Schéma Régional de Prévention - La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide <i>Objectif 01:</i> Faciliter toutes les actions qui vont favoriser le lien social, lutter contre l'isolement, améliorer les conditions de travail... <i>Objectif 06:</i> Permettre aux personnes en première ligne de mieux repérer les signes de souffrance psychique et de crise suicidaire : aides à domiciles, enseignants, médecins traitants, DRH, responsables syndicaux, travailleurs sociaux, infirmières, conseillères en éducation sociale et familiale...
Contexte	La Bretagne est une région fortement touchée par le suicide : 64% supérieure à la moyenne nationale. La Mutualité Française Bretagne (MFB) est un acteur de santé publique engagé depuis plusieurs années dans la prévention de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire. En 2000, la DRASS de Bretagne commanditait à la MFB une étude pluridisciplinaire sur la sursuicidité bretonne. Celle-ci comportait un axe de recherche universitaire, réunissant plusieurs champs d'investigation et un axe dit de recherche-action, réunissant un ensemble de professionnels aux savoirs et expériences diverses. Ce montage à deux volets, savoirs universitaires et savoirs professionnels, a permis une prise en compte innovante de cette problématique régionale, aboutissant à une publication de l'étude (Document DRASS-Juillet 2003). Plus concrètement, l'axe de recherche-action mis en place sur chaque département, a permis la constitution de 4 groupes de travail, regroupant pendant un an différents professionnels et bénévoles. Sur plusieurs sites (Landerneau, Quimper, Pontivy, Rennes...) ceux-ci ont souhaité poursuivre leurs travaux. En 2002 et 2003, soutenues par les DDASS locales, ces dynamiques vont donc se « transformer » en véritables groupes d'actions sur un territoire : c'est la naissance des réseaux locaux et collectifs de prévention du suicide animés par la Mutualité.
Objectif(s) de l'action	* Objectifs généraux - Impulser et renforcer une dynamique territoriale et de réseau dans le champ

	<p>de la prévention de la souffrance psychique avec la possibilité de proposer un appui méthodologique (information, formation, mutualisation des outils)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimiser l'accès à la prévention et aux soins des jeunes du pays de Cornouaille <p>*Objectifs spécifiques régionaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolider et accompagner la mise en œuvre de réseaux et collectifs pluridisciplinaire de proximité afin de permettre aux acteurs de première ligne, de mieux repérer les signes de souffrance et de favoriser l'accueil, l'orientation et la prise en charge - Contribuer au renforcement des modalités de coordination et de coopération entre l'ensemble des acteurs (en cohérence avec les objectifs du PRS Bretagne, thématique transversale santé mentale), en prenant en compte les travaux sur les modalités de coordination des acteurs en santé mentale menés à partir de la mission Convergences <p>* Objectifs intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les échanges de pratique et le développement des coopérations entre tous les acteurs de la chaîne de soin - Améliorer les compétences des acteurs de terrain en matière de repérage, orientation et prise en charge des jeunes en souffrance <p>* Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le projet d'élargissement au public Adulte et personnes âgées : créer et renforcer les liens entre les acteurs locaux en développant les échanges, les coopérations et les initiatives communes - Développer une connaissance partagée de la problématique suicidaire et permettre aux acteurs locaux de mieux repérer les signes de la souffrance psychique - Sensibiliser en priorité les acteurs du champs social, médico-social, médical aux problématiques de la souffrance psychique et du suicide et leur permettre d'identifier les ressources présentes sur le territoire aux problématiques de la souffrance et du suicide et leur permettre d'identifier les ressources présentes sur le territoire - Permettre aux personnes en première ligne (professionnels de tout secteur...) de mieux repérer les signes de la souffrance psychique et de crise suicidaire en organisant des temps des formations et des temps de sensibilisation du repérage de la crise suicidaire
<p>Description</p>	<p>Afin de maintenir et d'enrichir la dynamique du réseau, des rencontres mensuelles avec les membres ont été instaurées.</p> <p>Ces différentes rencontres ont vocation à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imaginer et mettre en œuvre des interventions diverses pour les membres du réseau selon les thématiques déclinées par ces derniers avec intervention de personnes ressources - Permettre des rencontres avec les interlocuteurs ciblés du territoire (professionnels de santé, acteurs sociaux, ...) lors des réunions - Organiser une journée de sensibilisation et d'information sur le repérage du mal-être des jeunes à destination d'une centaine d'acteurs de terrain non présents dans le réseau - Favoriser le développement de formations au repérage de la crise suicidaire <p>La MFB souhaite maintenant élargir le public avec la prise en considération de</p>

	<p>le sursuicidité des adultes et personnes âgées. Aussi, pour l'élargissement du public cible, les étapes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier et mobiliser les acteurs du réseau et les ressources locales à destination des adultes et personnes âgées - Définir les modalités de fonctionnement des deux nouveaux groupes de travail, l'un à destination du public adulte (jusqu'à 60 ans) et un à destination des personnes âgées - Création d'un comité de pilotage constitué de partenaires couvrant les populations Jeunes, Adultes et Personnes âgées. - Améliorer les actions ou créer des projets en fonction des besoins repérés sur le territoire - Définir et mettre en place des actions collectives - A moyen terme, instaurer des rencontres entre les groupes de travail sur des thématiques communes <p>Le réseau s'organisera ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un comité de pilotage - 3 groupes populationnels : jeune, adulte, personne âgée <p>* Réactualisation du site Internet : dans l'atelier «Outils»
 * Mise à jour du guide/répertoire des acteurs de prévention du suicide sur le Pays de Cornouaille</p>
Année de départ	2014
Année de fin	2014
Durée	12 mois, de janvier à décembre 2014
Fréquence	Suivie
Public(s)	<p>Préadolescents (10-12 ans) ; Adolescents (13-18 ans) ; Adultes 18-55 ans ; Professionnels de santé ; Professionnels du social ; Professionnels de l'éducation ; Autre</p> <p>Professionnels et bénévoles intervenant auprès des jeunes, adolescents de 12 à 18 ans, et les jeunes adultes de 19 à 29 ans</p>
Nombre de personnes concernées	100 (valeur réalisée)
Type(s) d'action	Travail en réseau ; Production, analyse ou valorisation d'outil ; Communication, information, sensibilisation
Partenaire(s) d'action	<p>Partenaires du réseau : ARS, Mutualité Française Bretagne, Mutualité Sociale Agricole, Pays, collectivités, associations d'entraide et d'écoute, Centres Hospitaliers, Etablissement Public de Santé Mentale, Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes, Mission locale, Inspection Académique, Direction Départementale de la Cohésion Sociale, Conseils Général et Régional, Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé, Gendarmerie, Maison des Adolescents, ...</p> <p>Les autres acteurs à mobiliser : tous les acteurs concernés par la problématique de la souffrance psychique et du suicide, c'est-à-dire : professionnels des secteurs de la santé, social, collectivités, milieux du travail, services de santé au travail, pompiers, gendarmerie, police, associations d'entraide et d'écoute, Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi, Pôle Emploi,...</p>
Outil(s) et support(s) créé(s)	Guide/répertoire des acteurs de prévention du suicide sur le Pays de Cornouaille
Evaluation de l'action	<p>*Indicateurs quantitatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de bénéficiaires : 100 (valeur cible), 100 (valeur réalisée) - Nombre d'acteurs mobilisés : au moins 10 structures différentes représentées au sein du réseau (valeur cible), 6 structures (valeur réalisée)

Secteur d'activité	Autres secteurs / actions relatives à des secteurs d'activités de façon non spécifique, Local associatif
Niveau géographique	Territorial
Commune(s) de proximité	Quimper
Autre(s) territoire(s)	Pays de Cornouaille
Lieu(x) d'intervention	L'espace associatif à Quimper pour les réunions concernant la population Jeune et la formation de 2 jours

Groupes familles endeuillées par suicide

Titre	Groupes familles endeuillées par suicide
Année	2014
Porteur de l'action	Recherche et Rencontres Type : Association Président : Mme Colette OLIVAUX Directeur : Mme Martine METIVIER 23 rue Adolphe Moitié, 44000 NANTES Téléphone : 02 40 08 08 10 Email : rranantes@wanadoo.fr Site : http://www.recherche-rencontres.org/
Action reconduite	oui
Thème(s)	Santé mentale
Coût	11 897 €
Financier(s)	ARS : 10 000 €Autre : 1 897 €
Programme(s)	Programme 03 : Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie
Contexte	Le suicide d'un proche est un facteur de fragilité pour l'entourage. L'accompagnement des personnes endeuillées est un facteur clé de la prévention du suicide.
Objectif(s) de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir l'entourage traumatisé par un suicide - Permettre l'expression d'une souffrance extrême - Valoriser les capacités de soutien mutuel - Prévenir les risques de deuil pathologique d'autres actes suicidaires
Description	<ul style="list-style-type: none"> - Groupes de parole, d'échange et de soutien mutuel rassemblant à leur demande, sur inscription et engagement préalables, des personnes, membres de différentes familles traversant une épreuve traumatique semblable soit la perte d'un très proche par suicide - Chaque groupe, composé de 10 à 12 personnes, se rencontre en séances de 2 à 3 heures, 1 soirée tous les 15 jours, pendant 5 à 6 mois. - Des séances de reprises de contact et de lien sont proposées 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an après la fin d'un groupe et/ou à la demande des anciens groupes formés, ponctuellement - Des entretiens individuels sont proposés avant la mise en place des groupes pour présentation et préparation de l'entrée dans le groupe, et plus tard, éventuellement à la demande, après la fin des groupes
Année de départ	2014
Année de fin	2014
Durée	12 mois
Fréquence	Suivie

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

Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides

Titre	Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides - La Chrysalide
Année	2014
Porteur de l'action	Centre Familial Charles Vincent Type : Association Président : Suzanne AVON Directeur : Ahmed ESSAYAH 9 boulevard Guynemer, 06400 Cannes Téléphone : 04 93 39 12 89 Email : centre-charles-vincent@wanadoo.fr
Action reconduite	oui
Thème(s)	Santé mentale
Coût	47 536 €
Financier(s)	ARS : 10 000 €Autre : Logirem : 2 200 €Collectivités territoriales Communes et intercommunalités : Contrat enfance : 4 000 € ; Le Cannel : 1 000 € Conseils généraux : Alpes Maritimes : 4 336 € Conseil régional : PACA : 10 000 €Etat Autre : ACSE : 10 000 €Politique de la ville : 6 000 €
Programme(s)	Programme 3 : Enfants, adolescents, jeunes <i>Objectif 2: Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique</i>
Autres programmes ou dispositifs	CUCS
Contexte	Le mal être, la souffrance psychique touchent particulièrement les jeunes. Le taux de suicide chez les adolescents est élevé. L'association proposait ce service aux adolescents de 12 à 25 ans. Face à une demande grandissante du public (de tout âge) mais aussi des établissements scolaires des quartiers prioritaires, où la psychologue intervient déjà en faisant des permanences, le créneau horaire a été intensifié, ainsi que la tranche d'âge qui a été élargie.
Objectif(s) de l'action	* Objectif du plan d'action "Enfants, adolescents, jeunes" - Objectif général 2 : Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique - Objectif opérationnel 2A : Développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement - Objectif 2.A.3. Assurer le premier accueil des jeunes en souffrance psychique - Objectif opérationnel 2B : Informer les parents de facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés - Objectif 2.B.1. Informer les parents des facteurs de risques repérables

	<ul style="list-style-type: none"> * Objectifs généraux - Prévenir et dépister les signes de souffrances psychologiques - Identifier les dysfonctionnements familiaux
Description	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels : 6h le mercredi, 4h le vendredi après-midi, 2h le jeudi après-midi - Ateliers collectifs : théâtre, art thérapie (activités manuelles, artistiques, collage, peinture, argile, musicothérapie) - Permanences psychologiques sur le lieu d'accueil de la Frayère, à Cannes La Bocca - Entretiens avec les parents « soutien parental » : informations et communication sur facteurs de risques - Permanences dans des établissements scolaires
Année de départ	2014
Année de fin	2014
Durée	12 mois
Fréquence	Suivie
Public(s)	Enfants (2-5 ans) ; Enfants (6-9 ans) ; Préadolescents (10-12 ans) ; Adolescents (13-18 ans) ; Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle) ; Adultes 18-55 ans ; Parents ; Etudiants, apprentis ; Personnes en difficulté socio-économique
Nombre de personnes concernées	350 personnes (prévisionnel)
Type(s) d'action	Consultation ou accueil individualisé de prévention ; Communication, information, sensibilisation ; Accueil, écoute, orientation ; Travail en réseau
Partenaire(s) d'action	CMP infanto-juvéniles, Collèges et lycées, Infirmiers scolaires, CAMPS, PMI, SPI, Espace Santé Jeunes, Centre social Ranguin
Outil(s) et support(s) utilisé(s)	Matériel d'activités manuelles, affiches, flyers, revues et documents d'information
Communication et valorisation de l'action	Présentation en interne, dans les groupes cibles, aux institutions (CAF, Etat, référent ARS, Ville) ; Articles de journaux (Cannes Soleil, Nice Matin) ; Sites internet FNEPE, Ville de Cannes, réseau parent 06
Evaluation de l'action	<ul style="list-style-type: none"> * Indicateurs quantitatifs - Nombre d'entretiens individuels et familiaux - Nombre de personnes reçues - Nombre de séances de médiation artistique - Nombre des participants - Nombre des Permanences des établissements scolaires <ul style="list-style-type: none"> * Indicateurs qualitatifs - Satisfaction des publics

Secteur d'activité	Etablissement scolaire collège, Etablissement scolaire lycée, Etablissement scolaire maternelle et primaire, Local d'association, Structure d'accueil pour les jeunes
Niveau géographique	Communal
Commune(s) de proximité	Cannes
Lieu(x) d'intervention	Cannes Centre, Prado république, Cannes la Bocca, Frayère - Ranguin : Locaux de l'association et établissements scolaires

Lutte contre le risque de suicide et l'isolement des jeunes victimes d'homophobie

Titre	Lutte contre le risque de suicide et l'isolement des jeunes victimes d'homophobie
Année	2014
Porteur de l'action	Association Nationale Le Refuge Type:Association Président : Nicolas NOGUIER Directeur : Frédérique GAL 20 Rue Francis DAVSO, 13001 Marseille Téléphone : 09 53 74 88 01 Email : marseille@le-refuge.org ; le-refuge@le-refuge.org Site : www.le-refuge.org
Action reconduite	oui
Thème(s)	Conduites addictives, Santé mentale, Sexualité (contraception, IVG)
Coût	34 500 €
Financier(s)	ARS : 30 000 € Fonds propres : 4 500 €
Programme(s)	Programme 3 : Enfants, adolescents, jeunes <i>Objectif 2: Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique</i>
Contexte	Les équipes pluridisciplinaires, bénévoles et professionnels constatent le besoin de prévention du mal être chez les jeunes homosexuels, des prises de risques et des tentatives de suicide. Des études étrangères avaient établi une surmortalité suicidaire chez les homosexuels, 13 fois plus élevée que dans la population générale. En France, une étude montre que les homosexuels âgés de 16 à 39 ans ont 13 fois plus de risques de faire une tentative de suicide que les jeunes hétérosexuels. La délégation Marseille-PACA de l'Association Nationale Le Refuge est confrontée à une demande croissante provenant de jeunes de la région PACA, en situation d'errance ou connaissant des conditions d'habitat précaire (hébergement par un tiers, en CHRS, etc.).
Objectif(s) de l'action	* Objectif du plan d'action "Enfants, adolescents, jeunes" - Objectif général 2 : Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique - Objectif opérationnel 2A : Développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement - Objectif 2.A.2 : Poursuivre le développement des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique - Objectif 2.A.3. Assurer le premier accueil des jeunes en souffrance psychique - Objectif opérationnel 2C : Développer les instances de prise en charge des tentatives de suicide et diminuer la récurrence de TS ou des crises suicidaires

	<ul style="list-style-type: none"> - Objectif général 4 : Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé - Objectif opérationnel 4A : Promouvoir des actions d'éducation à la santé - Objectif opérationnel 4C : Soutenir la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens entre parents, enfants et institutions - Objectif général 5 : Promouvoir des actions pour améliorer la vie affective - Objectif opérationnel 5A : Développer des actions d'éducation à la santé affective et sexuelle - Objectif 5.A.2. : Développer des formations-actions auprès des professionnels au contact des jeunes ou des étudiants à l'échelle d'un territoire <p>* Objectifs opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le repérage précoce des jeunes en détresse et orienter vers des services spécialisé - Assurer le premier accueil des jeunes en difficulté sociale - Favoriser l'expression d'un besoin d'aide ou de soins par un accueil et une écoute du public - Assurer un soutien psychologique régulier (hebdomadaire et plus) à des jeunes qui présentent une détresse psychologique - Favoriser l'insertion socioprofessionnelle et le bien-être par un accompagnement social et psychologique - Favoriser le retour au bien-être par la réalisation de promotion de la santé - Sensibiliser les partenaires et le grand public aux conséquences du mal-être lié à l'homophobie
Description	<ul style="list-style-type: none"> * Réalisation de permanences d'accueil (5h/semaine), ouvertes aux jeunes exprimant des difficultés liées à leur sexualité ou leur identité de genre * Réalisation d'entretiens individuels par l'éducatrice spécialisée-coordinatrice et la psychologue : identification des freins sociaux et psychologiques à l'accès aux soins ; retour à l'estime de soi * Formation et analyse des pratiques de l'équipe bénévole * Réalisation d'ateliers collectifs d'éducation à la santé autour des IST/VIH/hépatites * Construction d'un réseau partenarial autour du mal-être lié à l'homophobie et à la prise en charge des tentatives de suicide * Animation d'ateliers de sensibilisation au mal-être lié à l'homophobie, destinés aux professionnels du territoire PACA
Année de départ	2014
Année de fin	2014
Durée	12 mois
Fréquence	Répétitive

Public(s)	Adolescents (13-18 ans) ; Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle) ; Professionnels de santé ; Professionnels du social ; Homosexuels Personnes avec risques psychiques
Nombre de personnes concernées	une centaine de personnes (prévisionnel)
Type(s) d'action	Soutien aux équipes ; Prise en charge sociale ; Formation ; Education pour la santé ; Coordination locale ; Consultation ou accueil individualisé de prévention ; Communication, information, sensibilisation ; Travail en réseau ; Accueil, écoute, orientation
Evaluation de l'action	<p>* Indicateurs quantitatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes accueillies - Nombre de personnes réorientées vers des structures partenaires - Nombre d'entretiens réalisés - Nombre d'ateliers réalisés - Nombre de partenaires rencontrés - Nombre de conventions de partenariat signées <p>* Indicateur qualitatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation par le trio bénéficiaire/travailleuse sociale/psychologue de l'avancée des situations - Satisfactions du public
Secteur d'activité	Autre, Etablissement et service médico-sociaux pour personnes en difficultés spécifiques, Local d'association
Niveau géographique	Communal
Commune(s) de proximité	Marseille
Lieu(x) d'intervention	Locaux d'accueil de jours, cabinet de la psychologue, structures des partenaires, appartements relais

Mobilisation Vauclusienne pour la prévention du suicide

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

	<p>niveau local et sur l'ensemble du département sur ces questions de santé mentale et de prévention du suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborder publiquement le phénomène du suicide et susciter une réflexion sur les différentes facettes de ce phénomène auprès d'un large public
Description	<p>* Mobilisation des institutions et associations départementales sur la question de la prévention du suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des partenaires ayant déjà participé à l'organisation des rencontres - Invitation de nouveaux acteurs - Organisation et animation du comité de pilotage départemental pour la préparation de la journée nationale de prévention du suicide de 2012 - Elaboration d'un support de communication commun aux membres du comité de pilotage qui renforce le partenariat des acteurs engagés - Elaboration et distribution d'un questionnaire d'évaluation destiné à l'ensemble des partenaires et relais de l'organisation des rencontres - Organisation d'une réunion du comité de pilotage pour faire le bilan des manifestations de 2011 et proposer des perspectives pour les journées de prévention du suicide de 2012 <p>* Partenariat entre acteurs issus de différentes structures au niveau local et sur l'ensemble du département</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapprochements entre partenaires souhaitant travailler sur un même aspect du suicide et/ou un même public et/ou une même zone géographique - Soutien à la préparation et à la mise en œuvre de manifestations locales dans le cadre des Rencontres <p>* Actions Grand Public</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposition de manifestations et de temps d'échanges et de débats largement ouverts au public, sur l'ensemble du département - Proposition d'environ 15 manifestations abordant le phénomène suicidaire sous différents angles (aspects sociologiques, psychologiques, économiques, souffrance psychique liée au travail, prévention, prise en charge, etc.) et selon différentes modalités. <p>Exemples : vidéos-débats sur les questions du mal-être et de l'intention suicidaire à l'adolescence, journée d'atelier en direction des professionnels sur le thème « adolescence, mal-être et suicide », rencontre avec les professionnels hospitaliers autour des Risques Psychosociaux, après midi d'informations et d'échanges sur les liens entre homosexualité, homophobie et suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion du programme des Rencontres pour la prévention du suicide 2012 auprès du grand public et des publics auxquels s'adressent plus spécifiquement certaines manifestations - Communication auprès des médias (radio et presse écrite) - Elaboration d'un questionnaire d'évaluation auprès du public participant à chacune des manifestations
Année de départ	2011
Année de fin	2012
Durée	10 mois, de septembre 2011 à juin 2012

Fréquence	Suivie
Public(s)	Tout public ; Professionnels de santé ; Professionnels du social ; Professionnels de l'éducation ; Autre profession
Nombre de personnes concernées	1000 personnes (prévisionnel)
Type(s) d'action	Coordination locale ; Communication, information, sensibilisation ; Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation
Partenaire(s) d'action	DIRECCTE PACA, CHS Montfavet, Sos Amitié, Le Passage à Carpentras, Association Clic Présage, La Maison Bonhomme d'Apt, La Cappa d'Apt, Mairie d'Apt, Conseil Général de Vaucluse, DDASS Vaucluse, CARSAT SE, MSA, Inspection Académique de Vaucluse, DRASS Paca, CH Valréas, La vie en Rose 84, SOS Obèses, Phare enfants parents, CMP d'Avignon, Orange, Avapt, Advsea, ANPAA, LGBT
Outil(s) et support(s) utilisé(s)	Documentation de prévention
Communication et valorisation de l'action	Diffusion dans la presse, site internet du CoDES 84
Evaluation de l'action	<p>* Indicateurs quantitatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions de comité de pilotage - Nombre de partenaires présents - Nombre de plaquettes de présentation diffusées - Nombre de documents d'information diffusés - Nombre de manifestations organisées sur la base d'un partenariat - Nombre de localités dans lesquelles une manifestation a été organisée <p>* Indicateurs qualitatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type de structures partenaires - Diversité des thématiques abordées - Atteinte des objectifs - Réalisation bilans et comptes-rendus des réunions - Satisfaction des publics
Niveau géographique	Départemental, Territorial
Commune(s) de proximité	Avignon
Territoire(s) de proximité	Cavaillon, Avignon, Orange-Valréas, Carpentras, Apt
Département(s)	Vaucluse
Lieu(x) d'intervention	CoDES 84, centre hospitalier de Montfavet, divers lieux du département

Sélection bibliographique[†]

Le suicide : concept et épidémiologie

Rapport

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

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

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

Rapport

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

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

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

Ouvrage

DEBOUT Michel, CLAVAIROLY Gérard, **Le suicide, un tabou français**, Editions Pascal, 2012, 189 p.

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

Article

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

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

Aspects psycho-sociaux

Rapport

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle, **Le suicide des jeunes en France**, INJEP, 2015-01, 4 p.

Ce document fait partie de la collection des fiches repères de l'Injep, ensemble de synthèses sur les problématiques des jeunes. Il présente des données de cadrage sur le suicide des jeunes en France. La part du suicide dans la mortalité des jeunes atteint son maximum entre 25 et 34 ans. De fortes disparités sont pointées selon le genre : la dépression et les tentatives de suicide concernent davantage les femmes, le suicide accompli et les consommations de produits psychoactifs sont principalement masculins.

http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/FR30_Suicide.pdf

Rapport

Focus sur la prévention des conduites suicidaires et du suicide chez les jeunes 12/25 ans, Centre Jean Bergeret, ARS Rhône-Alpes, 2014-04, 9 p.

Cet outil d'information est destiné aux professionnels de première ligne exerçant dans le médico-social, l'éducatif, la justice. Il permet d'avoir des clés de compréhension concernant les conduites suicidaires et le suicide chez les 12-25 ans. Il offre un aperçu sur les données épidémiologiques, les facteurs de risques, de protection et les signaux d'alerte et les différents types de dispositifs de prise en charge et de prévention.

Rapport

PAUGAM Serge, DOLTO-TOLITCH Catherine, **Écoutons ce que les enfants ont à nous dire. Adolescents en France : le grand malaise. Consultation nationale des 6-18 ans 2014**, UNICEF, 2014, 60 p.

Pour la deuxième année consécutive, l'UNICEF France a mené une étude d'une ampleur exceptionnelle auprès des 6-18 ans. Le rapport issu de cette étude fait ressortir le cumul des inégalités vécu par les enfants en situation de privation et le malaise grandissant entre l'enfance et l'adolescence. Il pointe en particulier les dimensions de la souffrance ressentie par certains enfants et analyse les questions du suicide et des conduites à risque chez les adolescents.

http://www.unicef.fr/userfiles/Consultation_2014.pdf

Ouvrage

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

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

Ouvrage

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

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

Article

FIRDION Jean-Marie, BECK François, LEGLEYE Stéphane (et al.), **Des risques suicidaires plus élevés parmi les minorités sexuelles**, Santé de l'homme, n° 409, 2010-09, pp. 4-6
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-409.pdf>

Ouvrage

BECK François, FIRDION Jean-Marie, LEGLEYE Stéphane (et al.), **Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives**, Editions INPES, 2010, 110 p.
Cet ouvrage fait le point sur plus de dix ans de recherche et d'études, dans le monde et en France, sur le risque suicidaire parmi les jeunes des minorités sexuelles et ceux qui se questionnent sur leur identité sexuelle. Il est destiné à sensibiliser les professionnels en contact avec les jeunes, qu'ils viennent des champs éducatif, sanitaire, social ou judiciaire sur les phénomènes spécifiques que sont l'homophobie, la lesbophobie, la transphobie, tout en soulignant leur lien avec une autre discrimination fondamentale : le sexisme. [Résumé Inpes]
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf>

Ouvrage

ALVIN Patrick, **L'envie de mourir, l'envie de vivre. Un autre regard sur les adolescents suicidants**, Doin, 2009, 216 p.
Cet ouvrage précise comment mettre en œuvre une approche clinique et thérapeutique des adolescents suicidants. Destiné aux médecins et aux professionnels de la santé confrontés aux tentatives de suicide d'adolescents, il insiste sur la globalité de leur prise en charge. Empli à la fois de réflexions théoriques et de témoignages d'adolescents, ce livre démonte certaines idées reçues. Il propose à titre d'exemple le programme de prise en charge des adolescents suicidants à Bicêtre et ouvre des pistes pour améliorer le dépistage transversal en pratique généraliste.

Rapport

Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Les recommandations, Fédération française de psychiatrie, 2009, 32 p.
Ces recommandations s'insèrent et soutiennent la partie du Plan national de prévention du suicide qui concerne l'entourage des défunts. Le document aborde notamment l'impact du suicide sur l'entourage, les modalités de compréhension des suites du suicide, ainsi qu'un état des lieux des interventions et des pratiques de soutien à proposer.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/recoEndeuilles.pdf>

Ouvrage

GRANIER Emmanuel, **Idées noires et tentatives de suicide**, Odile Jacob, 2006, 334 p.
Cet ouvrage destiné au grand public apporte des idées pratiques pour soutenir une personne dépressive et ayant des idées suicidaires. La première partie aide à comprendre le geste suicidaire, tandis que les deuxième et troisième parties proposent de parler et de soutenir. Enfin la dernière partie traite plus spécifiquement des tentatives de suicide chez les adolescents.

Ouvrage

BAUDELLOT Christian, ESTABLET Roger, **Suicide, l'envers de notre monde**, Seuil, 2006, 263 p.
Cet ouvrage propose une analyse des causes sociologiques du suicide dans différents pays. Ce livre traite des facteurs de risque pour le passage à l'acte : le chômage, les inégalités sociales, l'absence de reconnaissance et l'exclusion. (non disponible au CoDES 84)

Ouvrage

POMMEREAU Xavier, **L'adolescent suicidaire**, Dunod, 2005, 268 p.

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les moins de 25 ans en France ; chaque année, 40 000 adolescents et post-adolescents sont hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide. Cet ouvrage, actualisé pour sa troisième édition, permet de mieux comprendre qui sont les jeunes suicidaires en précisant notamment les causes et les conséquences de la souffrance psychique, et comment les aider à sortir, avec leurs proches, de l'impasse dans laquelle ils se trouvent. Il insiste sur les signes de repérage précoce du risque suicidaire et à la nécessité de développer des structures spécifiques de prise en charge. (non disponible au CoDES 84)

Ouvrage

LADAME François, **Les tentatives de suicide des adolescents**, Masson, 2000

(non disponible au CoDES 84)

Les exemples d'actions et la prévention

Rapport

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

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

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

Rapport

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

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

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

Rapport

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

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

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

Rapport

TANDONNET Louis, BRIDIER François, NOUYRIGAT Emmanuel, **Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique**, HAS, 2014-11, 274 p. Ce rapport accompagne le texte des recommandations de bonne pratique sur le diagnostic et la prise en charge des troubles dépressifs de l'adolescent en soins de premier recours. Après un tour d'horizon des différentes formes de dépressions à l'adolescence, il présente les modalités de prise en charge somatique et psychothérapeutique.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf

Rapport

BRIDIER François, TANDONNET Louis, NOUYRIGAT Emmanuel, **Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations**, HAS, 2014-11, 40 p.

Les objectifs principaux de cette recommandation de bonne pratique (RBP) sont de repérer les manifestations dépressives et mieux identifier l'épisode dépressif caractérisé (EDC) ; d'instaurer des soins adaptés à l'intensité, aux caractéristiques de la manifestation dépressive et à la situation singulière ; de mieux orienter vers les soins spécialisés si nécessaire ; de repérer les comorbidités et de prévenir les complications des manifestations dépressives. Le champ de cette RBP concerne essentiellement les soins primaires, et en particulier le rôle du médecin généraliste.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf

Article

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

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

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

Article

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

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

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

Ouvrage

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

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

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

Rapport

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

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

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

Ouvrage

BENNEVAULT Béatrice, BERDAH Sylvain, BRIDIER François (et al.), **Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants du service social de l'éducation nationale**, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013-10, 32 p.

Ce guide a été réalisé par le Collège national de pédopsychiatrie de la Fédération française de psychiatrie (FFP-CNPP) à la demande de la Direction générale de santé (DGS). Il est principalement destiné aux infirmiers et assistants de service social de l'Éducation nationale qui sont des personnels référents en matière de santé psychique dans le cadre scolaire. Le présent document a pour objectif principal d'apporter des éléments d'information et d'analyse susceptibles, dans un but préventif et thérapeutique, de permettre un repérage précoce des signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents et de faciliter leur prise en charge. Cet objectif se décline en quatre grands axes : susciter le dialogue et inciter à mettre en œuvre une réflexion pluridisciplinaire sur les conduites à tenir au sein des établissements d'enseignement ; permettre une meilleure appréciation des situations et de leur degré de gravité ; réduire le mieux possible les délais pour un recours spécialisé ; renforcer et consolider les collaborations entre personnes ressources de l'Éducation nationale, le secteur sanitaire et les équipes de soins spécialisés.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf

Article

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

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

Rapport

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

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

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

Rapport

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

Ce document sur la promotion de la santé mentale dans le domaine de la dépression et du suicide fournit une série de recommandations sous la forme d'indicateurs de bonnes pratiques pour aider les professionnels/collectivités à élaborer/évaluer des programmes de formation de qualité pour les professionnels en promotion de la santé mentale dans le domaine du suicide et de la dépression. Ils peuvent également être utilisés pour une formation lors de la mise en place de projets locaux sur des thèmes spécifiques de la promotion de la santé mentale : par exemple lorsque les utilisateurs de formation sur la promotion de la santé et du bien-être au travail se retrouvent dans le cadre d'une série de suicides liés au travail.

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

Actes

DELORME R., STORDEUR C., FOUILLET M., **Risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent et attitudes médicales face à ce risque**, 2012-09, pp. 405-410

L'objectif de cette étude est d'explorer la prévalence et les caractéristiques cliniques des suicidants âgés de moins de 18 ans se présentant aux urgences pédiatriques, en s'intéressant tout particulièrement au moins de 12 ans. Chez les enfants de moins de 12 ans, les tentatives de suicide sont caractérisées par une plus grande létalité, une moindre intentionnalité, une plus grande diversité des moyens utilisés : les intoxications médicamenteuses volontaires ne sont pas majoritaires dans cette tranche d'âge. [Résumé de l'auteur]

Ouvrage

VILAFRANCA Rosa-Maria, CETTOUR Denis, VAUR Philippe (et al.), **Prévention du suicide mode d'emploi. Une approche pluridisciplinaire pour la prévention du suicide des jeunes**, Association Christophe, 2012, 221 p.

Cet ouvrage, qui fait partie d'une mallette pédagogique, est nourri des réflexions et de l'expérience de spécialistes du suicide et de sa prévention, issus de plusieurs disciplines. Il aborde à la fois l'épidémiologie, les facteurs de risques, la prévention primaire, la prise en charge après une tentative de suicide. Des structures de prévention sont présentées en fin d'ouvrage.

Rapport

BOHL Isabelle, **Santé de l'enfant et de l'adolescent : prises en charge. Rapport adopté par le Conseil national de l'ordre des médecins du 20 octobre 2011**, Conseil national de l'ordre des médecins, 2011, 98 p.

Ce rapport dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé des enfants et des adolescents : politique de santé, besoins de santé, acteurs de santé et cloisonnement décisionnel, dossiers médicaux, démographie médicale. Le Conseil national de l'ordre des médecins formule également des propositions en termes de prévention, de coordination et d'information.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/santeenfantadolescent.pdf>

Rapport

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

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

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

Ouvrage

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

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

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

Rapport

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

Ce rapport a été remis à Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'Etat en charge de la prospective et du développement de l'économie numérique, le 17 novembre 2009 par Viviane Kovess-Masfety, présidente du groupe de travail "Santé mentale et déterminant du bien-être". En effet, l'Union Européenne considère trois dimensions pour décrire la santé mentale : 1) les troubles mentaux, 2) la détresse psychologique et 3) la santé mentale positive. Les deux premières dimensions de la santé mentale sont les plus documentées, contrairement à la santé mentale positive. L'objectif de ce rapport est donc de déterminer les conditions et les instruments de promotion de la santé mentale positive. Il s'attache, pour cela, à identifier les déterminants structurels et socio-culturels de la santé mentale et du bien-être (valeurs, institutions et modes de vie) et démontre l'importance de la santé

mentale positive en tant qu'enjeu de politiques publiques. Les conclusions et recommandations du groupe de travail sont étayées par un état des lieux de la prévalence des troubles de la santé mentale parmi la population française.

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

Didacticiel

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

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

Ouvrage

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

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

Article

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

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

Rapport

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

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

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

Liens utiles

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

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

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

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

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

Ressources actualisées du Ministère des affaires sociales et de la santé

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

L'observatoire national du suicide

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

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

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

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

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

ORSPERE SAMDARRA - Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés

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

Le Groupement d'études et de prévention du suicide

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

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

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

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

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

Ressources et informations pour les personnes endeuillées après un suicide