

Ministère de l'économie et des finances
Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**
**Sous-direction de l'observation de la
santé et de l'assurance maladie**

Paris, le 09/10/2013

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DU : 10 septembre 2013

OBJET : Compte-rendu de la réunion de lancement de l'observatoire national du suicide

TYPE DE COMPTE RENDU :

Pour avis

Définitif

PARTICIPANTS :

Marisol TOURAINE (Ministre des Affaires sociales et de la Santé), CHARLANNE Didier (ANESM), BLANCHIER Véronique (ARS Pays de la Loire), PELC Alain (CCMSA), ROELANDT Jean-Luc (CCOMS), LAANANI Moussa, REY Grégoire (CépiDc), CARRE Daniel (CISS), MARTINON Sophie, POLTON Dominique (CNAMTS), DUBEE Emmanuelle (CNSA), VEDRINNE Jacques (CRPCS), ROUX Sébastien (Dares), POISSON Jean-Frédéric (Député), JULIENNE Katia (DGCS), ANGLADE Cécile (DGOS), CASTAING Geneviève, FAVROT Marie-Christine (DGS), BRILHAULT Gwennaelle, CARRIERE Monique, DE SAINT POL Thibaut, LE CLAINCHE Christine, MAS Rémy, MOISY Muriel, MOUQUET Marie-Claude, RAYNAUD Denis, RIPOSA Carmela, ULRICH Valérie, VON LENNEP Franck (DREES), DANIEL Thierry, PLANCKE Laurent (F2RSM), OCHOA André (FNORS), TOCHE Olivier (Injep), BECK François (Inpes), CHAN CHEE Christine, COHIDON Christine, GOURIER-FRERY Claire, GREMY Isabelle, IMBERNON Ellen, WEBER Françoise (InVS), COLDEFY Magali (Irdes), VAZEILLES Isabelle (IRESP), Fuseau Alain (MDA), BEAUCHAMPS Bruno (médecin généraliste), DEBOUT Michel (Médecin légiste), SALENGRO Bernard (Médecin du travail), SANDRET Nicolas (Médecin Inspecteur du Travail), SOUBIELLE Anne-Marie (Ministère de l'agriculture), MURAT Fabrice (Ministère de l'Education-DEPP), DELAHAYE Jean-Paul, NEULAT Nadine (Ministère de l'éducation – DGESCO), BAUDET Marc, CHOPIN Corinne, HARRIS Annie, LERAITRE Philippe, GUILLEN Serge, SABLAYROLLES Isabelle (Ministère de l'intérieur - IGPN), BARNET Lydie, MOREL-DARLEUX Julien (Ministère de la Justice), MARMIER Mathilde, OBRECHT Olivier (Cabinet santé), LEGRAND Bénédicte (Ministère du Travail – DGT), BAUDELOT Christian, BERNUS Didier (personnalités qualifiées), ALLOUARD CARNY Martine, GUIBERT Paul (Phare Enfants-Parents), ARBUS Christophe, DEJOURS Christophe, TERRA Jean-Louis, VAIVA Guillaume (Psychiatres), CHOLLET Isabelle (Le Refuge), GIGON Emmanuel, MOQUET Philippe (RSI), PASQUET Isabelle (sénatrice), IGOT Jean Pierre (S.O.S. Amitiés France), DYBAL Jean (UNAFAM), FACY Françoise (UNPS).

DESTINATAIRES : les participants et membres de l'ONS

Compte-rendu de la réunion

Introduction par Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, présidente de l'Observatoire

La réunion de lancement de l'Observatoire national du suicide est introduite par Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, qui rappelle les enjeux de santé publique que représente la prévention du suicide et la nécessité de se doter d'un observatoire (cf. discours en annexe).

A l'issue de cette intervention, les participants sont invités à faire part de leurs interrogations et réflexions. Les remarques portent sur la nécessité de clarifier le périmètre d'action de l'observatoire et de prendre en compte les disparités territoriales (régions, départements) concernant les taux de mortalité par suicide et les programmes d'action mis en œuvre. De même se pose la question du rôle des actions des agences régionales de santé (ARS) et de leur prise en compte de l'enjeu de la suicidologie. Certains intervenants défendent également la mise en place de ponts entre les associations de prévention et la recherche, et leur attachement à l'indépendance de l'observatoire. D'autres évoquent les priorités concernant les populations à suivre dans les programmes futurs à mettre en œuvre : les personnes ayant réalisé une tentative de suicide, les personnes d'âges intermédiaires (40-55 ans), les personnes fragilisées par la crise. Enfin, est mise en avant l'idée que les données recueillies par les associations d'usagers et de famille pourraient être utilement mobilisées dans le cadre des travaux de l'observatoire.

La Ministre rappelle qu'un des enjeux des travaux de l'observatoire sera de s'appuyer sur les informations existantes et de mieux les coordonner pour étayer le constat sur le suicide et les actions de prévention. Elle réaffirme aussi l'importance des préconisations du rapport du CESE datant de février 2013 et souligne qu'une instruction pourra être donnée aux ARS d'accorder une importance majeure à la lutte contre le suicide étant entendu qu'elles gardent une marge de manœuvre en fonction des priorités régionales.

Intervention de Franck von Lenep, Président délégué de l'Observatoire, Directeur de la Drees : fonctionnement, composition et missions de l'Observatoire

Le fonctionnement, la composition et les missions de l'Observatoire sont définis par décret. Il réunit des représentants des ministères, des parlementaires, des acteurs institutionnels ou opérateurs du champ sanitaire et médico-social, des chercheurs, des professionnels de santé, des personnalités qualifiées et des représentants d'associations.

L'Observatoire a la possibilité, lorsqu'il l'estime nécessaire, d'inviter ponctuellement toute personne, non membre, susceptible de lui apporter un éclairage.

L'Observatoire a pour missions d'améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide, de développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention, d'évaluer l'effet des politiques publiques et de produire des recommandations. Il se réunira en assemblée plénière deux fois par an, en février lors de la semaine nationale de prévention du suicide et en septembre à l'occasion de la journée internationale de lutte contre le suicide. Il s'appuiera sur deux groupes de travail. Le premier, piloté par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), portera sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide ; le second, piloté par la Drees, sera en charge de recenser les travaux d'étude et de recherche existants et d'initier de nouveaux travaux sur les thématiques considérées comme prioritaires par l'Observatoire. La Drees assure le secrétariat de l'Observatoire ; Ce dernier produira un rapport annuel, le premier est prévu pour septembre 2014.

Interventions de l'InVS et du CepiDc (les supports InVS sont mis à disposition des membres de l'Observatoire)

Madame Françoise Weber, directrice de l'InVS, présente les travaux de l'InVS sur le suicide, et confirme l'intérêt que pourraient avoir les données de l'association SOS amitiés pour l'InVS. Madame Christine Chan Chee (InVS) présente plus en détail la surveillance des tentatives de suicide en France métropolitaine. Les données de cadrage disponibles, issues du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) ainsi que des informations extraites du réseau Oscour sont exposées. Elle rappelle que

malgré leur richesse, ces sources ne délivrent pas d'informations socio-démographiques sur les individus ayant réalisé une tentative de suicide (activité professionnelle, situation familiale,...).

La présentation de Madame Christine Cohidon (InVS) est consacrée au lien entre suicide et activité professionnelle. Elle rappelle qu'il existe quatre sources majeures d'information : les fichiers de mortalité du CépiDc, les données sur les structures médico-légales, les fichiers de déclaration des accidents du travail et les fichiers de l'inspection du travail. Ces sources de données ne sont cependant pas exhaustives et ne permettent pas une quantification du lien entre suicide et activité professionnelle.

L'intervention de Monsieur Grégoire Rey (CépiDc) détaille la procédure de remontée des certificats de décès et la méthode utilisée par le CépiDc pour estimer la mortalité par suicide avant de se concentrer, dans un deuxième temps, sur le lien entre crise économique et suicide. Il met en évidence des lacunes dans la remontée des certificats de décès qui peuvent expliquer certaines disparités régionales ou locales dans la déclaration des mortalités par suicide. Il conviendrait de mettre en œuvre des procédures harmonisées comme la certification électronique. Il rappelle que les taux sont difficilement comparables entre pays du fait des biais d'enregistrement des causes de mortalité ainsi que des différences culturelles d'appréhension du suicide.

Tour de table : priorités pour les travaux de l'Observatoire

Concernant les données quantitatives, les participants soulignent le besoin d'améliorer la qualité de l'information sur les variables sociales.

Les intervenants insistent parallèlement sur la nécessité de mettre en place des études de terrain, des études étiologiques pour comprendre les processus de souffrance et de prise en charge, les parcours de vie en amont des personnes à risque suicidaire. Les facteurs de risque, dont le nombre s'élève à 15 ou 20, sont bien identifiés : dépressions non traitées, troubles bipolaires, surconsommations médicamenteuses... Il sera nécessaire de mobiliser les sources de données locales ou issues d'associations, pour mieux appréhender les différences de conditions d'accès aux soins et de suivi des personnes ayant réalisé une tentative de suicide dans les différents territoires. L'étude des liens entre troubles somatiques et maladies chroniques (ex. cancer) susceptibles d'engendrer l'exclusion sociale et des idées suicidaires est une autre piste évoquée. Concernant la thématique suicide-travail, il importe de définir le champ du travail, et de mobiliser toutes les compétences, notamment les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Enfin, si le suicide peut concerner tout le monde, les intervenants précisent que certaines populations sont plus fragiles face au risque suicidaire, citant les personnes âgées, les jeunes, les minorités sexuelles, la population en milieu carcéral (les détenus et le personnel travaillant en prison), les personnes handicapées ou affectées par une longue maladie. La problématique du deuil des familles de suicidés devra également être évoquée. Enfin, les intervenants mentionnent la nécessité d'élaborer des programmes de prévention avec des liens plus étroits établis entre la recherche et l'action.

ANNEXE

Discours de Mme la Ministre de la Santé, Marisol Touraine.

Mesdames et Messieurs les parlementaires,

Monsieur le Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Mesdames et Messieurs,

Le suicide concerne chacun d'entre nous, il concerne la société tout entière. Il est un appel au secours, il s'impose parfois comme l'ultime recours pour des personnes seules, des jeunes en détresse ou des âgés malades.

Le suicide peut survenir partout : dans nos centres ville, nos quartiers et nos campagnes, dans nos entreprises et nos maisons de retraite. Il est un acte intime qui frappe tous les milieux sociaux, sans exception.

Toutefois, nous partageons tous ici une conviction : le suicide, bien qu'intimement individuel, peut être combattu collectivement. Sa prévention ne peut pas, et ne doit pas, rester confidentielle.

Aujourd'hui, la réalité du suicide est encore mal connue. Elle reste un sujet tabou, un sujet dont on ose peu parler.

Nous disposons d'innombrables informations sur le suicide. Mais toutes ces données sont mal coordonnées. Nos connaissances sur les tentatives de suicide restent trop faibles et mal documentées. Si nous voulons prévenir et agir en amont, il est indispensable de mieux analyser les comportements qui devraient nous alerter, notamment chez les jeunes ou les personnes âgées.

C'est la raison pour laquelle j'ai annoncé, en février dernier, au Conseil économique, social et environnemental (CESE), la création d'un Observatoire national du suicide, suivant en cela l'une de ses préconisations.

Je tiens à rassurer les sceptiques : mieux connaître ne sera pas un prétexte pour ne pas agir.

Au contraire, décider de mieux repérer, de mieux alerter et de mieux prévenir, c'est ne pas céder à la fatalité.

// C'est rappeler que le suicide est d'abord et avant tout un enjeu de santé publique

En France, toutes les 50 minutes, une personne se suicide. Chaque année, près de 11 000 de nos concitoyens mettent fin à leurs jours. 11 000 morts par an : c'est trois fois plus que les accidents de la route ! Il faut aussi redire sans cesse que le suicide est la première cause de décès chez les 25-34 ans et la 2ème chez les jeunes de 15-24 ans.

Dans le même temps, 220 000 tentatives de suicide sont recensées tous les ans, conduisant à une prise en charge dans nos services d'urgence. La moitié d'entre elles débouche sur une hospitalisation.

Au cours de ces 25 dernières années, des progrès ont été réalisés grâce à la mobilisation de tous : le taux de suicide a baissé de 20%. Toutefois, il a diminué trois fois moins vite que l'ensemble des morts violentes. Certaines tranches d'âges sont même confrontées à une hausse du taux de suicide : c'est le cas des 45-54 ans. Les personnes âgées sont aussi particulièrement touchées : un tiers de celles et ceux qui se suicident a plus de 60 ans. La radicalité de leur geste est souvent le fruit d'une extrême solitude.

S'il n'est pas une fatalité, si les pouvoirs publics ont les moyens de le combattre, c'est parce que le suicide n'est pas seulement la conséquence d'un choix individuel : il est d'abord un fait social. Et existe-t-il un signe plus fort que les inégalités face au suicide pour attester de cette réalité ? Ces inégalités, le rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental les a de nouveau montrées.

D'abord, les comportements entre les hommes et les femmes diffèrent : les premiers sont trois fois plus nombreux à se donner la mort, lorsque les secondes effectuent deux fois plus de tentatives.

Dans le même temps, les disparités sociales sont choquantes : les ouvriers sont trois fois plus touchés que les cadres. Celles et ceux qui sont frappés par l'isolement, par la précarité, par le chômage, par le mal-être au travail ou par des ruptures de vie en sont les premières victimes.

Par ailleurs, les minorités sexuelles sont surexposées, et en particulier les plus jeunes, qui doivent souvent affronter des discriminations importantes au moment de l'adolescence. L'homophobie tue, n'ayons pas peur des mots.

Le lieu de vie, enfin, semble déterminant. On observe en effet des disparités flagrantes entre les régions : les taux les plus élevés concernent la Bretagne et la Basse-Normandie. La France est enfin bien plus touchée que ses voisins européens.

II/ Le suicide n'est pas une fatalité. Nous avons donc la responsabilité et le devoir de nous mobiliser pour agir

Le travail des professionnels et des associations montre chaque jour que nous ne sommes pas impuissants face au suicide.

De nombreuses initiatives se sont avérées efficaces : je sais d'ailleurs que certaines personnes présentes dans cette salle aujourd'hui se sont personnellement engagées sur ce sujet. Plusieurs des dispositifs que vous avez déployés ont fait la preuve de leur efficacité pour prévenir le suicide. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, par exemple, certaines expérimentations visent à maintenir un lien fort avec les personnes après leur sortie de l'hôpital : et les résultats sont là, puisque les récurrences ont été réduites de manière significative.

Néanmoins, il est encore essentiel de mieux comprendre le suicide. Les statistiques sont là, mais elles ne suffisent pas pour améliorer nos politiques de dépistage. Par ailleurs, l'évaluation de nos politiques publiques demeure relativement pauvre.

III/ Le lancement de l'observatoire national du suicide marque donc une étape importante

Ce combat est un enjeu de santé publique. Mais il doit mobiliser beaucoup plus largement. Il requiert que nous soyons collectivement engagés. C'est la raison pour laquelle j'ai voulu que la composition de cet observatoire soit plurielle.

Les associations, d'abord, seront au premier plan. Celles qui représentent les usagers du système de santé, les proches des personnes malades et les associations d'écoute et de prévention du suicide mettront au service de tous leur expérience de terrain. Leur capacité à se mobiliser au plus près de nos concitoyens et à être à l'écoute des personnes vulnérables sera décisive.

Les professionnels de santé occuperont aussi une place déterminante. Des psychiatres, des médecins légistes, des urgentistes, des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins scolaires permettront tous d'apporter une expertise médicale à la compréhension du suicide.

Des chercheurs, notamment des sociologues, des spécialistes du suicide et des parlementaires seront également étroitement associés.

Par ailleurs, les pouvoirs publics joueront pleinement leur rôle. La question du suicide doit être appréhendée dans toutes ses composantes. Elle doit faire intervenir l'Éducation nationale, le ministère de la justice, celui du travail, celui de l'Enseignement supérieur et de la recherche, le ministère de l'intérieur et celui de l'agriculture. Au total, sept ministères seront représentés au sein de l'observatoire, ainsi que des agences régionales de santé (ARS), des opérateurs et des caisses d'assurance maladie.

Enfin, je tiens à remercier la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), à laquelle l'observatoire national du suicide sera rattaché. C'est la mission première de la DREES que de doter l'Etat d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation. Je sais ainsi pouvoir compter sur elle, et sur l'engagement de ses agents, pour aider les pouvoirs publics à appréhender le suicide dans toute sa complexité.

Je sais également que les sollicitations ont été nombreuses pour participer aux travaux de l'observatoire. Et je m'en réjouis, car elles illustrent la nécessité de franchir une nouvelle étape dans la compréhension du suicide. Chacun pourra ainsi contribuer aux travaux par le biais de groupes de travail.

IV/ La responsabilité de l'Observatoire national du suicide sera grande

Ses membres auront pour mission de mieux coordonner les informations existantes, de mieux repérer et de mieux alerter.

Ils auront la charge d'adresser des recommandations aux décideurs publics. L'observatoire produira un rapport annuel, en développant à chaque fois plus particulièrement une thématique spécifique. Les modalités de son travail seront rapidement précisées et des groupes seront constitués pour avancer, notamment, dans le domaine de la recherche et dans celui de la prévention.

Plusieurs axes thématiques pourront être développés : je pense, par exemple, au suicide des personnes âgées, qui fait l'objet de travaux conduits par Michèle DELAUNAY. Sur ce sujet, nous savons qu'il y a urgence ! Nous avons donc la responsabilité de trouver rapidement des solutions.

Mesdames et Messieurs,

En matière de suicide, nous ne sommes pas condamnés à l'inaction.

Vous pouvez être certains de ma détermination sans faille pour conduire ce combat. La mise en place de l'Observatoire national du suicide s'accompagnera d'une politique volontariste en la matière. Nous n'avons d'ailleurs pas attendu et des mesures ont d'ores et déjà été mises en œuvre : j'ai à l'esprit les actions à destination des jeunes et de leurs parents, la prévention du suicide en ligne ou le renforcement de la formation des professionnels au contact des personnes vulnérables.

Tout ne reposera donc pas sur l'Observatoire national du suicide : mais il sera un outil indispensable pour mieux connaître, mieux prévenir et conduire plus efficacement notre combat contre le suicide.

Je vous remercie.

-----**FIN de l'Intervention**-----