



Compte-rendu de la session Suicide et tentatives de suicide : mieux connaître pour mieux prévenir

Paris - Centre universitaire des Saints-Pères
9 juin 2015

*Session coordonnée par Christine Chan Chee, Claire Gourier-Fréry,
Imane Khireddine & Laurence Chérié-Challine, InVS*

Modérateurs : Claire GOURIER-FRERY et Imane KHIREDINE, InVS

Introduction

Claire GOURIER-FRERY

Médecin épidémiologiste, Institut de veille sanitaire (InVS)

Un an et demi après la création de l'Observatoire national du suicide, cette session est l'occasion de présenter l'état de la surveillance épidémiologique du suicide et des tentatives de suicide menée en France et le continuum existant entre recherche, surveillance et prévention. Nous aborderons les questions suivantes : **sur quels systèmes d'information, quels indicateurs, quelle complémentarité d'études reposent nos connaissances du suicide et de ses déterminants à l'heure d'aujourd'hui ? En quoi les études de recherche et de surveillance menées en France permettent-elles d'orienter les politiques de prévention du suicide ? Quelles sont les actions de prévention possibles et efficaces ?**

Tout d'abord, Nathalie Fourcade présentera l'Observatoire national du suicide et détaillera le bilan des travaux menés pendant sa première année de fonctionnement. Puis Christine Chan-Chee et Enguerrand du Roscöat commenteront les indicateurs de surveillance produits au niveau national et analyseront la complémentarité entre les données issues des bases de données de recours au système de soins et celles provenant d'enquêtes au sein de la population. Enfin, Frédéric Moisan illustrera l'intérêt d'engager en milieu professionnel une démarche épidémiologique de suivi de la mortalité des salariés à partir de l'exemple de l'administration pénitentiaire. La session s'achèvera par une table ronde consacrée aux actions de prévention.



L'Observatoire national du suicide : mutualiser les connaissances pour mieux prévenir

Nathalie FOURCADE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Observation de la santé et de l'assurance-maladie (OSAM)

Depuis la création de l'Observatoire national du suicide en septembre 2013, un travail considérable a été réalisé, en partenariat notamment avec l'InVS et l'Inpes. Ma présentation porte sur l'Observatoire et ses travaux, ainsi que sur l'importance de la prévention du suicide.

Des objectifs ambitieux pour ce nouvel organisme

Le suicide est une problématique de santé publique importante au niveau mondial puisque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en a fait une de ses priorités et a publié en 2014 un rapport intitulé « *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* ». Par ailleurs, **le taux de suicide en France est l'un des plus élevés en Europe¹**. Afin de réduire la prévalence du suicide en France, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a recommandé, dans un avis datant de février 2013, de créer un Observatoire national du suicide. Sa création a été décidée par Marisol Touraine, et l'observatoire, créé par décret, a commencé à fonctionner en septembre 2013. Ses missions sont les suivantes :

- coordonner et améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide
- améliorer la prévention en affinant les connaissances relatives aux facteurs de risque et de protection
- évaluer l'effet des politiques publiques et produire des recommandations.

L'Observatoire est un organisme indépendant, dont la composition reflète la diversité des acteurs impliqués dans la prévention du suicide : parlementaires, représentants d'associations, professionnels de santé, experts, chercheurs, personnel des ministères et autres administrations publiques. Il est présidé par la ministre en charge de la santé. La DREES en assure le secrétariat et la présidence déléguée. Par ailleurs, l'InVS et l'Inpes jouent également un rôle important dans son fonctionnement ; en particulier, l'InVS copilote l'Observatoire avec la DREES. **Afin de mieux prendre en compte le côté multifactoriel du suicide, le dialogue entre les différents acteurs et les différentes disciplines est favorisé.**

Deux groupes de travail ont été créés. Le premier, piloté par l'InVS, est dédié à la surveillance des suicides et tentatives de suicide ainsi qu'aux systèmes d'information. Quant au second, piloté par la DREES, il s'intéresse à la recherche et à la prévention (analyse des mécanismes conduisant aux tentatives de suicide et aux suicides et actions de prévention efficaces). Un premier rapport² a été publié en décembre 2014 et sa reprise par les médias a contribué à familiariser le public avec les enjeux associés à la prévention du suicide. Un second rapport est prévu pour février 2016.

La première étape pour un tel observatoire consiste à définir précisément les phénomènes qu'il cherche à étudier. L'Observatoire travaille sur le comportement suicidaire dans son ensemble. Dans la classification internationale des maladies, le suicide fait partie de la catégorie « lésions auto-

¹ En France, un décès sur 50 est un suicide

² Ce rapport est téléchargeable à l'adresse Internet http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf



infligées », sans que l'intentionnalité du geste ne soit précisée. Par ailleurs, dans le rapport de l'OMS de 2014, il est indiqué que **la notion d'intentionnalité dans le suicide ou la tentative de suicide fait débat**. Afin de clarifier ce point, des travaux sont en cours pour mieux définir quels comportements les mots « suicides » et « tentatives de suicide » recouvrent.

Des inégalités sociales très marquées

Si on utilise la représentation de la société du sociologue Maurice Halbwachs, selon laquelle les groupes sociaux sont distribués en cercles concentriques autour d'un foyer central représentant les valeurs les plus importantes de la société, on retrouve les catégories sociales supérieures à proximité du foyer. Cette proximité s'accompagne d'une image positive de soi et de la capacité à se projeter. Au contraire, plus on s'éloigne du foyer, moins les individus ont de reconnaissance sociale et de ressources pour faire face aux aléas de la vie (chômage notamment), et le taux de suicide augmente. Aussi, **les agriculteurs, les employés et les ouvriers ont un risque de décès par suicide deux à trois fois plus élevé que les cadres**. En outre, les détenus sont particulièrement touchés par le suicide. Le fait que les inégalités sociales soient moins marquées chez les femmes que chez les hommes laisse penser que les bases sur lesquelles les femmes construisent leur identité sont différentes de celles des hommes, comme le soulignent les sociologues Christian Baudelot et Roger Establet.

La probabilité que le geste suicidaire entraîne le décès varie également selon le sexe et le groupe social. Ainsi, les tentatives de suicide chez les femmes sont deux fois plus nombreuses que chez les hommes, mais leur taux de décès est trois fois moindre. Par ailleurs, le ratio suicides aboutis / tentatives de suicide est particulièrement élevé chez les personnes âgées. Les principaux facteurs à prendre en compte sont la détermination de la personne, la létalité des moyens employés, la fragilité organique de la personne et les capacités de prise en charge.

L'Observatoire a formulé trois principales recommandations :

- améliorer les systèmes d'information pour mieux quantifier les tentatives de suicide et les suicides et mieux connaître les caractéristiques des personnes concernées
- lancer un appel à projets de recherche sur le suicide et sa prévention
- suivre le suicide dans le cadre de la stratégie nationale de la santé.

Ces recommandations feront l'objet d'un bilan dans le rapport prévu pour février 2016.

Echanges avec la salle

● Le cas particulier des départements d'outre-mer

De la salle (Hervé CREUSVAUX, Direction Générale des Outre-Mer)

J'ai constaté qu'il n'y avait quasiment rien sur le suicide en Outre-Mer dans le rapport publié en décembre 2014. Or les comportements suicidaires dans les Départements d'Outre-Mer (DOM) sont peu connus et par conséquent peu pris en compte, notamment en Guyane. L'Observatoire national du suicide a-t-il prévu de faire des recommandations sur la problématique du suicide dans les DOM ?

Nathalie FOURCADE

En général, il est vrai que l'on observe des problèmes de santé particulièrement marqués en Outre-Mer. En ce qui concerne le suicide, les taux de décès dans les DOM semblent plus bas qu'en France métropolitaine, ce qui n'est évidemment pas une raison pour s'en désintéresser.



Christine CHAN-CHEE

Il est possible que ces chiffres cachent un phénomène de sous-déclaration des causes médicales de décès pour le suicide. Un travail pour évaluer la sous-déclaration des suicides a été effectué, mais seulement en métropole. Des analyses spécifiques par région sont prévues pour le rapport qui sera publié en février 2016. Ces analyses porteront sur les causes médicales de décès, les hospitalisations pour tentative de suicide mais aussi sur la déclaration des tentatives de suicide à partir d'un baromètre santé propre aux DOM.

Nathalie FOURCADE

Par ailleurs, dans le cadre de l'appel à projets de recherche, trois projets portant sur les DOM ont été soumis.

De la salle (Irène STOJCIC, présidente de l'Observatoire régional de la santé de La Réunion)

Pour information, des tableaux de bord sur le suicide sont réalisés depuis de nombreuses années à La Réunion. En revanche, il n'y a pas de données pour Mayotte.

De la salle

Une étude à partir de données recueillies dans les DOM en 2014 auprès de 8 000 personnes est en cours de réalisation. Elle comportera notamment une partie sur la santé mentale, incluant les conduites suicidaires. Cette étude devrait être publiée fin 2015.

Christine CHAN-CHEE

Le rapport publié en 2014 présente des données macroscopiques, ne tenant pas compte de situations particulières telles que celle de la Guyane³. Au fur et à mesure, les études vont permettre d'affiner notre connaissance et d'améliorer les actions de prévention.

• Des pistes d'amélioration

De la salle (Laurent PLANCKE, Fédération régionale de recherche en santé mentale, Lille)

Je regrette que le rapport de décembre 2014 ne contienne aucun élément concernant l'évolution des moyens de secours et de réanimation. Cet aspect est essentiel lorsque l'on s'intéresse au ratio suicides aboutis / tentatives de suicide. En outre, les données de mortalité de l'année 2012 ne sont toujours pas disponibles, ce qui pose problème.

³ La population amérindienne de la Guyane connaît actuellement une importante perte de repères et souffre d'isolement. Ces phénomènes touchent notamment les jeunes amérindiens



Données de surveillance sur le suicide et les tentatives de suicide

Christine CHAN-CHEE

Coordonnatrice du programme de santé mentale du département des maladies chroniques, InVS

La prévention du suicide est une priorité de santé publique. Aussi, différents plans nationaux de prévention du suicide ont été mis en œuvre. Le dernier concernait la période 2011-2014. Par ailleurs, la loi de santé publique d'août 2004 a fixé comme objectif de réduire de 20 % le nombre de suicide entre 2004 et 2008. Malheureusement, cet objectif n'a pas été atteint. Afin d'assurer la surveillance du suicide et des tentatives de suicide et de définir des actions de prévention pertinentes, il est nécessaire de suivre différents indicateurs.

Un taux de mortalité par suicide en baisse

Les indicateurs de suicide sont construits à partir des données des certificats de décès (CépiDC-Inserm). En 2011, un peu plus de 10 000 décès par suicide ont été recensés, soit un taux de 18 pour 100 000 personnes. Des différences importantes s'observent en fonction du sexe et de l'âge. Ainsi, chez les hommes, le taux de suicide est de 28 pour 100 000 alors qu'il est, chez les femmes, de 8 pour 100 000. De même, le taux de suicide est de 40 pour 100 000 chez les plus de 75 ans alors qu'il est de 6 pour 100 000 chez les 15-24 ans. Lorsque l'on s'intéresse à la part de mortalité par suicide, la tendance s'inverse. Le suicide représente en effet 20 % des causes de mortalité chez les 25-34 ans alors qu'il représente moins de 1 % chez les plus de 75 ans.

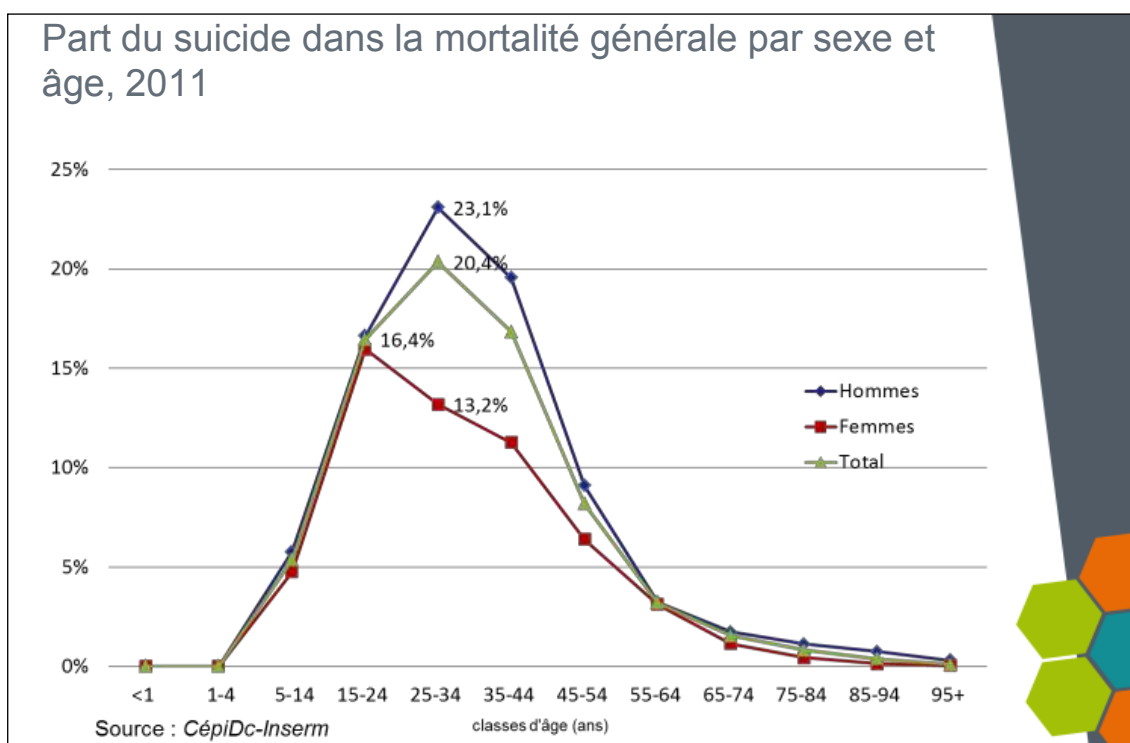


Figure 1 - L'importance du suicide dans la mortalité générale des jeunes



Entre 2000 et 2010, le taux de suicide a diminué de 14 %. Toutes les classes d'âge ont été concernées par cette diminution, à l'exception des 45-64 ans. D'importantes variations spatiales sont observées. Les régions situées au nord et à l'ouest de la France ont des taux de suicide bien plus élevés que le reste de la France⁴.

La pendaison est le mode de suicide le plus fréquent (53 %). Les armes à feu et les intoxications sont les deux autres moyens les plus souvent utilisés (14 % chacun). Les informations contenues dans les certificats de décès permettent de connaître les pathologies associées au suicide. Dans 40 % des cas, un diagnostic psychiatrique a été inscrit dans le certificat de décès, dont les troubles dépressifs pour un tiers des décès par suicide.

De forts taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes

Il est nécessaire de suivre des indicateurs relatifs aux tentatives de suicide car il s'agit d'un facteur prédictif majeur de décès par suicide. D'après la littérature, les tentatives de suicide sont 10 à 40 fois plus nombreuses que les suicides aboutis. Ne disposant pas de système de surveillance unique comme c'est le cas pour les suicides, il faut utiliser différentes sources⁵ pour construire des indicateurs relatifs aux tentatives de suicide. En 2011, environ 100 000 hospitalisations pour tentative de suicide ont été recensées en médecine et chirurgie et 8 500 en psychiatrie. Les femmes représentent une part importante de ces hospitalisations (notamment les femmes entre 15 et 19 ans). Par ailleurs, entre 2008 et 2011, le taux d'hospitalisation a augmenté chez les hommes.

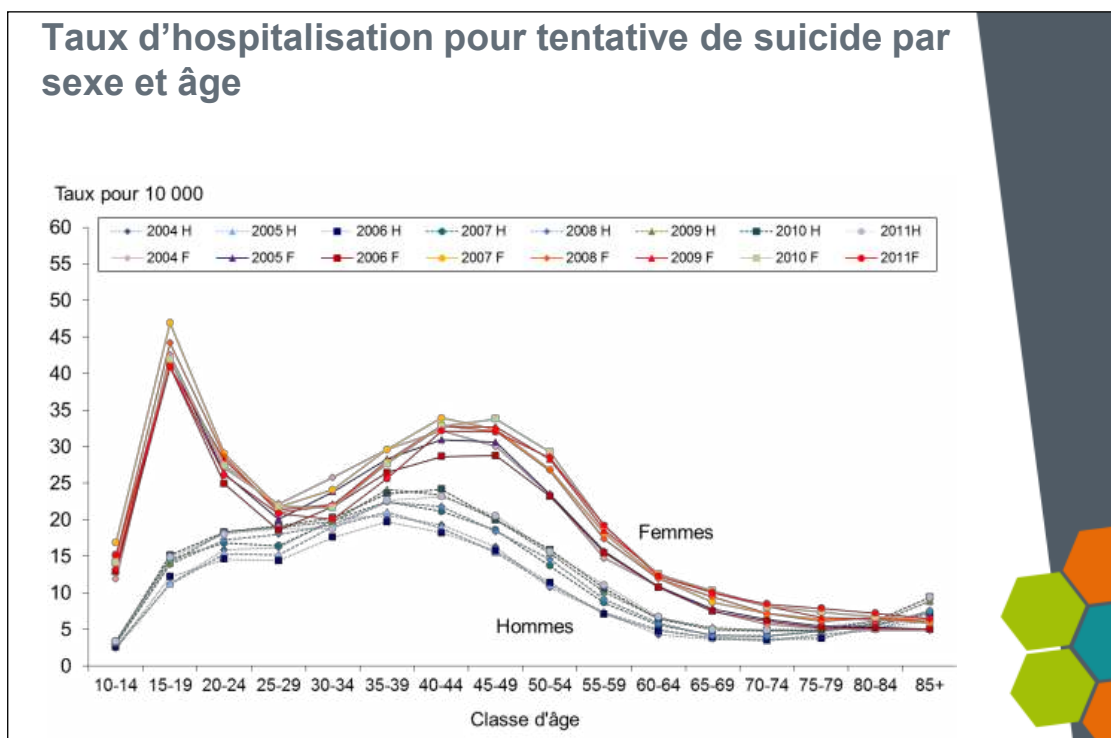


Figure 2 - De nombreuses tentatives de suicide chez les jeunes femmes

⁴ A titre d'exemple, le taux de suicide est de 29 pour 100 000 en Bretagne alors qu'il est de 9,3 pour 100 000 en Ile-de-France et de 13 pour 100 000 en Alsace

⁵ Les informations utilisées proviennent des données d'hospitalisation en médecine-chirurgie et en psychiatrie (Programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI), des recours aux urgences et d'enquêtes déclaratives en population

Les mêmes différences régionales s'observent pour les hospitalisations pour tentative de suicide que pour les suicides aboutis. Les taux sont plus importants dans le nord et l'ouest de la France.

La ré-hospitalisation pour récurrence de tentative de suicide concerne 20 % des patients ayant été hospitalisés pour tentative de suicide. 50 % d'entre eux reviennent dans les six mois. Deux tiers d'entre eux reviennent dans l'année qui suit leur première tentative.

Concernant les tentatives de suicide, le mode le plus utilisé est l'intoxication médicamenteuse (80 % des cas). Par ailleurs, 60 % des personnes hospitalisées pour tentative de suicide ont un diagnostic psychiatrique inscrit dans leur dossier. Pour un tiers d'entre elles, un trouble dépressif a été décelé.

Enfin, on estime à environ 200 000 personnes par an le nombre de patients ayant recours aux urgences pour une tentative de suicide.

L'importance des enquêtes déclaratives pour la collecte d'informations qualitatives

De grandes tendances se dégagent des données de surveillance sur le suicide et les tentatives de suicide présentées. Cependant, ces données ne prennent pas en considération différents facteurs tels que les catégories socioprofessionnelles, l'isolement des personnes, les événements de la vie... La présentation d'Enguerrand du Roscoët portera sur les enquêtes déclaratives qui permettent de prendre en considération ces éléments.

Echanges avec la salle

De la salle (Emilie GARDEUR, observatoire régional de santé et des affaires sociales de Lorraine)
Comment traitez-vous les données PMSI ? A priori, les données PMSI relatives aux tentatives de suicide doivent être traitées avec beaucoup de précautions dans la mesure où les codes ne sont pas renseignés de la même manière dans les différents établissements hospitaliers.

Christine CHAN-CHEE

On utilise les codes relatifs aux tentatives de suicide (X60 à X84). Je pense que les codes sont assez bien renseignés. Entre 2004 et 2007, on constate des fluctuations importantes, qui peuvent faire douter de la qualité des données. Cependant, à partir de 2008, les données semblent correctes, même si la problématique de la sous-déclaration est toujours présente. Les données étant anonymes, il n'est pas évident au niveau national de les corriger. Un travail pilote réalisé dans la région Centre a permis de chiffrer le phénomène de sous-déclaration à environ 15 %. A l'échelle de la France, cela représenterait 5 000 à 6 000 hospitalisations pour tentative de suicide supplémentaires. Afin d'améliorer la fiabilité des données PMSI, il semble qu'il y ait un travail important à faire localement.

Données d'enquêtes sur les tentatives de suicide

Enguerrand du Roscöat

Responsable du département Environnement, populations et cycles de vie, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Trois enquêtes multithématiques

● Le Baromètre santé et les enquêtes ESCAPAD et SHARE

Les données sont issues de l'analyse de 3 enquêtes :

- le Baromètre santé, réalisé par l'Inpes, concerne la population générale. Depuis 2000, un module spécifique permet de suivre les conduites suicidaires. Le dernier Baromètre santé ayant été réalisé en 2014, des données récentes seront disponibles sous peu. L'avant-dernier Baromètre santé avait été réalisé en 2010 auprès de 30 000 personnes. Des analyses par sous-population (jeunes de 15 à 30 ans, personnes âgées de 55 à 85 ans) ont pu être effectuées.

- l'enquête ESCAPAD est conduite auprès des jeunes de 17 ans lors de la Journée de défense et citoyenneté (JDC), anciennement appelée journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Réalisée en 2008, 2011 et 2014, elle permet de bénéficier d'un échantillon national de près de 40 000 jeunes de 17 ans.

- l'enquête SHARE coordonnée et suivie depuis 2004 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et l'université Paris-Dauphine. Cette enquête porte sur une cohorte de personnes âgées de plus de 50 ans. Les enquêtes sont réalisées tous les deux ans et visent à mesurer l'impact du vieillissement sur la santé. **Les tentatives de suicide chez les personnes âgées aboutissent très souvent au décès et les données issues de l'enquête SHARE sont précieuses** : elle permet notamment de savoir s'il est arrivé aux personnes de la cohorte de penser au cours du mois dernier qu'elles auraient préféré ne plus être en vie.

● La prise en compte de nombreux indicateurs

Les indicateurs suivis directement reliés aux conduites suicidaires sont les tentatives de suicide au cours de la vie, les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois et les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. **Les pensées suicidaires constituent un déterminant important des tentatives de suicide**, chez les personnes âgées et chez les jeunes. Par exemple, selon le Baromètre santé 2010, 25 % des 15-25 ans ayant eu des pensées suicidaires ont tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Les trois enquêtes sur lesquelles nous nous basons étant multithématiques, il est possible de collecter des indicateurs identifiés comme des facteurs associés aux conduites suicidaires. Il s'agit des indicateurs suivants :

- comorbidité psychiatrique (identification de symptômes dépressifs par exemple)
- consommation de substances psychoactives
- violences physiques (au cours des 12 derniers mois) et violences sexuelles (au cours de la vie)
- situation scolaire (redoublement, décrochage)
- situation familiale, situation vis-à-vis de l'emploi
- orientation sexuelle
- perception du corps



- différents facteurs sociodémographiques (taille de la ville, revenus...)
- participation sociale
- limitations fonctionnelles et maladies chroniques⁶.

Mieux connaître la situation pour agir plus efficacement

Les données collectées via ces trois enquêtes permettent de compléter les estimations des systèmes de surveillance dans la mesure où un certain nombre d'actes suicidaires ne sont pas enregistrés par ces systèmes. Par ailleurs, grâce à ces enquêtes, il est possible d'identifier les facteurs associés aux conduites suicidaires pour mettre en place des actions de prévention pertinentes.

● Confronter les données issues des différentes sources d'information

L'exemple qui suit permet de comprendre comment les données des enquêtes sont utilisées pour les confronter aux données de surveillance. En 2006, selon les données 2006 du PMSI, 11 000 adolescents ont été hospitalisés pour tentative de suicide. En parallèle, selon le Baromètre santé 2006, 1 % des adolescents ont fait une tentative de suicide, soit environ 40 000 jeunes. Or, selon les données du Baromètre santé 2010 et de l'enquête ESCAPAP, entre 26 et 29 % des tentatives de suicide sont suivies d'une hospitalisation. En multipliant le nombre de jeunes ayant fait une tentative de suicide (40 000) par le pourcentage de tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation (26 % par exemple), on obtient 10 500 hospitalisations pour tentative de suicide. La conformité avec les chiffres du PMSI est très bonne dans cet exemple. **La confrontation des différentes données (données de surveillance / données issues des enquêtes déclaratives) nous permet de tester leur robustesse.**

● Identifier les facteurs associés

Le traitement des différentes données issues des enquêtes permet d'identifier les facteurs associés aux tentatives de suicides et aux pensées suicidaires. Chez les jeunes, on constate notamment l'importance des facteurs suivants : le niveau de revenu (chez les femmes), la situation scolaire, le fait de vivre seul ou en dehors du foyer familial, les relations avec les parents, la consommation de substances psychoactives (surtout l'alcool et le cannabis chez les femmes), la perception de son corps, l'orientation sexuelle, les violences et les symptômes dépressifs.

● Mettre en place des actions de prévention

Certains facteurs identifiés sont des variables sur lesquelles il n'est pas possible d'agir (sexe, âge, orientation sexuelle...). Ils permettent d'identifier des groupes cibles auxquels une attention particulière devra être apportée (soutien, service de prévention). Afin d'agir sur les facteurs liés à la situation scolaire et familiale, de nombreux programmes de promotion de la santé mentale ou de prévention des addictions chez les jeunes comportent des volets de développement des compétences parentales et de développement des compétences psychosociales des jeunes. Ces volets sont susceptibles de contribuer à la diminution ou au renforcement de certains facteurs associés au risque suicidaire (relations parents-enfants, violences, conduites addictives). **Si l'on considère la perception du corps (fortement associée aux tentatives de suicide chez les jeunes), l'accent pourrait être mis sur le développement de l'estime de soi, de la confiance en soi ou encore de l'esprit critique par rapport aux normes sociales que la société renvoie.** En

⁶ Cet indicateur est particulièrement important chez les personnes âgées



parallèle, il est aussi nécessaire de travailler sur l'environnement normatif, en s'attaquant notamment aux standards de beauté véhiculés par les publicités.

Age 15-19 ans	Porter une attention particulière : - Aux plus jeunes - Aux conditions de ressources - Aux conditions de vie / de logement
Revenus (- de 1100 euros)	
Vit seul	
Vit hors foyer familial	
Déscolarisé	- Aux jeunes déscolarisés / en difficulté scolaire
Redoublement	- Prendre en charge les troubles des apprentissages - Soutien scolaire
Pas de relation avec père / mère Problème avec le père / mère	- Porter attention aux familles séparées - Développer les CPS / parentales / familiales
Consommation substances psychoactives	- Porter attention aux consommateurs et usagers problématiques (en particulier les filles) - Prévenir l'expérimentation / l'usage excessif
Se sentir beaucoup trop maigre Un peu trop maigre Un peu trop gros Beaucoup trop gros	- Développer les CPS (estime de soi, affirmation, confiance, esprit critique...) - Travailler sur l'environnement normatif
Orientation homosexuelle	- Porter attention aux jeunes LGBT - Lutter contre l'homophobie
Violences subies (12 m) / sexuelles (vie)	- Porter attention aux victimes de violences - Lutter contre le harcèlement, les violences
Symptômes dépressifs	- Prendre en charge

Figure 3 - Des pistes d'action de prévention en fonction des différents facteurs associés

Intérêts et limites des enquêtes déclaratives

Le Baromètre santé et les enquêtes ESCAPAD et SHARE permettent d'obtenir une estimation plus complète des conduites suicidaires, notamment de celles qui échappent au système de surveillance. Grâce à elles, il est possible d'identifier, de cibler et de repérer des sous-populations en situation de vulnérabilité et de formuler des pistes d'action pour diminuer les facteurs de risque. Cependant, et bien que déjà très complètes, ces enquêtes ne mesurent pas l'ensemble des facteurs pertinents. Le Baromètre santé de 2010 nécessitant déjà 45 minutes pour être rempli, il est difficile d'envisager l'ajout de nouvelles questions. Par ailleurs, **les tentatives de suicide restent un évènement assez rare, il est difficile, du fait d'un défaut de puissance, d'observer précisément les facteurs associés.** Enfin, le lien de causalité entre les facteurs associés et les tentatives de suicide n'est pas renseigné dans les enquêtes transversales. Les théories et l'expertise sont alors nécessaires pour proposer des hypothèses et interpréter les résultats. De même, une fois les facteurs associés ayant un effet identifié, l'épineuse question relative à la façon d'agir demeure.

Echanges avec la salle

● L'importance des enquêtes déclaratives

De la salle (Laurent PLANCKE, Fédération régionale de recherche en santé mentale, Lille)

Les résultats présentés permettent de constater que la morbidité ressentie, issue des enquêtes en population générale, est quatre fois plus élevée que la morbidité enregistrée dans la mesure où trois quarts des tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une hospitalisation. Dans ces cas, la prise en charge du jeune en détresse est assurée par le jeune lui-même, sa famille et/ou son médecin généraliste. Ces données montrent que **la tentative de suicide est une réalité aux contours très flous.**

Les enquêtes en population générale sont capitales pour mieux comprendre le rôle des facteurs sociaux, qui n'apparaissent pas du tout dans les données de surveillance sur le suicide et les tentatives de suicide. Ces enquêtes permettent notamment de s'intéresser au taux de chômage en le croisant avec le taux de mortalité.

Selon mon expérience, il existe au sein des services des établissements de santé une grande variabilité dans l'encodage des hospitalisations, notamment pour ce qui concerne le caractère intentionnel ou accidentel de certaines intoxications. Il serait bon que des consignes claires et précises soient communiquées afin d'harmoniser les pratiques d'encodage des établissements.

● Les impacts d'une forte mobilité professionnelle

De la salle (Bénédicte MONCOMBLE, *medical officer* en entreprise)

Dans l'entreprise où je travaille, certains employés sont très mobiles. Il leur arrive fréquemment de travailler un mois en France, puis un mois sur un site isolé à l'étranger. Par ailleurs, lorsqu'ils sont sur site à l'étranger, la charge de travail est très importante. Avez-vous des données relatives au risque de suicide ou de tentative de suicide pour ce type de professionnels ?

Enguerrand DU ROSCOAT

Le Baromètre santé nous permet de définir certaines variables au niveau de l'activité professionnelle, mais pas avec un tel niveau de finesse malheureusement.

● Développer l'autopsie psychologique pour affiner les connaissances

De la salle (Judith BENREKASSA, InVS)

Est-ce que l'autopsie psychologique est une démarche qui commence à se développer en France ?

Enguerrand DU ROSCOAT

Les enquêtes déclaratives nous permettent d'identifier certains « gros grains ». Pour aller plus loin, il serait intéressant par exemple de s'intéresser au poids du cumul des différents facteurs identifiés. Il serait également pertinent d'étudier des cas cliniques pour faire le lien entre leur parcours de vie et l'enchaînement de comportements suicidaires, au niveau de cas individuels. Dans les autres types de recherche possibles, il y a aussi en effet la piste de l'autopsie psychologique.

Nathalie FOURCADE

Différentes initiatives existent déjà en la matière. En particulier, un état des lieux sur les travaux en matière d'autopsie psychologique a été réalisé dans le cadre d'une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Par ailleurs, l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire a récemment présenté son projet d'autopsie psychologique dans la Sarthe aux membres de l'Observatoire national du suicide. L'ARS est actuellement à la recherche d'experts pour mener à bien ce projet.



L'autopsie psychologique promet des résultats enrichissants mais pose des questions éthiques importantes. Afin de préserver les proches des personnes suicidées tout en leur posant des questions, il est en effet nécessaire de mettre au point un volet méthodologique très bien défini et très respectueux.

● Des pistes pour affiner les résultats présentés

De la salle (Xavier WAGNER, médecin inspecteur à l'ARS Ile-de-France)

Avez-vous pris contact avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et les centres régionaux de pharmacovigilance pour comparer vos données et regarder plus précisément les étiologies possibles des suicides ?

Par ailleurs, il est important de signaler qu'il n'y a pas que la dépression dans les pathologies psychiatriques à prendre en compte. Les accès schizoïdes aigus induisent fréquemment des tentatives de suicide ou des suicides.

Enguerrand DU ROSCOAT

Concernant les pathologies psychiatriques, vous avez tout à fait raison. Cependant, la prévalence des accès schizoïdes aigus est faible. De ce fait, il est très difficile de s'y intéresser dans le cadre d'enquêtes en population générale. Au contraire, la prévalence de la dépression étant assez élevée, on peut s'y intéresser dans le cadre du Baromètre santé.

Christine CHAN-CHEE

Nous avons en effet consulté les données de toxicovigilance de l'ANSM. Malheureusement, **les données de l'ANSM relatives aux intoxications ne tiennent pas compte du caractère intentionnel ou accidentel de l'intoxication**. De ce fait, seules les informations des certificats de décès sont exploitables.

Nathalie FOURCADE

Dans le rapport publié en décembre 2014, l'Observatoire national du suicide recommande d'apparier de façon pérenne les données relatives aux recours aux soins et celles concernant les causes du décès (CépiDC). Cet appariement, prévu par le projet de loi de modernisation du système de santé, permettra de faire des analyses sur les trajectoires des personnes décédées par suicide. Les données sur le recours aux soins permettront notamment de repérer (via les affections longue durée, les hospitalisations et la consommation médicamenteuse) certains problèmes de santé mentale dont souffraient les personnes suicidées, ainsi que de mieux analyser les effets des prises en charge médicamenteuses.

Claire GOURIER-FRERY

Il est demandé aux médecins certifiant le décès d'inscrire dans le volet médical du certificat toutes les affections et antécédents médicaux susceptibles d'avoir contribué au décès. Nous avons analysé ces pathologies associées aux suicides déclarées par les médecins. Les résultats sont présentés dans le premier rapport de l'Observatoire. Christine Chan-Chee a effectivement pointé sur les troubles dépressifs et ceux liés à la consommation d'alcool qui sont les plus fréquents, mais nous sommes bien évidemment intéressés aussi aux troubles psychotiques. Les troubles schizophréniques ou autres troubles psychotiques sont signalés pour 2,4 % des suicidés. Ces chiffres semblent faibles par rapport à ceux avancés dans la littérature, notamment lors d'études par autopsies psychologiques, mais sont en France cohérents avec les données recueillies dans le PMSI auprès des patients hospitalisés pour tentatives de suicide, qui indiquent des troubles psychotiques chez 2,5 % d'entre eux.



Concernant les tentatives de suicide, il va être possible, grâce au croisement des données entre PMSI, hospitalisations en psychiatrie, consommations de soins, d'étendre le champ de la surveillance pour affiner cette question de la morbidité associée aux tentatives de suicide.

Produire des connaissances sur la mortalité à l'échelle d'une entreprise ou d'une institution pour orienter les actions de prévention : exemple de l'administration pénitentiaire⁷

Frédéric MOISAN

Epidémiologiste au département santé travail, InVS

Des bénéfices partagés

La production de données épidémiologiques à l'échelle d'une entreprise ou d'une institution présente des intérêts certains, à la fois pour l'organisme concerné et pour l'InVS aujourd'hui ou l'Agence nationale de santé publique⁸ demain. Les principaux intérêts pour une entreprise ou une institution sont les suivants :

- décrire l'état de santé de ses salariés à l'échelle populationnelle en disposant de données quantifiées et objectives
- pouvoir répondre à des interrogations spécifiques à son activité
- aider à identifier des mesures de prévention ou suivre l'impact de ces dernières
- répondre à l'obligation réglementaire selon laquelle l'employeur est responsable de la santé de ses employés.

Pour l'InVS, mener des telles études permet de :

- répondre à des questions précises auxquelles les données nationales ne répondent pas
- produire des données et les mettre à disposition de l'employeur, qui est un acteur de prévention important
- répondre à une demande sociale afin de garantir les qualités et la transparence des données produites
- remplir l'obligation réglementaire de l'article 55 de la loi de 2004 selon laquelle l'InVS doit contribuer à mettre en place, dans les organismes, une surveillance épidémiologique.

Une étude de mortalité rétrospective pour cerner les spécificités de l'administration pénitentiaire

En 2008, la question de l'espérance de vie des agents de l'administration pénitentiaire émerge au sein de l'institution. Consulté à ce propos, l'InVS préconise de réaliser une étude rétrospective de la mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire. La signature d'une convention entérine l'accord entre l'InVS et l'administration pénitentiaire. **Ce travail présentait, pour l'InVS, un grand intérêt dans la mesure où il concerne une population potentiellement**

⁷ L'étude complète est consultable à l'adresse Internet <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2015/Description-de-la-mortalite-des-agents-et-ex-agents-de-l-administration-penitentiaire>

⁸ La loi de modernisation du système de santé prévoit la création d'une nouvelle agence réunissant l'InVS, l'Inpes et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)



exposée à plusieurs nuisances professionnelles spécifiques : stress, travail posté, sentiment d'insécurité...

Les données des ressources humaines ont permis de constituer une cohorte historique. Tous les agents ayant travaillé au moins un an entre le 1^{er} janvier 1990 et le 31 décembre 2008 ont été intégrés à la cohorte. La population étudiée comprend donc des agents actuellement en activité, des agents à la retraite ainsi que des agents ayant quitté l'institution pour une autre raison. En utilisant les données d'état civil disponibles aux services des ressources humaines, et conformément au décret 98-37, il a été possible de définir le statut de chaque personne (vivante ou décédée) à partir des informations du Registre national d'identification des personnes physiques (RNIPP), ainsi que les causes de décès pour les personnes décédées à partir des données du Centre épidémiologique des causes de décès (CépiDC).

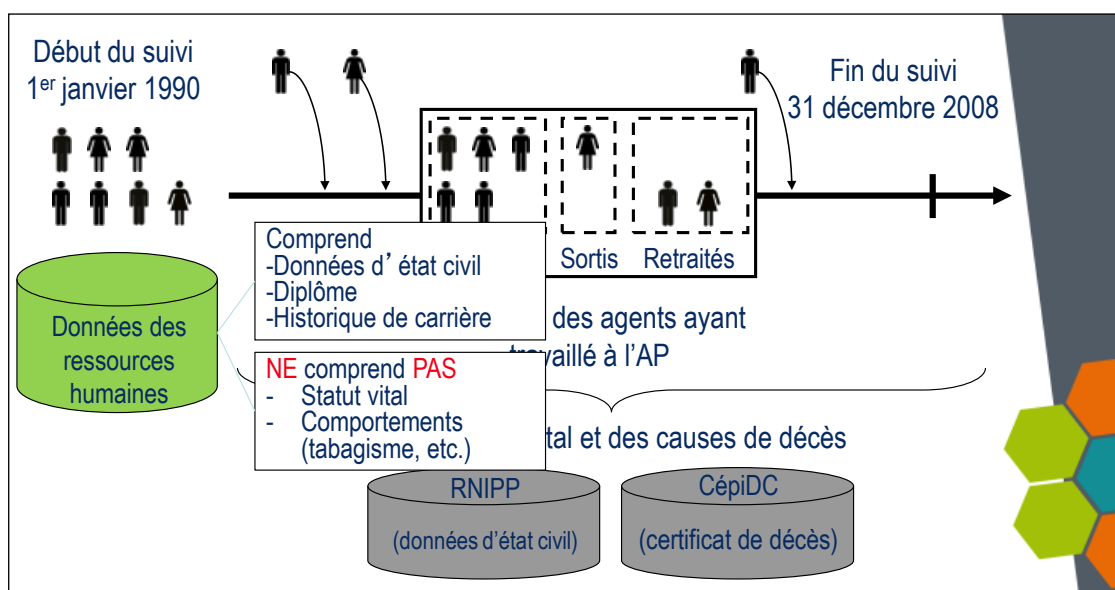


Figure 4 - Utilisation de différentes sources de données pour caractériser la cohorte étudiée

Il est important de signaler qu'au commencement de l'étude, le suicide n'était pas au cœur de nos interrogations. Il s'agissait d'une cause de décès parmi les 65 analysées dans l'étude. Afin de comparer la mortalité de la cohorte à celle de la population générale française, nous avons calculé des ratios standardisés de mortalité qui comparent un nombre de décès observés à un nombre de décès attendus⁹, en tenant compte de l'âge, du sexe et de l'année (un ratio de 1 signifiant une mortalité comparable entre la cohorte et la population française).

Une sous-mortalité contrastée

Environ 44 000 agents ont travaillé au moins un an à l'administration pénitentiaire entre 1990 et 2008. 72 % d'entre eux étaient des hommes. Par ailleurs, la filière surveillance employait environ 78 % des agents de l'institution. 1 754 décès ont été recensés pendant la période, ce qui se traduit par une sous-mortalité générale¹⁰. Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où il s'agit d'une population professionnelle. Cependant, on observe que la sous-mortalité varie en fonction des filières professionnelles ou des groupes de métiers exercés. Elle est par exemple très

⁹ Les décès attendus correspondent aux chiffres observés dans la population générale française

¹⁰ La sous-mortalité est de 0,84 chez les hommes et de 0,82 chez les femmes

prononcée dans les filières de direction, mais elle l'est moins lorsqu'on s'intéresse aux filières techniques et de surveillance. Au sein de la filière de surveillance, on constate que la sous-mortalité est plus élevée pour les officiers que pour les premiers surveillants et les surveillants.

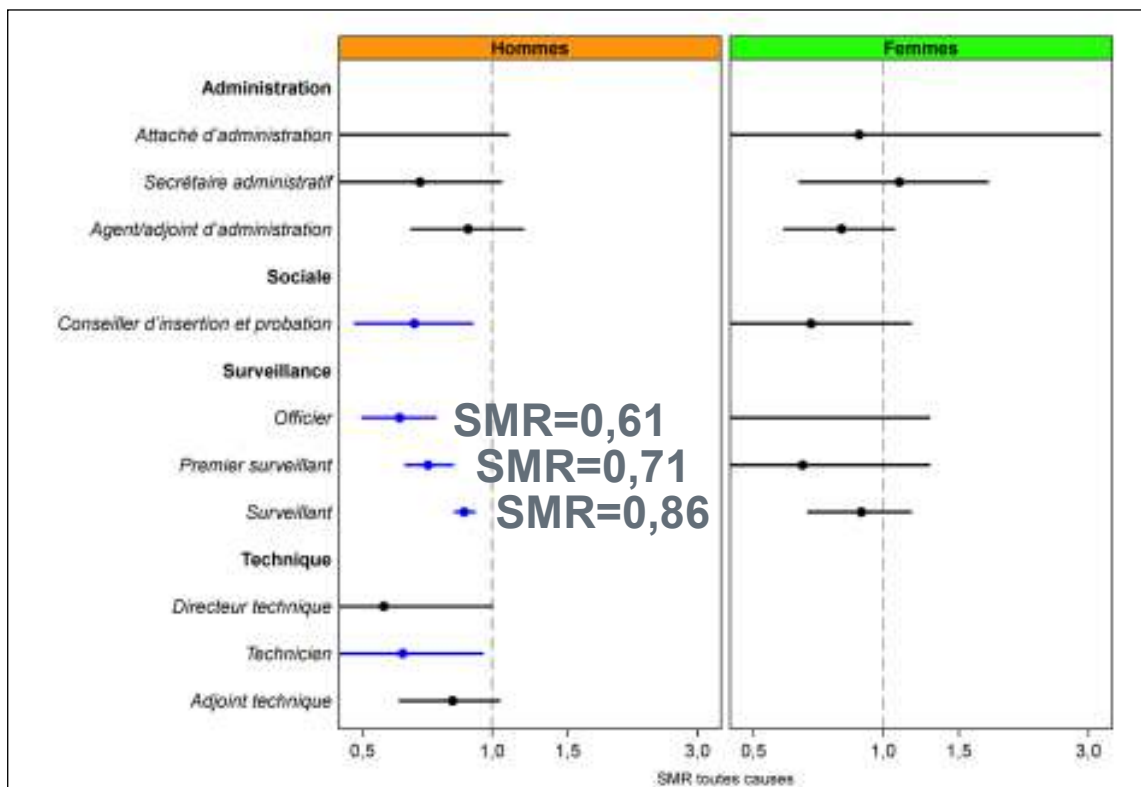


Figure 5 - Une sous-mortalité générale mais nuancée

Un excès de suicide chez les surveillants pénitentiaires

Lorsque l'on s'intéresse aux causes des décès, on observe chez les hommes un excès de suicide de 21 % avec 184 décès observés contre 152 attendus¹¹. Par ailleurs, les analyses par filière professionnelles montrent que les deux filières les plus concernées sont la filière technique et la filière de la surveillance. Ces résultats sont en cohérence avec les données de la littérature française ou étrangère. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que les surveillants constituent une population potentiellement exposée à des contraintes psychosociales telles que la violence et le manque de reconnaissance, et disposent par ailleurs d'un accès à un moyen léthal.

Un certain nombre de limites ont été identifiées pour cette étude. Tout d'abord, certains postes n'ont pu être étudiés spécifiquement car des regroupements ont été faits. Ensuite, aucune donnée individuelle extraprofessionnelle (statut marital, nombre d'enfants,...) n'a pu être intégrée à l'étude. De ce fait, il est impossible de savoir si l'origine du suicide est liée au travail ou aux facteurs individuels. Enfin, le nombre total de suicides a sûrement été sous-estimé car les causes externes ne sont pas toujours renseignées sur les certificats de décès. Mais le fait que ce biais soit également valable pour les données relatives à la population générale laisse penser que les comparaisons de mortalité ne sont pas biaisées.

¹¹ Chez les femmes, ce phénomène n'a pas été observé puisque 12 décès par suicide ont été répertoriés contre 13 attendus

Cette étude a permis de mettre en évidence une problématique qui n'avait pas été soulevée jusqu'alors par l'institution. Par ailleurs, **l'identification d'un excès de suicide chez les surveillants et les adjoints techniques a entraîné la mise en place d'un ensemble de mesures de prévention** (numéro vert, création d'un groupe de travail sur le suicide, projet de conduire une étude qualitative sur le risque de suicide et la santé mentale auprès des surveillants pénitentiaires,...).

Echanges avec la salle

De la salle (Laurence CHERIE-CHALLINE, département santé travail, InVS)

D'autres travaux existent à l'InVS pour approcher la thématique du suicide et travail. Nous utilisons par exemple le Programme COSMOP, un système généraliste, qui permet de produire des taux de mortalité notamment par suicide par secteur d'activité et par profession. Nous pouvons ainsi identifier les professions les plus exposées. Nous réalisons par ailleurs des enquêtes dans des populations particulières (exploitants agricoles, salariés agricoles). Enfin, pour étudier les liens entre suicide et travail, une future collaboration avec les instituts médico-légaux permettra d'avoir accès à leurs données pour la mise en place d'un système de surveillance.



Table ronde - Suicide et tentatives de suicide : actions de prévention

Françoise FACY

Présidente de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), directeur de recherche honoraire à l'Inserm

Je remercie l'Inpes pour la place accordée aujourd'hui aux associations. Ces dernières ont leur importance dans les politiques de santé en général, notamment parce qu'elles sont en première ligne pour la mise en œuvre des actions de prévention. **Régulièrement, l'inefficacité des mesures de prévention est reprochée aux associations membres de l'UNPS.** Quels sont les éléments à notre disposition pour contrer cette fausse impression ?

Evaluation des interventions dans le champ de la prévention du suicide

Enguerrand DU ROSCOAT

Parce que les enquêtes déclaratives ne permettent pas de dire comment agir sur les facteurs identifiés, l'Inpes a réalisé une revue de la littérature sur les interventions de prévention visant à prévenir les conduites suicidaires. Ce travail a été effectué en 2008-2009 et actualisé en 2012. Il a donné lieu à deux publications scientifiques¹². Depuis 2012, il est probable que d'autres études aient été publiées. Malheureusement, il n'a pas été possible d'en tenir compte. Les données utilisées sont essentiellement celles issues d'une revue de la littérature écossaise de 2008. Ces données sont très riches car elles proviennent de 17 bases de données électroniques, 26 085 références et 235 articles sélectionnés. **Chaque type d'intervention a donné lieu à une évaluation, que ce soit sur la diminution des suicides accomplis, des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires.** Les psychothérapies ou les pharmacothérapies ne sont pas incluses dans le champ de l'étude, de même que les programmes spécifiques dans des milieux particuliers (administration pénitentiaire ou armée par exemple). Pour chaque type d'intervention, je vais détailler les conditions de succès ou les limites à prendre en compte.

● La restriction des moyens létaux

La restriction des moyens létaux permet de diminuer les taux de suicide et se traduit essentiellement par des lois et des réglementations au niveau national. Il est par exemple possible de légiférer pour réduire l'accès aux armes à feu. De même, une réglementation visant à réduire les taux de monoxyde de carbone dans le gaz domestique et dans le gaz d'échappement des voitures peut être adoptée. En Angleterre, des mesures ont été prises pour réduire la vente libre de paracétamol. Dans ce type d'intervention, on inclut également la sécurisation des lieux à risque (mise en place de barrières sur les ponts, protection des lignes de chemin de fer...). Afin de restreindre les moyens létaux au niveau individuel, il s'agit de prévenir la récurrence en contrôlant l'accès au moyen employé précédemment par la personne.

¹² du Roscoät E, Beck F., *Efficient interventions on suicide prevention : a literature review*. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2013;61(4):363-74

du Roscoät E., Beck F. (2012). *Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature*, La Santé de l'homme, INPES, n° 422, 41-42



● Le maintien du contact

Le maintien du contact avec les personnes hospitalisées pour tentative de suicide s'est avéré efficace dans trois études sur cinq pour diminuer les taux de suicide et les tentatives de suicide. Il s'agit dans ce cas de mettre en œuvre un dispositif de contact dont les modalités tiennent compte du profil des personnes ayant fait une tentative de suicide. Ce type d'intervention s'avère efficace lorsque le contact ne dépend pas de l'initiative du patient, qu'il est régulier (quatre à huit contacts par an) et qu'il s'inscrit dans le temps (de un à quatre ans).

● Les lignes d'appel

Les lignes d'appel ont permis de diminuer les taux de suicide et les pensées suicidaires dans cinq études sur six. Afin de maximiser leur efficacité, il semble qu'il soit intéressant de faciliter l'accès aux lignes d'appel dans les lieux ou environnements à risque de suicide (parkings isolés par exemple). En outre, **dans une logique de maintien du contact, il faut réfléchir au développement de services actifs de suivi des personnes en difficulté (appels sortants)**. Enfin, en fonction des caractéristiques et de l'état psychologique de la personne, il semble important de pouvoir adapter les protocoles d'écoute.

● La formation des médecins généralistes

Les médecins généralistes sont des acteurs centraux dans le repérage des actes suicidaires. Une étude danoise montre en effet que 64 % des suicidés d'un comté danois avaient rencontré leur médecin le mois précédant le suicide. Afin de sensibiliser les médecins généralistes au repérage des actes suicidaires, une formation continue ou répétée au cours des années est nécessaire. Par ailleurs, il faut que cette formation soit dispensée à une large majorité des médecins généralistes et qu'elle soit ciblée sur une pathologie spécifique (e.g. la dépression).

● Les interventions en milieu scolaire

Les interventions en milieu scolaire n'ont pas montré la valeur ajoutée d'une prévention par les pairs. Il semble que l'intervention d'adultes formés soit suffisante. Par ailleurs, deux risques majeurs ont été identifiés pour les programmes s'appuyant sur la formation des pairs :

- stigmatisation et dévoilement de la souffrance des jeunes concernés, sans leur accord
- responsabilité portée en partie par les adolescents en cas de comportement suicidaire.

La seule intervention en milieu scolaire qui a été évaluée comme efficace s'inscrivait dans une démarche pédagogique, et avait pour cible la population générale des élèves.

● L'organisation de la prise en charge

Il semble que les prises en charge efficaces se traduisent par l'organisation de la continuité du soin pendant et après l'hospitalisation suite à une tentative de suicide. La prise en charge peut se faire par le biais d'une thérapie ou d'un suivi par un spécialiste. Dans tous les cas, elle nécessite une mise en réseau des professionnels de la santé assurant la continuité effective de la prise en charge.

● L'information du public

Pour que l'information du public ait un impact sur les indicateurs du suicide, il semble qu'elle doit être couplée avec une prise en charge et une offre de soins. D'ailleurs, les expériences conduites au Japon et à Nuremberg ayant montré un effet sur la prévention du suicide ont été conduites à un niveau local¹³. L'information qui était donnée aux participants concernait les troubles dépressifs et

¹³ Organisation de réunions dans des salles des fêtes par exemple



non la prévention du suicide. Au Québec, une semaine nationale d'information sur le suicide a été créée. Cette campagne n'a pas donné les résultats escomptés (seulement 19 % des Québécois se souvenaient de la campagne). Concevoir des campagnes d'information locales permet sans doute de mieux réaliser l'articulation avec les services et offres de prise en charge.

● Quel type d'intervention pour quelle population ?

Les différents types d'intervention s'adaptent plus ou moins bien en fonction des populations cibles. Ainsi, par exemple, le maintien du contact après une tentative de suicide est pertinent pour le grand public, les adultes et les jeunes mais l'est moins pour les personnes âgées. Pour ces dernières, les efforts doivent porter en amont sur la détection et la prise en charge de la dépression ainsi que sur la mise en place de services de prévention et de promotion de la santé pour les personnes isolées (notamment par le biais de services téléphoniques).

Population	Interventions
Grand public	-Maintien du contact -Lignes d'appel -Formation des MG -Organiser la prise en charge -Information du public
Adultes	-Maintien d'un contact après TS -Prise en charge médicale et psychothérapeutique des personnes dépressives et/ou à risque suicidaire
Jeunes	-Format° d'adultes dans le milieu scolaire (+ info à destination des élèves) -Lignes d'appel -Maintien d'un contact après TS -Prise en charge psychothérapeutique à la sortie des urgences
Personnes âgées	-Détection et prise en charge de la dépression -Dévpt services de prévent° et de promot° de la santé pour les PA isolées

Figure 6 - Conclusions par population

● Les limites de ce travail portant sur l'évaluation des interventions

Différentes limites ont été identifiées lors de l'évaluation des différents types d'intervention. Tout d'abord, l'efficacité d'une intervention ne dépend pas seulement de la nature de l'intervention, mais aussi de la qualité de sa mise en œuvre. Ensuite, la plupart des études ont été conduites à l'étranger. On dispose de très peu d'études d'évaluation des interventions en France. Enfin, **seules les interventions ayant fait l'objet d'une évaluation reposant sur un protocole scientifique (mesures avant/après, groupe contrôle...)** ont été étudiées. De ce fait, il est probable qu'un certain nombre d'interventions intéressantes n'aient pas été évaluées et présentées dans ce travail.



Mise en œuvre du plan national d'actions contre le suicide en agriculture

Michel GAGEY

Direction déléguée aux politiques sociales, Mutualité sociale agricole (MSA)

Les particularités de la MSA

La MSA est un établissement présentant plusieurs particularités. Tout d'abord, elle porte la protection sociale de deux régimes distincts : celui des salariés agricoles et celui des exploitants agricoles. Ces deux régimes ne bénéficient pas de la même approche au sein de la MSA. Par exemple, les salariés bénéficient d'un suivi en santé au travail alors que les exploitants font seulement l'objet d'une politique de prévention portant sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ces approches différentes nous limitent parfois dans la connaissance d'un certain nombre de déterminants de santé.

Par ailleurs, le fait que les valeurs de mutualisme¹⁴ fassent partie intégrante des fondements de la MSA facilite la prise en compte de la thématique de la prévention du suicide par les employés et les élus de la MSA. En outre, cette thématique étant pluridisciplinaire, **l'organisation de la MSA en guichet unique¹⁵ permet de couvrir l'ensemble des aspects liés à la prévention du suicide.**

Définition d'un plan d'action spécifique à l'agriculture

Le plan national de prévention du suicide en agriculture est la déclinaison agricole du plan national de prévention du suicide. Il vise essentiellement à favoriser la prise en charge des souffrances psychiques des populations agricoles. Ce plan a été lancé le 6 décembre 2011 lors d'un colloque à Rennes sur les solitudes dans le monde rural et agricole. Lors de la dernière assemblée générale de la MSA, le ministre actuel de l'Agriculture a rappelé l'importance de ce plan qui comporte trois volets :

- mieux connaître la réalité du suicide en agriculture
 - mettre en place des dispositifs d'écoute pour les personnes en situation de détresse
 - créer des cellules de prévention pluridisciplinaires pour accompagner les personnes en difficulté.
- Concernant ce dernier volet, une cellule pluridisciplinaire de prévention a été créée au niveau national très peu de temps après le lancement du plan. Cette structure a ensuite été déclinée dans les 35 caisses de la MSA. Pour identifier les agriculteurs en situation de détresse, ces cellules s'appuient sur des « sentinelles » (le personnel technique de la MSA ainsi que ses élus).

Mieux connaître la réalité du suicide en agriculture

L'excès de risque de mortalité par suicide dans les populations agricoles est un phénomène bien connu. Grâce au partenariat avec l'InVS, il a été possible d'affiner nos connaissances en produisant des indicateurs de mortalité par suicide dans le monde agricole. La première étude réalisée porte sur les exploitants agricoles et les conjoints collaborateurs (environ 500 000 personnes, dont 70 % d'hommes) et concerne la période 2007-2009. D'après cette étude, **le suicide est la troisième cause de mortalité chez les exploitants agricoles et les conjoints collaborateurs** (après les cancers et les maladies cardiovasculaires). Par ailleurs, un excès de suicide a été observé pour les années 2008-2009 chez les hommes¹⁶. Cet excès de suicide concerne principalement la tranche d'âge 45-64 ans et les territoires où la production bovine est forte. La comparaison de ces

¹⁴ Solidarité, responsabilité et démocratie sociale

¹⁵ La MSA gère l'ensemble des branches de la sécurité sociale, assure la prévention des risques professionnels (santé et sécurité au travail) et poursuit une politique d'action sanitaire et sociale adaptée à ses adhérents

¹⁶ L'excès de suicide est de 28 % en 2008 et de 22 % en 2009



territoires avec les cartes issues des données de surveillance montre que l'incidence des suicides est particulièrement élevée dans les mêmes régions.

- Mettre en place des services d'écoute pour les personnes en situation de détresse

Fin 2014, le service Agri'écoute a été lancé¹⁷. Il s'agit d'un numéro d'appel gratuit et anonyme, opéré par SOS Amitié et SOS Suicide Phénix. Les exploitants et salariés agricoles qui en ressentent le besoin peuvent appeler à toute heure du jour et de la nuit. Le service étant offert depuis peu de temps, il est encore difficile de l'évaluer. Environ 600 appels ont été enregistrés lors du dernier trimestre et la fréquence des appels semble se maintenir. En revanche, on constate que l'amplitude des heures d'appel augmente. Au début, les appels avaient surtout lieu lors des horaires de travail.

- Créer des cellules de prévention pluridisciplinaires pour accompagner les personnes en difficulté

Le pilotage des cellules de prévention pluridisciplinaires est généralement partagé entre l'action sanitaire et sociale et la santé sécurité au travail. Par ailleurs, une cellule sur deux s'est associée aux services de psychologues pour améliorer la qualité du dépistage et la qualité des interventions qui peuvent être préconisées suite aux signalements de personnes en difficulté. En 2014, des cellules de prévention ont fonctionné sur tout le territoire et près de 1 000 signalements ont été traités. Depuis 2012, le nombre de personnes signalées est en augmentation (400 signalements en 2012 contre 800 en 2013). Le profil type des personnes en difficulté est le suivant : un homme, âgé de plus de 45 ans, exploitant agricole. **L'étude des déterminants fréquemment rencontrés (difficultés économiques, isolement social ou géographique, crises économiques au sein des filières, conditions de travail et crises familiales) montre que les aspects professionnels et économiques jouent un rôle majeur.**

Il est encore trop tôt pour évaluer le plan national d'actions contre le suicide en agriculture. En revanche, on constate déjà que la MSA a montré sa capacité à favoriser la détection des personnes en détresse et à proposer un accompagnement pour faciliter leur prise en charge.

Les sept commandements pour la prévention des tentatives de suicide et leur(s) récurrence(s)

Cécile OMNES

Psychiatre, centre hospitalier Charcot

Sept pistes d'action pour améliorer la prévention des tentatives de suicide et éviter les récurrences sont proposées :

- Identifier les personnes en crise suicidaire

Généralement, une crise suicidaire dure entre six et huit semaines. Cela laisse du temps à l'entourage de la personne en détresse pour agir. Bien sûr, **il est délicat de demander à quelqu'un s'il pense mettre fin à ses jours, notamment parce qu'on a peur de la réponse.** Il existe des formations peu coûteuses qui permettent d'apprendre à poser ce type de questions, à recevoir une réponse et à réagir en conséquence. Toutes les personnes majeures en France devraient être outillées pour détecter dans leur entourage une personne en souffrance.

¹⁷ Pour en savoir plus, consulter la page Internet <http://www.msa.fr/lfr/de/solidarite/prevention-suicide>



● Mieux prendre en charge la dépression

Bien que l'Inpes ait fait une belle campagne sur la dépression et ait mis à disposition des outils intéressants, cette maladie reste encore aujourd'hui trop mal connue. Pourtant, il s'agit d'une maladie très courante¹⁸, qui en général se soigne bien. Actuellement, la dépression coûte cher en traitements mal conduits et en arrêts maladie. En outre, elle est très liée avec le suicide et les tentatives de suicide. Il est essentiel d'améliorer la détection de la dépression ainsi que sa prise en charge. Il faut oser demander de l'aide à son médecin en cas de dépression car plus elle est traitée tôt et mieux c'est.

● Arrêter de stigmatiser les maladies mentales et prévenir l'alcoolisme

La dépression n'est pas la seule maladie mentale qui pourvoit au problème du suicide. Afin que les personnes qui souffrent d'une maladie mentale osent faire part de leurs problèmes à un professionnel de la santé, **il est nécessaire de continuer à travailler à la déstigmatisation des maladies mentales**. Il ne faut pas avoir peur de la différence. Par ailleurs, l'alcoolisme joue un rôle important chez les personnes souffrant de maladies mentales. Boire de grandes quantités d'alcool est particulièrement déconseillé pour les personnes ayant des troubles mentaux car elles les aggravent. L'alcoolisme peut aussi provoquer l'apparition d'états dépressifs. Enfin, comme il s'agit d'un produit désinhibiteur, il favorise les passages à l'acte y compris suicidaire.

● Mieux accompagner les personnes ayant fait une tentative de suicide

La tentative de suicide étant un facteur majeur du suicide, il est nécessaire de redoubler d'attention envers les personnes ayant fait une tentative de suicide et qui sortent de l'hôpital. Seulement 10 % des personnes ayant fait une tentative de suicide restent plus d'une semaine à l'hôpital. Pour les primo-suicidants, il est nécessaire de leur proposer d'appeler, une fois sortis de l'hôpital, une ligne d'écoute ou un centre de ressources en cas de besoin. Je pense par ailleurs que l'usage de SMS de recontact pourrait s'avérer intéressant. L'envoi de cartes postales pendant plusieurs mois semble particulièrement bien fonctionner auprès des femmes récidivistes. Toutefois, il n'est pas toujours aisé d'apporter de l'assistance à des personnes qui ne veulent pas être aidées. Un centre de vigilance a été créé à Lille fin 2014 pour assurer la veille auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et mener les recherches sur les actions les plus utiles. Les attentes sont grandes quant à ce projet.

● Faire de la postvention auprès de l'entourage

L'entourage des personnes suicidées porte un poids traumatique extrêmement lourd. **Avoir vécu un suicide dans sa famille constitue un facteur de risque très important**. Dans certains cas, des idées suicidaires apparaissent dans les premières semaines. Dans d'autres cas, on s'inscrit dans un schéma de répétition de la tradition familiale avec risque à distance (« mon père s'est donné la mort à ses 40 ans, je vais mourir à 40 ans »), sans compter les états dépressifs et traumatiques, source de crise suicidaire. La postvention consiste à se préoccuper des survivants, qui sont trop souvent vus uniquement par le Service d'aide médicale urgente (SAMU). Chacun d'entre nous peut un jour être amené à épauler un voisin, un collègue, un ami qui a connu un suicide dans sa famille.

● Adopter une approche territoriale

En complément des actions menées aux niveaux national et régional, il est nécessaire de soutenir les actions de prévention des organisations territoriales. Ces organisations de proximité,

¹⁸ Quasiment tous les Français feront une dépression à un moment ou à un autre de leur vie



intervenant parfois même au niveau des sous-territoires, sont indispensables. Il faut s'appuyer sur elles pour être au plus près des personnes en difficulté, qui sont bien souvent des personnes isolées.

● Soutenir les actions de prévention et de recherche

Afin de continuer à progresser sur la prévention du suicide, il faut que nos dirigeants soient conscients des problématiques rencontrées et qu'ils soutiennent les actions entreprises et les recherches menées. Parce que les actions de prévention doivent être adaptées au public qu'elles ciblent, un important travail de recherche reste à faire. Par ailleurs, **la question de la reproductibilité des actions de prévention, de leur coût et de leur efficacité est également cruciale**. L'Observatoire national du suicide pourra avancer sur ces sujets.

L'apport de l'Observatoire national du suicide en matière d'actions de prévention

Nathalie FOURCADE

J'espère en effet que l'Observatoire national du suicide répondra aux nombreuses attentes qu'il suscite. Après deux ans de travail de capitalisation sur les actions de prévention, d'importantes questions demeurent pour améliorer notre efficacité collective. C'est notamment dans ce cadre que l'appel à recherches a été lancé.

● La question des enjeux éthiques associés à la prévention du suicide

La prévention du suicide soulève d'importants enjeux éthiques puisqu'il s'agit de venir en aide à la personne tout en respectant son libre arbitre. Cette question est particulièrement délicate puisque le suicide est, à un moment donné, le comportement que la personne considère comme le plus adapté à sa situation. Si l'on considère que les crises suicidaires comportent une part d'ambivalence, il s'agit de faire pencher l'ambivalence du côté de la vie. Le consentement de la personne est primordial dans les actions de prévention. Cependant, au moment de la crise suicidaire, quand faut-il décider de basculer de la prévention à la prise en charge médicale ?

Les philosophes se sont beaucoup intéressés à la question du suicide car elle soulève la question du sens de la vie. Est-ce que l'on en vient au suicide parce que la vie en général est absurde et ne vaut pas la peine d'être vécue ? Ou parce qu'on ne trouve pas d'issue dans sa vie en particulier ?

Selon les membres de l'Observatoire national du suicide, il est primordial de proposer aux personnes concernées le plus d'alternatives possibles pour trouver des solutions à leurs difficultés. Le fait que des inégalités sociales existent en matière de suicide est une piste de réflexion importante au sein de l'observatoire. Comment aider les personnes en détresse à disposer de ressources pour améliorer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes ?

● L'analyse des facteurs de risque

Enguerrand du Roscoät a longuement évoqué les facteurs de risque qui augmentent la probabilité que les individus se suicident. Par ailleurs, ces différents facteurs interagissent entre eux. **Bien souvent, un suicide est causé par la survenue d'un ou de plusieurs événement(s) déclencheur(s), dans un cadre de fragilité sous-jacente.** Une classification des facteurs de risque a été proposée lors de la conférence de consensus de 2000 sur la crise suicidaire. Cette classification propose trois types de facteurs :



- les facteurs primaires, au niveau individuel (troubles psychiques, antécédents de suicide) sur lesquels il est possible d'agir
- les facteurs secondaires, liés à des événements de vie négatifs (situation sociale, isolement, chômage, difficultés financières et professionnelles, difficultés vécues dans l'enfance). Ces facteurs ont une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et il est souvent difficile d'avoir une action sur eux
- les facteurs tertiaires (sexe, âge, périodes particulières de vulnérabilité qui ne peuvent être modifiés et qui n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.

● 28 projets soumis dans le cadre de l'appel à recherches

Afin de progresser dans la connaissance des mécanismes qui conduisent aux tentatives de suicide et des actions de prévention, l'observatoire avait émis une recommandation pour qu'un appel à recherches soit réalisé. Cet appel a été lancé en 2015 et est porté par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). **28 projets ont été soumis, ce qui montre la mobilisation des chercheurs pour cette problématique.** Le comité scientifique pluridisciplinaire de l'appel à recherches étudie actuellement les candidatures.

Les projets de recherche retenus permettront de progresser dans la connaissance des facteurs de risque et de protection et des mécanismes conduisant au suicide, en essayant de mieux analyser le poids des différents facteurs. Ils auront également pour objectif de mieux comprendre le processus suicidaire afin de pouvoir définir les conditions et les contextes dans lesquels les actions de prévention sont efficaces. Avant de reproduire une action de prévention, il faut en effet s'assurer de sa transférabilité. Les expériences de prévention où de nombreux acteurs interviennent semblent prometteuses dans la mesure où le suicide est un phénomène multidimensionnel. Afin de prendre en compte cet aspect, les travaux interdisciplinaires¹⁹ seront valorisés dans le cadre de l'appel à recherches. En outre, les études relatives à des populations particulièrement à risque seront également valorisées.

Echanges avec la salle

- Le rôle essentiel des médecins du travail et des équipes pluridisciplinaires des services santé sécurité au travail

De la salle (Irène STOJCIC)

Je suis surprise que Michel Gagey n'ait pas fait allusion au rôle des médecins du travail, lors de sa présentation. Actuellement, ces derniers sont de plus en plus confrontés à la prise en charge des risques psychosociaux. Y a-t-il des études sur l'impact de la formation des médecins du travail sur la prise en charge de cette problématique ?

Je conçois tout à fait l'intérêt de la postvention pour l'entourage familial des personnes suicidées. Qu'en est-il pour l'entourage professionnel ?

Trop souvent, on n'ose pas aller chez le psychiatre pour obtenir un arrêt de travail, de peur que cela se sache. Je trouve ce phénomène regrettable. Comment faire pour faire cesser ces comportements ?

Michel GAGEY

Les médecins du travail sont bien sûr des acteurs primordiaux dans la mise en œuvre du plan national d'actions contre le suicide en agriculture. Lorsque je parle des services santé sécurité au

¹⁹ Travaux faisant intervenir une approche sociologique et une approche médicale, en s'appuyant sur des analyses qualitatives et quantitatives



travail, il est notamment question d'eux. Ils sont très impliqués dans le pilotage ou le copilotage des cellules pluridisciplinaires mises en place dans les différentes caisses de la MSA.

Françoise FACY

La réforme des services santé sécurité au travail a notamment introduit de nouveaux métiers au sein de ces services. Il s'agit d'un chantier prometteur et d'une occasion intéressante pour agir en termes de formation et d'élaboration d'actions de prévention des risques psychosociaux.

Michel GAGEY

En effet, suite à la réforme de 2011, il est explicitement attendu des équipes pluridisciplinaires des services santé sécurité au travail de prendre en charge la détection et la prévention des risques psychosociaux, avec une attention particulière pour la question du suicide.

- Introduire la postvention dans les milieux professionnels et banaliser les arrêts maladie signés par un psychiatre

Cécile OMNES

Concernant la postvention, il est en effet intéressant de l'introduire dans les milieux professionnels, et ceci d'autant plus que le suicide a eu lieu au travail. Un tel acte produit un véritable tsunami dans l'équipe où travaillait la personne. **La postvention étant une action de prévention efficace, elle devrait être réalisée de façon systématique dans les milieux de travail lorsqu'elle s'avère nécessaire.**

Je considère également qu'il n'est pas normal qu'un arrêt maladie signé par un psychiatre soit considéré comme un problème. Rencontrer un problème mental au cours de sa vie peut arriver à chacun d'entre nous, y compris au directeur des ressources humaines et au directeur général. Il n'y a aucun jugement négatif à avoir lorsqu'un arrêt maladie est signé par un psychiatre.

- De l'importance de parler aux jeunes du suicide

De la salle (Jean-Pierre SOUBRIER, Centre de ressources en suicidologie)

J'aimerais que Michel Gagey indique si les données dont il dispose laissent penser que l'augmentation des suicides en milieu rural a un rapport, ou non, avec la désaffectation de la médecine générale en zone rurale. Je me demande par ailleurs si l'organisation des secours n'est pas également en cause (ils sont plus faciles à organiser en zone urbaine qu'en zone rurale).

Lors de sa présentation, Enguerrand Du Roscoät a conclu qu'il ne faut pas trop parler du suicide en milieu scolaire. Je ne partage pas cette vision. J'ai participé à la réalisation d'un film sur le suicide intitulé « Ras-le-bol de la vie ». A cette occasion, nous avons interrogé des jeunes à la sortie d'un lycée pour leur demander s'ils parlaient du suicide. Tous nous avaient répondu qu'ils en parlaient tout le temps. En outre, le suicide apparaît dans de nombreuses œuvres littéraires étudiées dans le cadre des programmes scolaires. **Il faut parler du suicide aux jeunes.**

Enguerrand DU ROSCOAT

La conclusion que j'ai présentée concerne des programmes particuliers, qui utilisent les pairs comme détecteurs de jeunes à risque. Lorsque l'on compare ces programmes sentinelles avec des dispositifs plus classiques, où ce sont des professionnels adultes qui sont chargés d'identifier les jeunes à risque, on se rend compte qu'il n'y a pas de valeur ajoutée à impliquer les pairs dans la prévention du suicide. Les programmes sentinelles reposaient sur l'idée selon laquelle un jeune se confie plus facilement à un autre jeune, qui lui ira le dire à un adulte. Il semble cependant que des programmes d'implication active des jeunes n'apportent pas de surcroît d'efficacité. En revanche, l'introduction de cours médicaux socio, abordant la question du suicide dans leurs corpus



théoriques et informatifs semble pouvoir présenter un intérêt pour la prévention. De ce fait, je vous rejoins lorsque vous dites qu'il faut parler du suicide aux jeunes.

Françoise FACY

Il existe, au sein des établissements scolaires, des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Ces derniers sont portés par le plan d'actions de prévention du ministère de l'Education nationale et sont composés de professionnels de l'éducation nationale et d'associations locales. Cette pluridisciplinarité permet d'accompagner efficacement les jeunes. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des régions Bretagne et Pays-de-la-Loire sont de bons exemples.

● Les déserts médicaux innocentés

Michel GAGEY

La création des déserts médicaux est une réalité en zone rurale. Cependant, **les exploitants ou les employés agricoles en difficulté qui sont signalés aux cellules de prévention sont assez fortement médicalisés**. Les déserts médicaux ne semblent donc pas être en cause.

● Prendre en compte l'impulsivité qui conduit au suicide et améliorer le recueil des données relatives aux tentatives de suicide

De la salle (Caroline HUAS, médecin généraliste)

Le suicide résulte d'un passage à l'acte et d'une certaine impulsivité. Il me semble que ces aspects ont été peu développés dans les présentations de cette session.

Puisque l'on sait qu'environ trois quarts des tentatives de suicide ne sont pas vues en milieu hospitalier, il est important de s'adresser à d'autres acteurs pour avoir une vision globale sur les tentatives de suicide. Il serait par exemple intéressant d'utiliser les chiffres du réseau sentinelles²⁰. Par ailleurs, est-il possible de savoir combien de personnes parlent de leur tentative de suicide ? Et si elles en parlent, à qui en parlent-elles ?

Françoise FACY

Les associations sont des acteurs importants en ce qui concerne la remontée de témoignages, suite à des tentatives de suicide n'ayant pas abouti à une hospitalisation. Ces témoignages sont importants pour les professionnels du soin.

Cécile OMNES

Les chiffres montrent que l'impulsivité n'est pas au cœur de la problématique du suicide. En effet, sur cent pensées suicidaires, dix se traduisent par une tentative de suicide et une par un suicide accompli. Cependant, lorsque l'impulsivité conduit au suicide, ce dernier est très brutal. L'impulsivité concerne majoritairement des personnes qui ont de la difficulté à penser. Par ailleurs, cette attitude est favorisée par l'organisation de notre société, où nous sommes habitués à obtenir tout ce que nous voulons, quand nous le voulons. L'urgence fait partie de notre quotidien. **Les personnes qui sont sujettes à l'impulsivité doivent faire l'objet de prises en charge spécifiques et de protocoles de soin particuliers.**

Concernant les tentatives de suicide, **la Haute autorité de santé (HAS) recommande que toute personne ayant réalisé une tentative de suicide soit hospitalisée** afin de faire un bilan complet de l'ensemble des facteurs de risque et de travailler tout de suite sur les facteurs de protection. Il ne faut en aucun cas banaliser les tentatives de suicide.

²⁰ Le réseau sentinelles est un réseau de 1 300 médecins généralistes libéraux, volontaires, répartis sur le territoire métropolitain français. Pour en savoir plus : <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/>



Enguerrand DU ROSCOAT

L'hospitalisation des personnes ayant fait une tentative de suicide dépend de la gravité de l'état de santé de la personne. Ainsi, 25 % des jeunes de 17 ans sont hospitalisés après une tentative de suicide contre 46 % pour les 15-30 ans. En général, plus les personnes sont âgées et plus les moyens employés sont sérieux, ce qui fait que le taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide augmente.

- Mettre en place des programmes sentinelles en entreprise ?

De la salle (Moussa LAANANI, interne en santé publique, Hôpitaux de Paris)

J'aimerais savoir si le programme sentinelles mis en œuvre en milieu scolaire a été décliné en entreprise. Si oui, l'augmentation de la culpabilité des pairs a-t-elle également été observée ?

Enguerrand DU ROSCOAT

Je n'ai pas trouvé de tels éléments dans la revue de littérature.

Il semble que les programmes sentinelles ont un intérêt particulier dans des milieux spécifiques tels que dans l'armée. Peut-être nécessitent-ils, entre autres ingrédients, d'être implantés dans des milieux très solidaires, ayant un fort esprit de corps.

- Doter les jeunes de compétences leur permettant de s'exprimer

De la salle (Anne-Gwenaëlle DAUPHIN, travailleuse en santé publique)

Depuis 2006, chaque département français compte au moins une maison des adolescents sur son territoire. Ces structures réalisent un travail remarquable d'écoute, de dépistage et d'orientation. Lorsque je travaillais dans une maison des adolescents, nous utilisions un jeu créé par un psychiatre : la huitième dimension²¹. Ce jeu permet aux jeunes de s'exprimer et de « déplier » leurs pensées. Il facilite les échanges entre les jeunes et « l'aller vers », sans responsabiliser les jeunes. Ce jeu peut également être utilisé dans les écoles, par du personnel formé. Je doute qu'il ait fait l'objet d'une évaluation mais je le recommande fortement.



Figure 7 - La huitième dimension : un support ludique de médiation

²¹ Pour en savoir plus : <http://www.pipsa.be/outils/detail-603473908/8eme-dimension.html>

Cécile OMNES

La meilleure action de prévention pour les jeunes consiste à leur permettre de développer des stratégies d'adaptation pour gérer les conflits autrement qu'en passant à l'acte. Ce jeu semble donc tout à fait intéressant.



Sigles

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS : Agence régionale de santé
CESE : Conseil économique, social et environnemental
DOM : Département d'Outre-Mer
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPRUS : Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut de veille sanitaire
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IReSP : Institut de recherche en santé publique
MSA : Mutualité sociale agricole
OMS : Organisation mondiale de la santé
OSAM : Observation de la santé et de l'assurance-maladie
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RNIPP : Registre national d'identification des personnes physiques
SAMU : Service d'aide médicale urgente
UNPS : Union nationale pour la prévention du suicide

