

# Les programmes de prévention

Suite aux recommandations de l'OMS en 1989, plusieurs pays européens ont développé des programmes de prévention du suicide avec des approches quelquefois différentes. La France, qui a un des plus grand taux de mortalité par suicide au niveau européen, s'est dotée d'une stratégie nationale d'actions face au suicide pilotée par le ministère de la Santé et programmée sur cinq ans.

## La stratégie nationale d'actions face au suicide

**Murielle Rabord**  
Attaché  
d'administration  
centrale, direction  
générale de la Santé

Les données épidémiologiques sur la prévention du suicide (lire page 31), le fait que cette problématique figure parmi les 10 priorités de santé publique de la Conférence nationale de santé dès 1996, ainsi que le choix de 14 régions d'inscrire la prévention du suicide dans leur priorités régionales de santé ont conduit le ministère de la Santé à affirmer la prévention du suicide comme priorité nationale de santé publique dès 1997.

En effet, chaque année, en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en meurent. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, après les accidents de la route, et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. Il croît progressivement avec l'âge, et de manière plus marquée chez l'homme que chez la femme (notamment entre 15 et 40 ans, puis entre 65 et 95 ans ou plus). Les sujets âgés payent le tribut le plus lourd à la mortalité suicidaire. La France a un des plus grand taux de mortalité par suicide au niveau européen.

Il s'agit d'un phénomène complexe et multifactoriel caractérisé par la jonction fréquente de facteurs socio-

logiques et de facteurs psychopathologiques. Le suicide est certes un des symptômes du mal-être, de la souffrance psychique ou de la détresse morale. Cependant, de nombreuses études démontrent l'importance des facteurs psychiatriques : les plus fréquents étant la dépression (50 % des cas), l'alcoolisme (30 %) et la schizophrénie (6 %). Un trouble de la personnalité est, d'autre part, retrouvé chez environ 35 % des suicidés. Le rôle de l'anorexie mentale, de la toxicomanie et de certains troubles de la personnalité est particulièrement important chez l'adolescent et l'adulte jeune.

Ce vécu de souffrance, lorsqu'il est aigu ou trop invalidant, peut déstabiliser la relation d'aide ou les prises en charge sanitaires et rendre inopérants les outils d'intervention classiques dont disposent les professionnels. Cela conduit ces derniers à s'interroger, d'une part sur la nature du trouble et son impact sur les prises en charge, d'autre part sur leur propre compétence à prendre en charge la situation. Les personnes suicidantes sont par ailleurs parfois des usagers assez faiblement demandeurs de soins psychiques ou de rencontres avec les services de soins spécialisés, ou peu préparés à effectuer une telle démarche.

Ainsi, la souffrance psychique ou le trouble mental viennent complexifier les pratiques et ne cessent d'interroger les limites d'intervention et leur basculement possible dans un champ qui n'est plus tout à fait celui du travail éducatif ou social. Cette situation s'accompagne parfois d'un épuisement de ces professionnels, dit « burn out », ces problématiques émergeant souvent



### La prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires

**Une mission ayant pour thème le suicide en prison dresse un état des lieux et propose une série de mesures de prévention.**

L'existence de suicides chez les personnes détenues est largement connue, bien que ce phénomène ne représente qu'environ 1 % de l'ensemble des suicides (125 sur 10 268, en 1999, en France). La pendaison est utilisée dans plus de 90 % des cas, comme dans les milieux — l'hôpital également —, où l'accès aux autres moyens est contrôlé.

Les médias relatent avec constance tous les suicides qui surviennent, ce qui crée un incitatif permanent à la prévention. Le taux de suicides dans les établissements est parfois dénoncé comme un phénomène hautement inacceptable et, en même temps, la prévention comme une mission quasi impossible.

Ce contexte n'a pas empêché les acteurs pénitentiaires et sanitaires de faire porter leurs efforts sur la prévention de ce qui est toujours un drame. La mission récente que nous avons réalisée fait un état des lieux et débouche sur une série de propositions [27].

#### Les chiffres

La figure 1 montre une augmentation nette des suicides à partir de 1993, avec un pic à 138 en 1996. Depuis, le nombre est stabilisé autour de 120 mais aucun fléchissement n'est observé (122 en 2002, 120

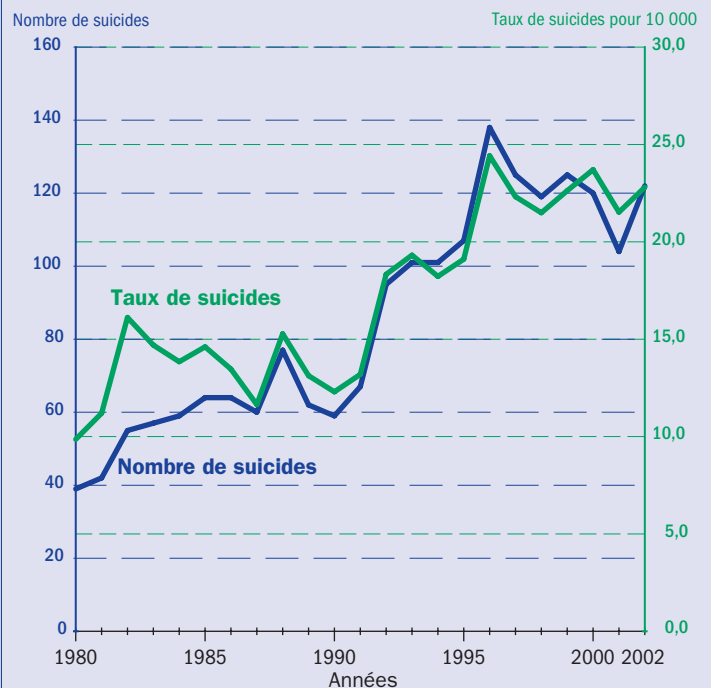
en 2003), alors que le nombre de suicides diminue en population générale entre 1993 et 1999, dernière année disponible.

Pour cette même année, les taux de suicides étaient de 22,6 pour 10 000 en tenant compte du nombre moyen de détenus présents, et de 16,2 pour 10 000 entrants<sup>1</sup>. Par comparaison, le taux est de 17 pour 100 000 habitants en population générale.

Ces comparaisons manquent de rigueur car les personnes détenues, prévenues ou condamnées, sont essentiellement des hommes et présentent de nombreux facteurs de risque de suicide. Une étude anglaise porte sur la comparaison entre les taux de suicides en détention et en liberté conditionnelle ou en travail d'intérêt général<sup>2</sup>. Les taux observés sont similaires, ce qui limite la part

figure 1

#### Évolution du nombre et du taux de suicide depuis 1980 en métropole et en outre mer pour les personnes détenues



Source : Statistiques des suicides, direction de l'Administration pénitentiaire-EMS1.

#### Jean-Louis Terra

Professeur de psychiatrie, chef de service, CHS Le Vinatier, Bron, Laboratoire de psychologie de la santé, équipe d'accueil 3729, université Lyon 2

dans un contexte d'urgence voire de comportements violents.

#### Les principes de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)

Lancée le 19 septembre 2000, elle comporte 4 axes principaux : favoriser la prévention ; diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux ; améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants ; mieux connaître la situation épidémiologique.

La stratégie a comme postulat que le suicide est

accessible à la prévention ; le suicide étant, pour une part importante des décès, une cause de mortalités évitables.

La stratégie repose sur le modèle de la crise suicidaire qui répond à un processus dynamique étalé dans le temps, accessible au repérage et à une intervention pluridisciplinaire axée sur le lien ; conduisant ainsi à une triple évaluation : du risque suicidaire, de l'imminence d'un passage à l'acte, de la létalité du moyen de suicide disponible.

Par ce modèle d'intervention de crise, on considère aujourd'hui à bon escient que l'établissement d'un lien

de sursuicidité imputable à la stricte détention. Un tel constat n'a jamais été un motif pour ne pas faire de la prévention du suicide une priorité en milieu pénitentiaire.

### Les facteurs de risque

Les facteurs de risque de suicide tels que la nature du crime (crime de sang, agression sexuelle sur mineur) ou du délit, le statut de prévenu ou de condamné, les événements de la vie judiciaire (reconstitution, procès, condamnation, refus de libération conditionnelle), et les événements de la vie pénitentiaire (écrou, primo incarcération, placement au quartier disciplinaire) sont bien connus et régulièrement étudiés par l'administration pénitentiaire.

Un effet lié aux caractéristiques des établissements est recherché avec soin selon de nombreux paramètres : maison d'arrêt ou centre de détention, taille, ancienneté, effectifs de personnels, surpopulation. De telles analyses fournissent des résultats complexes, montrant que l'effet structure peut donner des tendances mais ne peut expliquer à lui seul l'essentiel du phénomène suicide.

Les facteurs de risque de suicide en lien avec la psychopathologie sont en revanche moins connus. Une étude épidémiologique d'envergure est en cours à l'initiative de la direction générale de la Santé pour connaître la prévalence des troubles psychiques chez les personnes détenues. La Commission centrale de suivi des

actes suicidaires au sein de l'administration pénitentiaire ne dispose pas de données pour apprécier le poids des maladies mentales chez les personnes détenues décédées par suicide. Une perspective médicale serait indispensable pour tirer des enseignements afin d'améliorer la prévention.

### La prévention du suicide

Les établissements pénitentiaires ont toujours été confrontés à ce problème mais, depuis plus dix ans, il existe un renforcement de la lutte. Les axes ont été l'amélioration des conditions de détention, une meilleure détection des facteurs de risque, une amélioration de l'accès aux soins, de la surveillance. Des établissements sont devenus des sites pilotes pour expérimenter les recommandations faites par les groupes de travail. Deux circulaires, en 1998 et en 2002, ont structuré la mission de prévention et scellé l'engagement du ministère de la Santé dans cette prévention.


Lors de la mission, il s'est avéré que le dépistage reste insuffisant puisque l'évaluation du risque de suicide et de l'urgence suicidaire n'est pas réalisée systématiquement. Les antécédents suicidaires ne sont pas assez recherchés, malgré une mise en place de commissions de prévention du suicide. Comme dans beaucoup de pays, le taux des personnes décédées par suicide qui ont été repérées précédemment reste trop faible. Cela pourrait laisser supposer qu'à partir du moment où le

repérage est fait, les mesures prises sont efficaces.

Le nombre de personnes ayant une prescription d'antidépresseur varie de 1 à 10 selon les établissements. La dépression non traitée restant la première cause de suicide, de telles variations demandent à vérifier s'il n'y a pas une perte de chance pour certaines personnes dépressives.

Le risque de suicide est considérablement augmenté dans les heures qui suivent le placement au quartier disciplinaire. En raison de cette accélération temporelle du risque, un examen par un psychiatre viendrait vérifier qu'une crise suicidaire ne se cache pas derrière un comportement violent. Cette mesure doit faire l'objet d'une expérimentation.

Une recommandation essentielle porte sur la formation à l'intervention en cas de crise suicidaire. Cette intervention n'est que l'attitude à avoir devant une personne en détresse psychique. L'objectif de former 2 200 personnes d'ici fin 2005 a été retenu.

La prévention du suicide en établissement pénitentiaire est un défi que plusieurs pays ont relevé avec succès. Chaque fois, c'est l'association entre l'investissement dans la formation des personnels et une organisation coordonnée entre les services pénitentiaires et sanitaires qui a été la clé de la réussite. 

1. Source : Statistiques des suicides, direction de l'Administration pénitentiaire-EMS1

2. Source : <http://cebmbh.warne.ox.ac.uk/cebmbh/elmh/nelmh/suicide/prison/>.

de confiance exige l'acceptation du comportement suicidaire et que le meilleur moyen pour établir un bon contact avec une personne suicidaire est d'aborder directement le sujet.

La stratégie nationale concerne tous les âges de la vie. Des études et recherches sont financées par le ministère de la Santé afin de mieux cerner le phénomène du suicide à tous les âges de la vie, afin d'adapter au mieux les actions de prévention et de prise en charge en regard (par exemple : le suicide chez les personnes âgées ; l'analyse du suicide par une approche de génération....).

La stratégie ne néglige aucun moyen d'action visant à la diminution du suicide. La complexité de la démarche de prévention justifie une multitude d'actions au plus près des personnes (par exemple : les travaux visant la réduction d'accès des moyens très létaux de suicide).

La stratégie privilégie une démarche ascendante et s'appuie sur l'expérience des programmations régionales de santé. Ce dispositif national privilégie le développement d'actions de proximité au plus près des situations de souffrance. L'intervention de l'administration centrale s'inscrit en appui technique des programmes



## La prévention du suicide

régionaux de santé (PRS) et en complémentarité et subsidiarité des programmations d'actions locales. Cela permet d'une part d'éviter que des régions réalisent chacune isolément une même action et d'autre part le lancement d'actions modélisables dans toutes les régions. Il s'agit d'inciter à la diffusion et à l'implémentation, sur l'ensemble du territoire, d'actions jugées comme pertinentes et indispensables à une égalité d'accès aux soins de qualité.

Pour ce faire, la direction générale de la Santé (DGS) réunit régulièrement depuis 1998 l'ensemble des responsables des PRS « suicide », et depuis 2001 l'ensemble des référents des directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass) sur la prévention du suicide.

En effet, un référent sur la prévention du suicide a été désigné dans chaque Drass, afin de favoriser à terme l'émergence d'une programmation régionale, et à brève échéance la prise en compte d'un certain nombre d'actions indispensables eu égard à la problématique de santé publique en cause.

Aujourd'hui, il existe 11 PRS sur la prévention du suicide ; 2 PRS « santé des jeunes » intégrant fortement la problématique de prévention du suicide et un PRS « santé mentale des adolescents ». Par ailleurs, un tiers des actions des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) première génération concernent la santé mentale.

La stratégie nationale est une approche pluriprofessionnelle et interministérielle. Elle s'inscrit dans une approche globale et territoriale de la santé mentale. Cette stratégie est une politique de santé publique s'appuyant sur les principes suivants :

- l'intervention de l'État ne peut limiter le système de santé au seul système de soins ;
- les actions et les acteurs existent, mais on constate un manque d'objectif global de promotion de la santé.

Cela entraîne la nécessité d'une mobilisation des différents professionnels concernés par cette problématique. Pour ce faire, la DGS s'est également appuyée sur un comité d'experts et un comité de suivi regroupant les représentants d'autres départements ministériels ou institutions (Caisse nationale d'assurance maladie, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Fondation de France, sociétés savantes...).

Il est ressorti de cette approche interministérielle plusieurs travaux : circulaire Santé/Justice du 26 avril 2002 sur le suicide en prison et le rapport 2003 de la mission du P<sup>r</sup> Terra sur la prévention du suicide en détention ; législation de 2002 sur les armes à feu instaurant une procédure administrative de retrait d'une arme à feu par le préfet lorsque, pour des raisons de santé, il y a risque de suicide ; prise en compte de la problématique du suicide dans le contrat-cadre de partenariat en santé publique de 2003 entre le ministère chargé de la Santé et le ministère chargé de l'Éducation nationale.

La stratégie est évolutive et vise l'amélioration des

pratiques professionnelles, la cohérence et la qualité des actions dans ce domaine, le renforcement de la coordination des actions et des interventions, et l'amélioration de l'information du public et des professionnels.

### Les principales actions constituant la stratégie nationale

#### *Améliorer la prévention du suicide*

La direction générale de la Santé soutient financièrement, depuis plusieurs années, le mouvement associatif d'accompagnement des personnes suicidantes et de leurs familles, comme les associations d'accueil et d'écoute téléphonique fédérées autour de l'Union nationale pour la prévention du suicide.

Le développement de la prévention primaire ou de la promotion en santé mentale est un des axes majeurs de la stratégie, visant notamment le renforcement des actions d'éducation pour la santé, en amont de toute manifestation de comportements à risque ou de symptômes. Plusieurs travaux sont ainsi engagés avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, en lien avec la Cnamts (labellisation d'outils d'éducation pour la santé ; préparation de campagnes de communication sur la santé mentale ; expertise des actions de promotion de santé mentale).

#### *Mieux connaître les circonstances des suicides pour limiter l'accès aux moyens létaux de suicide*

Il s'agit de mieux connaître les circonstances des suicides pour limiter l'accès aux moyens létaux de suicide, notamment dans les cas de suicide dits impulsifs. À cet effet, par exemple, des travaux sont engagés sur le suicide dans le métro parisien et le suicide par armes à feu.

#### *Améliorer la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants*

Des formations de formateurs sur la crise suicidaire sont réalisées depuis deux ans, ainsi que leurs déclinaisons en formations territoriales pluridisciplinaires, à partir des conclusions de la Conférence de consensus, Anaes/Fédération française de psychiatrie, d'octobre 2000 sur « la crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge ». Il s'agit de permettre, aux personnes susceptibles d'être confrontées au cours de leur activité professionnelle ou bénévole à des personnes suicidaires, de repérer la crise suicidaire et de détenir des informations sur la conduite à tenir dans ce cadre. Il ne s'agit en aucun cas d'opérer un quelconque transfert de compétences des professionnels soignants.

Des audits cliniques sont réalisées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) auprès des établissements de santé pour l'application des recommandations Anaes parues en 1998 sur « la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide ». Il s'agit de ne pas banaliser

la tentative de suicide et de prendre en compte, non seulement les aspects somatiques induits, mais aussi la souffrance psychique (pré) existante.

#### **Mieux connaître la situation épidémiologique**

Un pôle d'observation du suicide a été mis en place à la direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) en novembre 2000. Ses objectifs sont notamment l'amélioration du recensement des tentatives de suicide et des suicides en population générale, ainsi que parmi les personnes suivies en médecine de ville, en institution sanitaire ou médico-sociale. En lien avec l'Institut national de veille sanitaire, ce pôle d'observation a un rôle d'alerte et de surveillance au plan régional.

Enfin, depuis 1998, dans le cadre du programme d'intérêt commun « santé mentale » DGS/Inserm, des études et recherches sont définies et réalisées dans ce domaine.

#### **Les axes d'amélioration de la stratégie nationale**

À mi-chemin, un premier bilan de la stratégie nationale d'actions face au suicide montre de nombreux points positifs. Il existe une forte mobilisation des régions et des acteurs locaux autour de cette priorité nationale de santé publique.

La stratégie nationale d'actions face au suicide a eu un impact plus global sur les soins en santé mentale : accroissement des capacités d'accueil en pédo-psychiatrie ; renforcement de la présence psychiatrique dans les services d'urgence ; renforcement des liens entre professionnels de champs différents (médecine de ville, hôpital, travailleurs sociaux, éducateurs...) ; intégration de la prévention du suicide dans les formations des futurs médecins et psychologues.

Cependant, certains axes de travail devraient être développés davantage, notamment celui de l'amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance et de leur entourage. Cela induit de mieux impliquer les professionnels soignants (médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie) dans la prévention du suicide.

#### **Agir sur les déterminants de santé du suicide : le plan dépression**

Le bilan de la stratégie nationale d'actions face au suicide souligne la nécessité de replacer la prévention du suicide dans un contexte d'ensemble concourant à la bonne prise en charge de la santé mentale des personnes. Cela conduit à développer une approche plus globale de la santé mentale, s'agissant notamment des actions de prévention et de prise en charge.

Il est désormais nécessaire de développer un axe fort sur les déterminants de santé du suicide, et notamment les facteurs dépressifs. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique fixe comme objectif quantifié de santé l'amélioration de la prise en charge de la dépression. Un plan dépression est actuellement en

cours de finalisation et devrait contribuer à la prévention du suicide.

#### **Renforcer la prise en compte de l'impact du suicide sur l'entourage**

Le suicide peut être considéré comme « une catastrophe en chaîne ». La notion d'impact sur l'entourage doit être prise au sens large : sur la famille et les proches (la post-vention pour les personnes endeuillées ; l'urgence médico-psychologique et le traitement post-traumatique), sur le professionnel assurant le suivi de la personne suicidée et sur l'institution.

La direction générale de la Santé participe à un groupe de travail sur le « deuil après suicide » mis en place en 2003 par l'UNPS. Il s'agit d'identifier les facteurs de risque du deuil après suicide au niveau psychologique, comportemental, voire suicidaire et de proposer des actions pertinentes de soutien des personnes endeuillées qui, outre le travail de deuil, doivent surmonter un choc traumatique et nourrissent des sentiments de culpabilité.

#### **Développer des actions très ciblées auprès de publics particulièrement sensibles : la formation régionale de prévention du suicide en milieu carcéral**

Les ministres de la Santé et de la Justice ont missionné le Pr Terra pour faire des propositions concrètes afin de mieux prévenir le suicide en prison (lire encadré p. 40). Les conclusions de ce rapport, rendu public en décembre 2003, font l'objet d'un plan national. Parmi les propositions du rapport, un des axes forts retenus par les ministres est la formation des personnels pénitentiaires sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire.

#### **Conclusion**

La diminution du nombre de décès par suicide figure parmi les objectifs pluriannuels quantifiés de santé inscrits dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique. Le ministre de la Santé s'engage dans ce cadre à réduire de 20 % le nombre de décès par suicide en France dans les cinq ans.

La politique rénovée de santé mentale menée réaffirme donc cette priorité de santé publique, tout en soulignant la nécessité de replacer la prévention du suicide dans un contexte d'ensemble concourant à la bonne prise en charge de la santé mentale des personnes. Elle incite également à la poursuite de l'inscription de la stratégie nationale dans le cadre d'une démarche qualité et scientifique. Est ainsi posée la question essentielle de l'évaluation des politiques nationales et locales dans ce domaine : évaluation d'impact sur le phénomène du suicide et évaluation de processus des actions composant cette stratégie. 