

Émergence d'une priorité nationale de santé publique

L'exemple du suicide

Le suicide, responsable de 12 000 décès par an était encore il y a peu un phénomène ignoré. Comment est-il devenu une priorité de santé publique ? De l'émergence du problème aux programmes de santé : l'histoire d'une priorité...

En 1994, le rapport *La santé en France* du Haut Comité de la santé publique classait le suicide au rang des priorités de santé². En effet, le suicide est actuellement considéré comme un problème important de santé publique par sa fréquence (12 000 décès par an, soit plus que le nombre de décès par accident de la route) et par sa gravité puisqu'il représente, en termes d'années de vie perdues, la troisième cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs³. De plus, son incidence est en augmentation chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement chez les hommes de moins de 50 ans⁴.

La croissance du taux de suicide n'est cependant pas un phénomène récent. On observe depuis le début des années soixante-dix une augmentation constante de ce taux, avec un pic à 23 pour 100 000 habitants en 1985-1986, suivie d'une légère régression et d'une stabilisation à un niveau élevé (20,8 pour 100 000 habitants en 1995). La France est actuellement un des pays industrialisés les plus touchés par ce problème.

Malgré cela, le suicide est longtemps resté en marge du débat public. En 1992, une étude du Conseil économique et social soulignait : « le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias »⁵. Comment ce phénomène, ignoré pendant longtemps par les pouvoirs publics, a-t-il alors émergé récemment en tant que priorité de santé ? Quels ont été les déterminants pour la réalisation d'un programme national de prévention ?

La période de latence

Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, le terme de « priorité de santé » n'existe pas de façon explicite. Le débat est dominé par les grandes causes telles que le sida ou la toxicomanie, par les problèmes éthiques (lois bioéthiques) et par les « scandales médicaux », tels que l'affaire du sang contaminé.

Le suicide commence toutefois à être perçu comme un problème de santé publique. En 1986, une étude de l'Inserm réalisée par Davidson et Philippe⁶ montre une augmentation significative du nombre de suicides depuis le milieu des années soixante-dix. Mais ce thème n'est pas alors considéré comme une priorité de recherche, et cette publication a peu de répercussions au niveau des pouvoirs publics.

Priorité de santé

« Problème de santé considéré comme grave au vu de certains indicateurs, et sur lequel les pouvoirs publics doivent concentrer leur action par des études, des recherches, des groupes de travail, mais aussi par des politiques structurelles. »¹

Des actions de prévention du suicide existent cependant. Elles sont le fait de nombreuses associations de bénévoles, telles que SOS Amitié ou SOS Suicide Phénix, ou d'acteurs isolés. Le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), créé en 1969, a pour but de coordonner les recherches dans ce domaine, et de favoriser les initiatives susceptibles d'aider à la prévention du suicide. Il

organise chaque année des journées sur des thèmes permettant l'étude des aspects épidémiologiques, cliniques et préventifs de la conduite suicidaire.

Sur le plan législatif, le problème du suicide fait son apparition dans la loi du 31 décembre 1987 qui définit la provocation au suicide comme un délit, passible de peines correctionnelles.

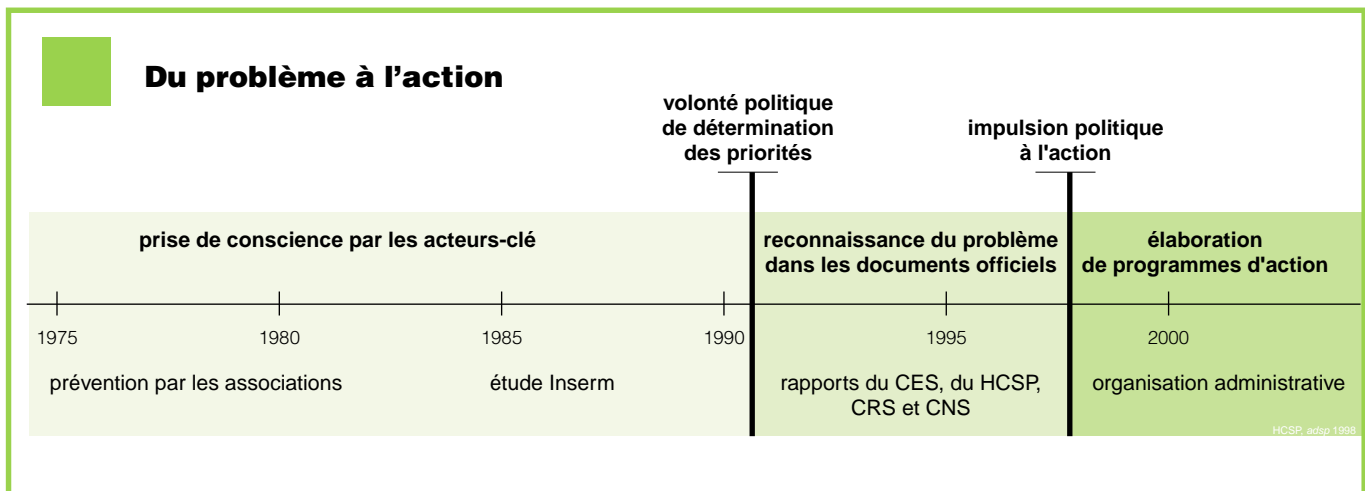
Émergence d'une priorité

C'est au début des années quatre-vingt-dix qu'apparaît explicitement la nécessité de définir des « priorités » afin d'orien-

tion de cette étude a pour objectif « de permettre, après bien d'autres, de sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à cette souffrance à la vie qui n'offre d'autre issue que la mort ». Elle aborde le suicide dans toutes ses dimensions : culturelle, sociale, et personnelle. Le rapport fait l'objet d'une large diffusion et contribue à la prise de conscience du suicide en tant que problème de santé publique, et non plus seulement en tant que problème individuel.

De janvier à mai 1994, à l'occasion de l'élaboration du rapport *La santé en France* du Haut Comité de la santé publique, la DGS lance une consultation sur

réponses précédentes, permettent d'établir un classement des problèmes identifiés : la santé mentale apparaît comme un problème particulièrement préoccupant, puisque « suicides et tentatives de suicide » sont classés en 6^e position, devant les « dépressions » et « troubles mentaux chroniques » (respectivement en 9^e et 10^e position). Des propositions d'objectifs spécifiques sont formulées par un groupe d'experts « spécialistes » dans chacun des domaines considérés. Il s'agit, pour la catégorie « suicides et dépressions », de « diminuer la gravité et la durée des dépressions et, d'ici l'an 2000, réduire de 10 % le taux de suicides ».



ter les politiques de santé. En 1992, dans un rapport intitulé *Stratégie pour une politique de santé*⁷, le HCSP se propose d'établir un ensemble cohérent d'objectifs prioritaires et d'actions à entreprendre. Cette notion de priorité de santé est également intégrée dans la réorganisation, cette même année, de la direction générale de la Santé (DGS), service du ministère chargé de la Santé le plus impliqué dans la définition, l'impulsion et le suivi de la politique nationale de santé.

Par ailleurs, en 1993, le Conseil économique et social se saisit du « suicide » sur une proposition de Michel Debout, professeur de médecine légale au CHU de Saint-Étienne, et membre de la section Affaires sociales du Conseil. La réalisa-

tion de cette étude a pour objectif « de permettre, après bien d'autres, de sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à cette souffrance à la vie qui n'offre d'autre issue que la mort ». Elle aborde le suicide dans toutes ses dimensions : culturelle, sociale, et personnelle. Le rapport fait l'objet d'une large diffusion et contribue à la prise de conscience du suicide en tant que problème de santé publique, et non plus seulement en tant que problème individuel.

De janvier à mai 1994, à l'occasion de l'élaboration du rapport *La santé en France* du Haut Comité de la santé publique, la DGS lance une consultation sur

réponses précédentes, permettent d'établir un classement des problèmes identifiés : la santé mentale apparaît comme un problème particulièrement préoccupant, puisque « suicides et tentatives de suicide » sont classés en 6^e position, devant les « dépressions » et « troubles mentaux chroniques » (respectivement en 9^e et 10^e position). Des propositions d'objectifs spécifiques sont formulées par un groupe d'experts « spécialistes » dans chacun des domaines considérés. Il s'agit, pour la catégorie « suicides et dépressions », de « diminuer la gravité et la durée des dépressions et, d'ici l'an 2000, réduire de 10 % le taux de suicides ».

ter les politiques de santé. En 1992, dans un rapport intitulé *Stratégie pour une politique de santé*⁷, le HCSP se propose d'établir un ensemble cohérent d'objectifs prioritaires et d'actions à entreprendre. Cette notion de priorité de santé est également intégrée dans la réorganisation, cette même année, de la direction générale de la Santé (DGS), service du ministère chargé de la Santé le plus impliqué dans la définition, l'impulsion et le suivi de la politique nationale de santé.

Par ailleurs, en 1993, le Conseil économique et social se saisit du « suicide » sur une proposition de Michel Debout, professeur de médecine légale au CHU de Saint-Étienne, et membre de la section Affaires sociales du Conseil. La réalisa-

À la suite de ce rapport, un certain nombre d'études et d'actions sont engagées immédiatement pour faire face aux priorités mises en évidence. Aucune cependant ne concerne le suicide.

La prise de conscience s'élargit

En décembre 1994, Philippe Douste-Blazy, alors ministre délégué à la Santé, annonce la tenue, dans chaque région, d'une conférence sur l'état de santé et les priorités de santé publique. Ces conférences régionales de santé ont pour but de positionner les régions par rapport aux objectifs nationaux de santé, et d'identifier les priorités au niveau régional. Elles

se déroulent dans les 26 régions entre 1995 et le premier trimestre 1997. Parmi les problèmes de santé identifiés comme prioritaires, « suicides et dépressions » dominent nettement. Ils sont sélectionnés dans près de deux tiers des régions (soit 16) et 9 d'entre elles (Haute et Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Lorraine, Pays de Loire, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes) décident de mettre en place une programmation régionale de prévention du suicide.

Enfin, en 1996, et grâce à la prise de position des conférences régionales de santé, la prévention du suicide apparaît comme une des dix priorités nationales dès la première Conférence nationale de santé. Les objectifs de la politique nationale sur ce thème sont de « coordonner les actions régionales » et « renforcer la recherche clinique et épidémiologique ».

L'impulsion politique

Dès son arrivée au secrétariat d'État à la Santé en juin 1997, Bernard Kouchner demande l'élaboration d'une réflexion nationale pour améliorer la prévention du suicide en France. Cette réflexion est confiée au bureau de la DGS chargé de la politique en santé mentale (bureau SP3) qui propose alors la mise en place d'un programme national de prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes.

Le 5 février 1998, la Journée nationale de prévention du suicide est organisée pour la deuxième année consécutive par un groupement d'associations. Lors du discours de clôture de cette journée, Bernard Kouchner annonce la mise en place rapide de mesures urgentes articulées autour de quatre axes : développer l'écoute, mieux prendre en charge les adolescents à l'hôpital, s'appuyer sur les médecins généralistes, et initier une politique de communication. Son souhait est de voir le taux de suicides passer « en dessous de la barre symbolique des 10 000 morts par an en France » d'ici l'an 2000⁸. Il annonce également le lancement du programme national de prévention.

Une nouvelle forme de coopération entre l'État et les régions

Ce « Programme national de prévention du suicide des adolescents et jeunes adultes » est confié à un médecin inspecteur de santé publique au bureau SP3 de la DGS. Une interne en santé publique est également affectée à temps plein au projet.

L'élaboration du programme est actuellement en cours. Elle s'appuie sur les travaux déjà réalisés par les différentes régions dans le cadre des programmes régionaux de santé, créant ainsi un processus dynamique d'échanges entre le niveau régional et le niveau national. Plusieurs groupes de travail sont constitués, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés par le problème du suicide :

- un groupe de réalisation du projet : constitué des responsables des neuf programmes régionaux de prévention du suicide et d'acteurs de terrain très impliqués sur ce thème dans leur région (sociologues, psychiatres...),
- un comité de pilotage : représentants des institutions, fondations ou associations concernées,
- un comité scientifique : experts en matière de connaissance des conduites suicidaires,
- un comité méthodologique : experts en matière de gestion de projet et d'évaluation.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) assure le soutien méthodologique de ce programme qui inaugure de nouvelles formes de coopération entre l'État et les régions. Elle réalise également une revue de la littérature internationale des actions déjà évaluées dans ce domaine. Ces actions, ainsi que celles effectuées dans les régions, seront intégrées dans une « modélisation du parcours du suicidant » définissant les différentes étapes de la prévention du suicide. Les actions n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité feront l'objet d'une évaluation dans les régions qui les auront mises en place.

L'objectif de cette démarche est la présentation, en février 2000, de recom-

mandations nationales en matière de prévention du suicide, basées sur des actions ayant prouvé leur efficacité.

La reconnaissance effective d'un problème de santé publique : un parcours balisé

Actuellement, le suicide est reconnu comme une priorité de santé publique et une dynamique est en route pour la réalisation d'un programme national de prévention. De nombreuses étapes se sont succédées avant la prise de conscience du problème par les pouvoirs publics d'une part, et la mise en place d'un programme d'autre part. À partir de cet exemple, il est possible de reconstituer ces différentes étapes qui semblent nécessaires à l'émergence d'une priorité de santé :

- tout d'abord, la prise de conscience du problème par un certain nombre d'acteurs-clé (associations, professionnels de santé, chercheurs, pouvoirs publics...),
- une volonté politique de déterminer des priorités (clairement établie en France depuis le début des années quatre-vingt-dix),
- la reconnaissance du problème dans plusieurs documents officiels. Dans le cas du suicide, la succession des rapports du Conseil économique et social et du Haut Comité de la santé publique, des conférences régionales de santé, puis des conférences nationales de santé ont contribué à sa reconnaissance en tant que « priorité »,
- une impulsion politique à l'action,
- une organisation administrative *ad hoc*, impliquant la mobilisation de personnes chargées du dossier,
- l'élaboration de programmes d'action, faisant intervenir des acteurs d'horizons divers, tous concernés par le problème.

La manière dont seront allouées les ressources nécessaires à la mise en œuvre des actions devrait venir signer la réalité de la priorité accordée au suicide en France. Il est probable que la succession de ces étapes soit nécessaire à la reconnaissance d'une priorité de santé publique quelle qu'elle soit, et à la mise en

œuvre d'actions dans le cadre d'une politique de santé. ■

Références

1. Discours de Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la Santé. Mercredi 21 décembre 1994. Conférence de presse Haut Comité de la santé publique.
2. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France. Rapport Général*. Paris : La Documentation française, 1994.
3. A. Philippe. *Épidémiologie du suicide en France*. Communication. Bordeaux : 1997.
4. F. Hatton, F. Facy, A. Letoullec. *Évolution récente de la mortalité par suicide en France (1985-1994)*. BEH, 1996 ; 30 : 132-133.
5. M. Debout (rapporteur). *Le suicide. Étude présentée par la section des affaires sociales*. Journal Officiel, Avis et rapports du Conseil économique et social n° 15, 1993.
6. F. Davidson, A. Philippe. *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Étude épidémiologique*. Paris : Éditions Inserm/ Doin, 1986 : 1-173.
7. Haut Comité de la santé publique. *Stratégie pour une politique de santé*. Rennes : Éditions École nationale de santé publique, 1993.
8. Discours de clôture de Bernard Kouchner lors de la deuxième journée nationale sur la prévention du suicide. Jeudi 5 février 1998.

Actualité et dossier en santé publique

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

Nouvelle formule à partir
de septembre 1998

adsp
actualité et dossier en santé publique

prochains
dossiers

Septembre 1998

Réseaux de santé
et filières de soins

Décembre 1998

Cancers

adsp est en vente à La Documentation française
240 F l'abonnement annuel (4 numéros) ou 75 F le numéro
La Documentation française, Service des abonnements
124, rue Henri Barbusse, 93308 Aubervilliers
Téléphone : 01 40 15 70 00. Télécopie : 01 40 15 68 00

Mireille Cœuret-Pellicer

Interne de santé publique, bureau SP3,
direction générale de la Santé