



SYNTHÈSE

DOSSIERS P.33

*AVANCEMENT
DES TRAVAUX* P.105

FICHES P.155

ANNEXES P.203

SYNTHÈSE

Diane Desprat et Valérie Ulrich (DREES)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Données épidémiologiques sur les tentatives de suicide

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

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

10. L'analyse est ici circonscrite aux tentatives de suicide des personnes hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée des services des urgences. Toutefois, elle ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, ni encore les personnes non hospitalisées après l'acte suicidaire.

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

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

2. Enjeux éthiques de la prévention du suicide

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Président fédéral de l'association SOS Amitié.

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

18. Psychiatre, CHU de Caen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2. La vulnérabilité des jeunes et leurs comportements suicidaires

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

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

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

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

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

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

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

4. État d'avancement des travaux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Avancement des recherches financées par l'Observatoire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Suivi des recommandations des précédents rapports

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

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

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

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

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

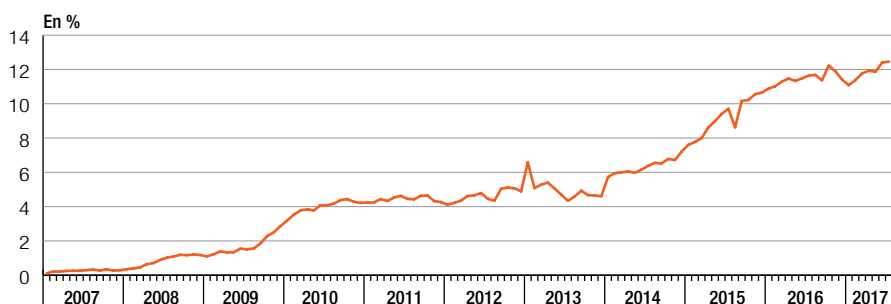
²⁷. Voir sur le site Web du Cépidc (www.cepidc.inserm.fr) une description du circuit administratif du certificat de décès.

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

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

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

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



Source • CépiDc-Inserm.

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

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

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

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

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

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

6. Nouvelles recommandations

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

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

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

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

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

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

6.2. Recommandations sur le suicide des jeunes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

