



Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe

Agnès Batt
Inserm, faculté
de médecine,
Rennes

L'inventaire des taux de suicides dans différents pays du monde met en évidence que rares sont les pays épargnés. Les taux varient de 0 pour l'Égypte ou l'Azerbaïdjan à plus de 80/100 000 pour les hommes en Lituanie. La publication de taux extrêmement faibles pose spontanément la question des différences entre les modes de recueil de données sur les décès par suicide et/ou l'existence d'une possible sous-déclaration, elle-même non sans rapport avec les représentations du suicide et les caractéristiques culturelles ou idéologiques du pays. Comment croire, en effet, qu'un phénomène aussi multiforme et universel que le suicide puisse totalement épargner un pays ? Et pourtant, c'est bien vers cette improbable frontière que de nombreux pays ont décidé d'œuvrer à travers la mise en place de plans de prévention, eux-mêmes issus de réflexions diverses.

L'analyse qui suit a été réalisée à partir des programmes communiqués directement par leurs auteurs ou les représentants des pays concernés¹ et/ou par les compléments d'information recueillis lors des échanges dans le cadre du programme Mental Health in Europe².

Le suicide s'est imposé comme un problème de santé publique dès les années soixante-dix³, dans de nombreux pays. La nature multidimensionnelle du phénomène, son ampleur en termes de statistiques, de nombre de personnes concernées par un suicide (famille, entourage, milieu de travail) sont apparues lourdes. De plus, le coût du suicide en termes d'années de vie perdues et d'arrêts de travail, pour l'entourage des suicidés mais aussi bien sûr pour les auteurs de tentatives de suicide, a encouragé le monde médical et médico-social à se mobiliser.

Dès 1984, les États européens membres du bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adoptaient une résolution comprenant 38 objectifs concernant la « Santé pour tous en l'an 2000 ». Parmi ceux-ci, figurait le renversement de la tendance à l'augmentation des suicides dans le monde. En 1989, l'OMS recommandait à tous les États membres de développer un programme national de prévention, si possible en

lien avec les autres programmes de santé publique existant dans le pays. Il était en outre recommandé la mise en place de comités de coordination pour la prévention du suicide. Dans cette ligne, fut mis sur pied le groupe de travail qui devait donner naissance à l'étude multicentrique sur le parasuicide en Europe. Les 13 pays participants étaient représentés par au moins un « centre »⁴.

La démarche initiale n'a pas été la même dans tous les pays. Comment aurait-il pu en être autrement alors que les traditions de santé publique, les définitions du suicide et les paradigmes de prévention étaient différents ?

Prenons, par exemple, la notion de prévention du suicide. Depuis Caplan [3] il est classique de découper les actions (réelles ou possibles) de prévention en actions primaires, secondaires et tertiaires. De nos jours, ces notions ont quelque peu évolué et on identifie dans la littérature des définitions différentes (tableau 1).

Au-delà d'une simple discussion sémantique, on perçoit que les enjeux sont différents : pour Silverman et Felner [25] ainsi que pour Upanne [30], la prévention primaire consiste en la réduction de l'apparition de troubles psychiques, alors que dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS)-suicide en Bretagne, l'accent est surtout mis sur l'information en population générale, ce qui ne mobilise pas les mêmes paradigmes, les mêmes professionnels ni *a fortiori* les mêmes populations. De même, selon la définition retenue, la deuxième étape de la prévention mobilisera plus particulièrement des équipes psychiatriques, des associations et/ou des professionnels intervenant auprès de personnes et de groupes à risque, ou éventuellement de tout le corps social. Quant à la troisième étape, on notera qu'elle s'adresse dans la majorité des cas à des populations ayant déjà réalisé un geste suicidaire et mobilisera en priorité des équipes soignantes s'adressant à des individus dans une relation duale. Celle-ci s'inscrira dans une stratégie de santé publique si l'environnement politique, au sens large, est demandeur et se donne les moyens de l'appliquer. Au Québec, cette dernière étape, dite de *postvention*, s'adresse davantage aux endeuillés, activité encore peu développée dans notre pays.

On peut distinguer deux grands modèles théoriques de prévention du suicide : le modèle maladie/santé de Tudor [29], dans lequel le suicide est considéré comme une maladie ou un trouble [25]. La « solution » sera donc construite sur le modèle médical : recherche des symptômes, prévention de leur apparition et/ou de leur aggravation. L'intervention se situe logiquement après la manifestation du trouble. Le modèle se concentre sur les personnes ou les groupes à risque. De nombreux chercheurs considèrent que les actions qui vont dans le sens du modèle médical sont celles qui ont le plus d'impact [9, 11].

4. Pour la France ce furent Bordeaux et Cergy-Pontoise entre 1989 et 1991, puis Rennes à partir de 1994.

1. Une première analyse a été réalisée pour le conseil scientifique réuni à la DGS, en vue de l'établissement du Programme national de prévention du suicide en 1999 (Comment les nations...).

2. P. van den Heede, Mental Health in Europe.

3. Un premier centre de prévention du suicide avait été créé en 1950, à Los Angeles par E. Schneidman et N. Farberow.

tableau 1

Termes utilisés par un panel d'auteurs pour parler de la prévention du suicide

1	2	3	Références
Prévention : tout ce qui concourt, en population générale, à réduire les taux de troubles mentaux	Intervention précoce : cherche à réduire la prévalence des troubles	Traitement : intervention auprès des suicidants (après un premier geste suicidaire)	Silverman & Felner, 1995 [25]
Primaire : cherche à réduire l'incidence des taux de troubles psychiques	Secondaire : cherche à réduire la prévalence des troubles, leur intensité, sévérité et durée	Tertiaire : s'adresse aux personnes qui présentent des troubles sérieux. Elle vise la réduction de la récurrence suicidaire	Upanne, 2001 [30]
Promotion / Prévention : information des publics ciblés et/ou de tout public, transmission d'outils d'identification de personnes à risque, sensibilisation, accès aux moyens	Intervention : réponse à la crise suicidaire (ligne téléphonique, rencontre face à face, service de prise en charge et de soutien à court terme)	Postvention : activités thérapeutiques s'adressant aux personnes vivant le deuil suite au suicide d'un proche (réduction du niveau de détresse, des risques d'imitation, et favorisant le rétablissement et la résolution du processus de deuil)	Séguin, 2004 [22]
Générale : mesures de promotion de la santé (psychologie, social et éducation et prévention des accidents)	Indirecte : identification et traitement de la maladie [mentale] et des problèmes sociaux et relationnels dans les groupes ou les situations à risque	Directe : l'objectif est de combattre le processus suicidaire lui-même c'est-à-dire les idées suicidaires, les tentatives et le suicide	Programme national suédois, 1996
Primaire : s'adresse à un public très large (organisation sociale et registre culturel)	Secondaire : repérage et prise en charge de personnes présentant plusieurs facteurs de risques pathologiques ou environnementaux	Tertiaire : soins aux suicidants	Leguay, 2004 [18]
Primaire : information auprès du public, au sens large : information en population générale sur le suicide...	Secondaire : auprès de «groupes à risque», scolaires, Rmistes, personnes incarcérées, etc.	Tertiaire : auprès des suicidants, allant jusqu'à la prévention de la récurrence	PRS souffrance psychique et phénomène suicidaire, 1996

Par ailleurs, on note un modèle d'interaction ou de crise, celle-ci étant représentée comme « *la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité* » [16]. Dans ce type de modèle théorique, les problèmes résultent d'un processus de développement. La prévention doit donc anticiper ce processus en agissant là où le problème est susceptible d'apparaître (lieux, groupes, situations). Le modèle se concentre sur les circonstances et les interactions entre facteurs. Une très vaste part de la littérature accorde sa préférence au modèle d'interaction et au paradigme interventionnel, mais nous observerons des phénomènes de va-et-vient.

Les divergences de vues entre les tenants des deux modèles culminent dans la conception de la prévention primaire.

Les programmes nationaux

Dans une étude datant de 1997, Taylor et al. classaient les pays en trois groupes : ceux dans lesquels une stratégie d'ensemble et détaillée était en cours de mise en place (Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège, Australie et Suède), ceux dans lesquels il existait des programmes

pas nécessairement coordonnés entre eux et axés sur un nombre restreint d'objectifs (Pays-Bas, Angleterre, États-Unis, France et Estonie) et ceux dans lesquels il n'y avait pas d'action au niveau national (Japon, Danemark, Autriche, Canada et Allemagne).

Six années plus tard, la situation a beaucoup changé et on dénombre, pour la seule Europe, dix pays qui ont écrit un programme de prévention du suicide : Finlande, Norvège, Suède, Danemark⁵, Estonie, Écosse, Angleterre, Allemagne, France et Slovénie [16].

Il n'est pas possible dans les limites d'un article de détailler tous ces programmes. Par contre, voyons comment les principaux programmes se positionnent, en privilégiant trois aspects : le cadre de la démarche, la stratégie d'action et les modalités de réalisation.

La Finlande : référence de tous les programmes

Dans le groupe I, le programme de prévention implanté en Finlande est la référence de tous les programmes, de par son antériorité et de sa construction. Il découle, en première instance, des recommandations de l'OMS « La santé pour tous en l'an 2000 ». Il a été initié par le ministre des Affaires sociales et de la Santé et est placé sous la responsabilité du Centre national de

5. Versions transmises par P. van den Heede, Mental Health in Europe.



La prévention du suicide

recherche et de développement pour le bien-être et la santé (Stakes)⁶.

En préalable au démarrage du programme, une procédure de grande envergure a été conduite pour acquérir une connaissance empirique du suicide dans la culture finlandaise. Une enquête utilisant l'autopsie psychologique a porté sur tous les suicides commis en Finlande pendant l'année 1987. Le corpus d'informations recueillies sur les facteurs de risque de suicide en population générale, utilisé en parallèle du modèle théorique de prévention mis au point pour le contexte local, a servi de base pour écrire le Programme national de prévention du suicide. Celui-ci incluant un modèle pour la prévention du suicide, les descriptions détaillées des défis et des recommandations pour mettre en place les pratiques dans différents champs se sont transformées en stratégie d'actions.

Elle se situe clairement dans une logique interventionniste de santé publique et se propose d'attirer l'attention du corps social sur la complexité du suicide (avec référence particulière au service public), de lancer le projet dans l'ensemble du pays (régions et secteurs), d'intégrer le projet dans la routine du secteur public, et enfin de soutenir des activités susceptibles d'affecter le système de santé en particulier.

D'emblée, la coopération de tous les acteurs, là où ils se trouvent, à leur niveau et dans leur secteur, est recherchée. Chaque sous-projet a ses objectifs et utilise un mode opératoire spécifique et s'appuie sur les organismes locaux déjà impliqués dans une politique de prévention. Notons que la décision de ne pas effectuer des interventions limitées à l'information sur le suicide dans les écoles a été clairement affichée. Par contre, l'accent a été mis sur le support dans des situations de crise, la reconnaissance des facteurs de risque et le renforcement des facultés de « coping ».

Le projet a été financé par le ministère pour dix ans (1986-1996).

En Norvège : un programme interactif

Le Plan national de prévention du suicide norvégien (1994-1998) s'est lui aussi appuyé sur une expérience locale : le modèle de Baerum. Depuis l'année 1978, les travailleurs sociaux et le personnel médical pointaient l'arbitraire du traitement des tentatives de suicide dans la région. En 1981, un groupe d'étudiants avaient répertorié les besoins de soins des tentatives arrivant à l'hôpital et, au printemps 1983, un projet coopératif était mis en place entre la municipalité de Baerum (proche d'Oslo) et l'hôpital. Le modèle de Baerum comprenait 4 étapes : la prise en charge somatique et le recensement, une intervention psychosociale et/ou psychiatrique, les soins de post-cure par une infirmière de santé publique et le suivi continu à domicile ou à l'hôpital. Le programme détaille les tâches du personnel et comporte aussi des recommandations pour son bien-être.

6. Ministry of Social Affairs and Health et National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes).

En 1989, à l'initiative du P^r Retterstol, directeur de la Norwegian Directorate of Public Health avec le concours de la Norwegian Psychiatric Association et le département of Medical Behavioural Science de l'Université d'Oslo, s'est concrétisé le passage d'un programme initialement basé sur un modèle santé/maladie à un programme interactif. Le plan de prévention du suicide écrit visait à :

- augmenter l'attention portée par les politiques et les administratifs de la santé et du secteur social, sur les problèmes associés au suicide, les facteurs de risque (drogue, alcool, maladie mentale et problèmes sociaux);
- promouvoir et développer la mise au point de directives en direction des services de santé et du service social;
- promouvoir la coopération avec les médias;
- mettre en place des programmes d'éducation en suicidologie pour les différents professionnels;
- promouvoir la recherche existante et encourager de nouvelles recherches;
- favoriser la mise en réseau des organisations existantes (gouvernementales ou ONG) aux niveaux régional et national.

En 1998, le programme a été prolongé d'un an puis reconduit, pour trois ans, sous le nom « Efforts against suicide »⁷. L'accent de cette extension est mis sur la recherche, la vulgarisation des connaissances sur le suicide et la mise en place de protocoles de traitement et de suivi des tentatives de suicide. Ce qui est tout à fait nouveau, c'est le ciblage de certains groupes : les enfants et les adolescents, les homosexuels, les personnes âgées et les « survivants » (endeuillés).

La Suède développe le traitement de la dépression

En Suède, un changement significatif est peut-être en train de s'opérer. Après avoir mis en place (1996) des directives fixant des objectifs se référant principalement à un modèle d'interaction, un tournant est perceptible, suite à la publication de Isacson [11] sur les effets du traitement de la dépression en population générale. L'étude ne sous-estime pas les nombreux obstacles susceptibles de fausser les interprétations « *il faudra des années pour traduire les résultats dans la réalité* » mais « *le traitement accru de la dépression dans la population est une stratégie efficace de prévention du suicide* » [12]. Par contre, on ne peut ignorer que cette position avait fait l'objet de débats très intenses lors du 9^e Symposium européen sur le « suicide et comportement suicidaire » qui s'est tenu à Warwick (Royaume-Uni) du 14 au 17 septembre 2002, le P^r Van Praag (Université de Maastricht, Pays-Bas) présentant des études dont les résultats étaient totalement opposés et allant, éventuellement, à l'inverse de l'effet attendu.

Angleterre et Pays-Bas : des programmes récents

Les pays du groupe II de Taylor [26] ont changé de statut.

7. Non traduit en anglais. Information D^r H. Hjelmeland.

L'Angleterre, les Pays-Bas et la France ont rédigé (ou sont en cours de rédaction d'un programme).

La Grande-Bretagne étant un pays très décentralisé, l'Angleterre a rédigé sa propre stratégie nationale de prévention du suicide, en 2002, indépendamment de l'Écosse qui a produit un autre programme : « Choisir la vie : une stratégie d'action et un plan pour prévenir le suicide en Écosse ».

La stratégie élaborée en Angleterre est l'issue d'un long processus qui a dû prendre en compte l'absence de continuité des politiques. Elle repose sur 4 principes : couvrir l'ensemble des champs, se baser sur une connaissance scientifique ayant fait l'objet de publications, être construite sur des actions spécifiques, pratiques et susceptibles d'être suivies et enfin être évaluée.

Elle se fixe 6 objectifs :

- la réduction des risques dans les groupes à risque ;
- la promotion de la santé mentale positive dans la population générale ;
- la réduction de l'accessibilité et la létalité des moyens ;
- l'amélioration de la façon dont les médias rapportent les suicides ;
- la promotion de la recherche ;
- et l'amélioration de la surveillance de la progression des actions allant dans le sens des directives « *saving lives : our healthier nation* ».

Les Pays-Bas avaient fait le choix de ne pas implanter de politique nationale, mais plutôt d'encourager les différents corps professionnels à assumer leurs responsabilités et à développer les meilleures procédures pour le traitement, la prise en charge hospitalière, le recours à la psychiatrie et la formation des généralistes, avec le support du gouvernement. Pour cela, ils avaient créé un Centre national de formation et d'éducation et augmenté les subventions à la recherche appliquée. Ils se sont récemment rangés du côté des pays qui rédigent un plan de prévention du suicide. Au moment où ce rapport est écrit, celui-ci n'est pas encore disponible.

Danemark et Allemagne : des stratégies nationales

Enfin, dans le groupe III de Taylor, le Danemark et l'Allemagne ont aussi rédigé une stratégie nationale.

Au Danemark, les travaux du Conseil national de santé ont commencé en 1997 et les recommandations ont été publiées en août 1998. Tout est basé sur l'affirmation, clairement énoncée, qu'il est « *inacceptable que des personnes mettent fin à leurs jours* ». Trois niveaux de prévention ont été définis : une prévention centrée spécifiquement sur l'individu et le processus suicidaire ; une prévention centrée sur des facteurs de risque et des groupes à risque donnés ; et une prévention générale délivrant des informations susceptibles d'améliorer la qualité de la vie en général, incluant les capacités de « coping » en situations de problèmes et de crise.

Les objectifs incluaient :

- une meilleure connaissance des facteurs de risque

et des groupes à risque de manière à renforcer les actions en direction de ces groupes ;

- l'identification et la prise en charge de toute personne suicidaire ;
- l'amélioration des ressources péuniaires et la réduction de la pression sociale sur les individus ;
- l'accroissement des compétences des professionnels en contact avec des personnes suicidaires ;
- l'augmentation des connaissances sur le suicide par la recherche, l'éducation et l'évaluation ;
- et enfin, la lutte contre une tendance à percevoir le suicide comme un acte acceptable et normal.

Le programme était prévu pour une période de cinq ans et des programmes régionaux ont été construits parallèlement au programme national.

En Allemagne, le programme national de prévention du suicide⁸ a la structure d'un tableau carré : horizontalement se trouvent les groupes spécifiques qui doivent bénéficier du programme (enfants et adolescents, personnes âgées, etc.) et verticalement les différentes mesures qui sont transversales à tous les groupes (travail avec les médias et la publicité, limitation des moyens, etc.). La structure de l'ensemble constitue une matrice ouverte, dans laquelle les personnes, les institutions ou les organisations intéressées par la prévention du suicide peuvent facilement s'intégrer.

Parallèlement à ce programme se développe l'Alliance contre la dépression, à partir d'une expérience menée à Nuremberg en comparaison de ce qui se fait à Würzburg. Il s'agit d'un dispositif comportant quatre niveaux :

- l'optimisation des soins de santé primaire, en collaboration avec les médecins généralistes ;
- une campagne de relations publiques sur la dépression et visant à réduire la stigmatisation de la maladie. Cette campagne se fait par l'intermédiaire de toute sorte de supports : prospectus, brochures, posters, vidéos, spots télé et cinéma, etc. ;
- coopération avec les « amplificateurs »⁹ : il s'agit des enseignants, des conseillers, des prêtres, des infirmières gériatriques, des policiers, des pharmaciens, etc.
- enfin la création d'une ligne téléphonique ouverte 24h/24h pour les suicidants ou les personnes en crise ou leurs proches et, conjointement, la création de groupes d'entraide.

Évaluation

Un seul pays, la Finlande, a procédé à une évaluation (interne et externe) de sa programmation et est donc en mesure de chiffrer la diminution des taux de suicide. L'évaluation interne ou externe¹⁰ n'a pas porté sur les données épidémiologiques « dures ». Les évaluateurs sont même assez critiques vis-à-vis de programmes où seules des actions qui ont déjà donné lieu à des évaluations

8. Nationales Suizidpräventions programm für Deutschland. A. Schmidtke, DP G. Fieldler, mars 2003.

9. « Multipliers » dans la traduction anglaise.

10. L'évaluation externe a été réalisée par un panel de chercheurs non finlandais.



La prévention du suicide

chiffrées seraient considérées comme susceptibles de figurer dans un plan de prévention.

L'évaluation interne a été jugée favorable sur le fait qu'il est possible de préparer et d'implanter un programme à l'échelle d'un pays; qu'une approche globale de la prévention du suicide était faisable; qu'il était possible d'introduire le sujet de la prévention du suicide dans les institutions sociales; que même dans une institution autoritaire et masculine comme l'armée il est possible d'augmenter les capacités de «*coping*» et de support et qu'une approche par la prise en compte des problèmes de la vie courante est possible.

Selon l'évaluation externe, les points positifs étaient : la couverture de larges secteurs du public dans tout le pays, la mise sur l'agenda social de la question du suicide, le développement de modèles interactifs pour la promotion de la santé, la publication de nombreux guides, l'influence sur les organisations et les professionnels du secteur public.

De plus, des pré-requis se sont révélés importants. Citons «*l'engagement de l'administration centrale et des niveaux de supervision, la coopération d'un très grand nombre de professionnels au-delà des professionnels de santé mentale, l'adaptation aux conditions de vie réelles [des personnes], le travail coopératif et non pas l'utilisation de modèles tout faits, le fait de parler le même langage, le respect de la culture et des pratiques dans le champ en question et le fait de viser des modèles d'action pratiques*».

L'Alliance contre la dépression, à Nuremberg, présente une évaluation à douze mois. Il y est noté la forte acceptation du programme et le désir de coopération des professionnels locaux, ainsi que la très grande participation du public. Une journée «*anti-dépression*» a attiré un millier de visiteurs dans le principal établissement responsable. Des enquêtes de population ont montré que la prise de conscience de la dépression avait augmenté. Enfin, les auteurs annoncent une diminution du suicide de 25 % et des tentatives de 21 %, ainsi qu'un changement notable des habitudes de prescriptions des médecins généralistes, mais concèdent que la procédure d'évaluation doit être poursuivie.

Discussion

On observe une nette tendance à se situer dans un modèle d'interactions ou de crise, impliquant l'ensemble du corps social pour répondre aux multiples facettes du phénomène suicidaire. Une place plus ou moins large est faite à la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique, selon les pays et selon les époques. Mais la seule référence à un modèle théorique ne suffit pas à la réussite d'un plan. Voyons donc les points qui paraissent des points d'assise forts.

La volonté politique est présente, à des degrés divers, dans les pays cités. Toutefois, l'exemple de l'Angleterre (mais aussi de l'Écosse) montre que, tant que cette volonté n'est pas traduite en actions, elle n'est pas à l'abri de changements de politique, sources

potentielles de retard. Dans les pays nordiques cités, la volonté politique a été concrétisée par la rédaction de directives, qui elles-mêmes s'appuyaient sur des recherches fondamentales. Le développement des liens avec les politiques et la meilleure connaissance de leur attitude vis-à-vis du suicide font l'objet, au sein de l'Assemblée des régions européennes (AER)¹¹, d'une recherche spécifique.

En réponse à la complexité de la question, plusieurs pays ont créé un Centre national de prévention du suicide (appelés centres régionaux de référence en Norvège) dont le but est de regrouper, potentialiser, renforcer les recherches nécessaires pour approfondir la connaissance du phénomène suicidaire et être capable de fournir des données locales.

Pour être opérationnelles, et éventuellement être porteuses d'améliorations, les directives doivent être déclinées en interventions mobilisant des intervenants et s'adressant à des populations cibles. En Finlande et en Norvège, les cibles et les acteurs impliqués ont été multiples et, dès le démarrage, la coopération de tous les acteurs a été recherchée. La mise en œuvre à l'échelon local s'est effectuée sous la responsabilité d'autorités locales en utilisant les données épidémiologiques locales. Au total, en Finlande, environ 100 000 professionnels des secteurs de la santé, du travail social, de l'enseignement, de l'Église protestante, de la police et de l'armée ont participé.

En Norvège, l'accent a été mis, dès le démarrage, sur la nécessité d'augmenter le nombre de formations et de postes de formateurs, ainsi que sur les facteurs organisationnels, afin que les professionnels puissent mettre en pratique au mieux leurs acquis. Pour cela, il a été souligné que le travail doit être interdisciplinaire, transversal et intégré dans les services existants.

La diversité des approches, en fonction des régions ou des populations, a été prise en compte en Finlande et en Norvège, comme elle l'a été dans des pays qui ne font pas partie de cette étude : Québec, Australie, Nouvelle-Zélande. D'autre part, la coopération avec les médias est de plus en plus mise en œuvre, y compris dans des pays comme la Bosnie-Herzégovine, la Slovénie et les pays Baltes.

En définitive, si l'on regroupe les différents points forts des programmes exposés plus haut, il se dégage une liste de mots clefs pour qu'un programme de prévention atteigne son but¹² :

- Une volonté politique
- Des orientations à partir de valeurs partagées

11. Salander-Renberg E., Fartace R., Fekete S., Galiene D., Hjelmeland H., Nindl T., Osvath P., Skruibis P. *Politicians Attitudes Towards suicide : a European interregional study*. Communication 212 : 1. IASP Congress. Stockholm; 10-14 septembre 2003 (auteurs représentant la Suède, l'Autriche, la Hongrie, la Lituanie et la Norvège).

12. Notons que cette liste, qui avait été proposée à la SFSP lors de la consultation dans le cadre de la préparation du projet de loi de programmation quinquennale en santé publique, avait été très largement retenue dans ses propositions.

- Des objectifs clairement exprimés
- Une coordination des actions tant sur le plan national que régional ou local
 - Une organisation de la coopération entre institutions, secteurs, réseaux d'acteurs
 - Un budget (financements directs et indirects, poste de coopération)
 - De la recherche
 - Une évaluation
 - Du temps.

Conclusion

La démarche globale exposée ci-dessus représente la traduction des aspirations et de la méthode d'un certain nombre de responsables sensibles ou sensibilisés à une approche de santé publique. Elle fait ressortir qu'il a été possible, pour des acteurs d'horizons et de formations divers au sein de différents pays, de partager certaines valeurs, dans le cadre de modèles conceptuels définis pour rédiger et mettre en place des programmes de prévention du suicide. Compte tenu de la nature polymorphe du suicide, cela représente une étape. Pourtant, il convient de se garder d'un optimisme excessif et de penser que la mise en place d'un programme de prévention sera le garant d'une diminution des taux de suicides. Des difficultés peuvent apparaître.

Un article récent paru dans le *British Journal of Psychiatry* [5] discute les difficultés traditionnellement avancées pour rendre compte des lentes avancées dans le domaine (complexité du phénomène, type d'enquêtes, temps, moyens, manque de groupe de définition, méconnaissances des biais d'enquêtes), mais aussi de questions moins souvent abordées (difficultés de mise en place de travaux réellement pluridisciplinaires, faibles références aux mises en garde méthodologiques publiées, etc.), auxquelles s'ajoute le contexte politico-financier dans lequel travaillent les chercheurs (financement à court terme, durée de vie des instances gouvernementales d'autant moins prêtes à s'investir qu'elles ne sont pas certaines d'être encore là lors du renouvellement des programmes, etc.). D'autre part, entre ce sur quoi les plans de prévention se proposent d'agir (situations personnelles et/ou de désintégration sociale, morbidité, personnalités, cultures médicales, etc.) et l'objectivation d'une diminution de la mortalité par suicide, se situent une multitude d'imprévus (augmentation soudaine du chômage, conflit armé, évolution de la situation économique), de biais (changement de politique sanitaire), d'effets pervers (poids de la modernisation pour certaines classes sociales, succès d'une nouvelle médication) qui sont susceptibles de brouiller l'image que l'on peut de se faire de la « réussite » du plan. On peut, peut-être, faire l'hypothèse que plus il y a d'acteurs impliqués, plus il y aura de relais d'alerte, mais rien n'est sûr et, à ce jour, aucune équation du genre [plus de moyens et plus d'actions] = [plus de résultats et moins de suicides] n'a été mise en évidence.

En outre, des variations inattendues et non contrôlées peuvent interroger les acteurs sur des questions qui pouvaient paraître « résolues ». Ainsi, comme le souligne de Leo dans l'éditorial du *Bulletin de l'IASP* de décembre 2002, commentant la diminution des taux dans un certain nombre de pays du monde occidental, y compris en l'absence de programmes de prévention, « ceci a amené à des spéculations sur un effet de cohorte éventuel, mais il n'est pas évident [de comprendre] quelles composantes de cet effet peuvent faire la différence; [...] nous avons formulé des hypothèses relativement convaincantes pour expliquer l'augmentation passée des taux de suicides [...] et maintenant nous sommes confrontés à des questions embarrassantes sur le rôle des traitements antidépresseurs, l'augmentation du nombre d'intervenants en santé mentale (mieux formés), etc. ». On comprend mieux l'intérêt d'une programmation portant sur du long (très long) terme. 📖

Association internationale de prévention du suicide

L' Association internationale pour la prévention du suicide (IASP) s'adresse à ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention. Elle compte des membres dans plus de 50 pays : cliniciens, scientifiques, intervenants de crise, volontaires et/ou endeuillés. Sont aussi membres, des associations et des organisations nationales et internationales.

Les principaux objectifs de IASP sont de :

- fournir une plate-forme commune aux professionnels engagés dans la prévention,
- permettre des échanges d'expériences acquises dans différents pays ;
- favoriser la mise en place d'organismes de prévention du suicide ;
- aider à la vulgarisation des principes de base auprès des professionnels et du public ;
- organiser des formations dans

le domaine de la prévention du suicide ;

- encourager la recherche, particulièrement celle donnant lieu à des coopérations internationales.

Le congrès bisannuel, le journal trimestriel *Crisis*, les bulletins d'informations semestriels et le site web sont autant de media d'échange.

L'association IASP est présidée par le P^r Lars Mehlum, Université d'Oslo (Norvège), entouré par un bureau de 7 membres. Un représentant de chaque pays assure la circulation de l'information entre l'échelon national et le comité exécutif de l'Association internationale et vice versa.

Agnès Batt, représentant national (France)

Chercheur Inserm, Faculté de Médecine, Rennes

Mél. : agnes.batt@univ-rennes1.fr