adsp 45

décembre 2003

adsp

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

Les troubles liés à l'exposition à la chaleur ou au froid

Le tabagisme des adolescents

Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne : la Finlande

Le management des risques à l'hôpital

Usagers et politique de santé : un exemple en Franche-Comté

dossier

La prévention du suicide

La documentation Française

revue du Haut Comité de la santé publique

Haut Comité de la Santé Publique

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées

Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Télécopie : 01 40 56 79 49
hcsp.ensp.fr
hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Président
Jean-François Mattei,
ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées

Vice-Président
Roland Sambuc

Rapporteur général
Anne Tallec

Membres
Maryvonne Bitaud-Thépaut
Jean-François Bloch-Lainé
François Bonnaud
Christian Bréchot
Yves Charpak
Jean-Pierre Claveranne
Alain Coulomb
Édouard Couty
William Dab
Jean-François Dodet
Isabelle Durand-Zaleski
Isabelle Ferrand
Francis Giraud
Odette Grzegrzulka
Pierre Guillet
Jacques Hardy
Jacques Lebas
Daniel Lenoir
Dominique Libault
René Roué †
Roland Sambuc
Simone Sandier
Anne Tallec
Denis Zmirou

Secrétaire général
William Dab,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint
Geneviève Guérin

HCSP publications

Nouvelles publications

La santé en France 2002
Paris : La Documentation française, 2-11-005112-4, 412 p., 20,00 euros.
Diffusion La Documentation française et en librairie.

La santé des Français, 3e bilan
Paris : La Découverte, collection Repères, 2-7071-3590-9, 128 p., 7,95 euros.
En vente en librairie.

Infections virales aiguës, importées, hautement contagieuses, et leur prise en charge
Rennes : Éditions ENSP, ISBN : 2-85952-811-3, 19,00 euros
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Collection **Avis et rapports**

Le panier de biens et services de santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-628-5, 75 p., 120 F, 18,29 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-619-6, 116 p., 120 F, 18,29 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-638-2, 280 p., 170 F, 25,92 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-629-3, 275 p., 170 F, 25,92 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La revue **adsp**

adsp est consultable sur hcsp.ensp.fr (en plein texte pour les numéros 1 à 23 et 26 à 31, en extraits pour les autres). Les numéros 1 à 23 sont disponibles (pour les numéros non épuisés) auprès du HCSP, les autres (sauf les nos 26 à 31 épuisés) sont en vente à La Documentation française (voir 3e page de couverture).
Derniers numéros parus :
septembre 2003, n° 44, dossier : La santé en prison.
juin 2003, n° 43, dossier : Rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
mars 2003, n° 42, dossier : Information en santé : développements européens.
décembre 2002, n° 41, dossier : Accidents de la route : des handicaps et des décès évitables.
septembre 2002, n° 40, dossier : Le sida 20 ans après.
juin 2002, n° 39, dossier : L'innovation en santé.
mars 2002, n° 38, dossier : Les infections liées aux soins.
décembre 2001, n° 37, dossier : Les agences dans le système de santé : un nouveau paysage institutionnel ?
septembre 2001, n° 36, dossier : Droit des malades, information et responsabilité.
juin 2001, n° 35, dossier : Accréditation et qualité des soins hospitaliers.
mars 2001, n° 34, dossier : Médecine prédictive : mythe et réalité.

La Documentation française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Téléphone : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Éditions ENSP
Avenue du Pr Léon-Bernard
35043 Rennes Cedex
Téléphone : 02 99 54 90 98
Télécopie : 02 99 54 22 84
www.editions.ensp.fr

HCSP
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
www.hcsp.ensp.fr

La prévention du suicide

Pr William Dab
Directeur général
de la santé

Le suicide est responsable de 150 000 décès, chaque année, dans les 38 régions Europe de l'OMS ; parmi lesquelles 11 500 en France. La prévalence, dans notre pays, se situe donc aux alentours de 20 pour 10 000 habitants, soit un taux relativement élevé par rapport aux autres pays occidentaux. Les tentatives de suicide sont quinze fois plus fréquentes que les décès par suicide, leur nombre se situant entre 150 000 et 200 000 par an. Alors qu'elles concernent deux à trois femmes pour un homme, on observe une proportion inverse pour le suicide. Bien que la prévalence du suicide augmente avec l'âge, c'est chez le sujet jeune qu'il constitue un problème majeur de santé publique puisqu'il est, avec les accidents de la voie publique, la première cause de mortalité entre 15 et 35 ans ; dans cette tranche d'âge, il est la cause d'un décès sur cinq chez les hommes et d'un sur sept chez les femmes. Il convient, toutefois, de ne pas minimiser son impact global sur l'espérance de vie de la population générale, toutes tranches d'âge confondues. En effet, il représente 10 % des causes de décès prématurés des moins de 70 ans, soit un chiffre comparable à celui des accidents de la circulation et sensiblement inférieur à celui des maladies cardio-vasculaires (12 %).

Conscient de l'importance de la surmortalité liée au suicide, de nombreux pays se sont engagés dans une politique de prévention. Depuis plusieurs années, la direction générale de la Santé l'a retenue comme priorité nationale. Il y a eu le temps de l'expertise, conduite par l'Anaes, avec des audits réalisés dans 60 établissements hospitaliers, un comité de spécialistes chargé d'élaborer des recommandations en lien avec la Fnors et l'Inpes et une Conférence de consensus (octobre 2000) sur : « Crise suicidaire : mieux reconnaître et prendre en charge ». Cette dynamique a permis de construire la « Stratégie nationale d'actions face au suicide » lancée en France, en 2001. Celle-ci comporte quatre axes principaux :

- favoriser la prévention par l'amélioration du repérage et la gestion de la crise suicidaire. Sachant que 10 % des suicidants décèderont un jour de suicide (20 % après deux tentatives de suicide et 35 % après trois tentatives de suicide), dont un sur dix dans l'année qui suit une première tentative de suicide. Un grand programme de formation a été entrepris avec, dans un premier temps, des sessions nationales de formation des formateurs ;
- limiter les moyens létaux du suicide, que ce soit les armes à feu ou les médicaments ayant une dose létale élevée. Par ailleurs, un groupe de travail avec la SNCF et la RATP a été mis en place à cet effet ;
- améliorer la prise en charge des personnes « en mal être » et des familles ou proches de suicidants ;
- approfondir la connaissance épidémiologique du suicide, en lien avec la Drees et l'INVS.

Cette stratégie d'actions s'inscrit désormais dans le projet de loi relatif à la santé publique. L'objectif n° 92 du rapport annexé étant de « *réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008* » (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par an). En outre, le suicide trouve sa place dans l'un des cinq plans stratégiques, celui consacré à la violence, avec la violence routière, les comportements à risque, les addictions…

Par ailleurs, comme le souligne l'OMS, les stratégies de prévention du suicide ne se limitent pas à une action préventive mais portent également sur une amélioration de l'offre et de la qualité des soins. Sachant que l'immense majorité des suicides résultent de maladies mentales (50 % des troubles dépressifs, 20 % de la schizophrénie, 15 % du trouble bipolaire, risque majoré s'il y a association à un alcoolisme ou une toxicomanie), il va de soi qu'une amélioration du diagnostic et de la qualité de la prise en charge de ces affections est essentielle. C'est une des raisons pour lesquelles le projet de loi relative à la santé publique s'est fixé comme but d'améliorer leur dépistage et la proportion des patients qui en souffrent et qui sont traités conformément aux bonnes pratiques cliniques, en limitant l'exclusion sociale qui en résulte. Il faut préciser qu'en termes de morbi-mortalité, définie par les DALYs (disability adjusted life years), l'étude de l'École de santé publique d'Harvard, menée avec la Banque mondiale et l'OMS, situe 5 maladies mentales parmi les 10 les plus coûteuses. La dépression étant au quatrième rang et, par sa progression, elle devrait se retrouver au deuxième en 2020, juste derrière les cardiopathies ischémiques. Or une action volontariste sur cette pathologie est efficace pour en limiter la souffrance individuelle, le coût social et la mortalité suicidaire ; c 'est la raison pour laquelle la DGS prépare actuellement un « plan dépression ». Il aborde également la question du trouble bipolaire (1 % des DALYs toutes pathologies confondues) pour lequel le délai entre les premiers symptômes et la première prescription d'un traitement adapté est en moyenne de dix ans. Dix ans pendant lesquels le trouble s'aggrave, entraîne suicide et comportements médico-légaux, alors qu'il est établi que les sels de lithium non seulement le stabilisent mais diminuent significativement l'incidence du suicide.

Cette politique volontariste a pour objectif de parvenir, en France, aux mêmes résultats que ceux des pays européens dont l'action a été couronnée de succès. Elle nécessite une mobilisation de tous les acteurs de la santé publique.

adsp sommaire

actualité et dossier en santé publique

Directeur de la publication
William Dab, directeur général de la Santé

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Philippe Amiel, Gérard Badéyan, Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé, Pierre-Henri Bréchat, Étienne Caniard, Bernard Cassou, Sandrine Chambaretaud, Antoinette Desportes-Davonneau, Jean-François Dodet, Marc Duriez, Ruth Ferry, Pascale Gayrard, Geneviève Guérin, Alain Jourdain, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Anne Tursz

Secrétaire de rédaction
Marie-Josèphe Strbak

Coordonnées de la rédaction
Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Mél. : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : hcsp.ensp.fr

Demandes d'abonnement
La Documentation française
Bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Réalisation
Philippe Ferrero

Secrétariat
Riama M'Bae

Ont participé à ce numéro
Anne Barbail, Agnès Batt, François Beck, Martine Bovet, Pierre-Henri Bréchat, Arnaud Campéon, Sandrine Chambaretaud, William Dab, Juliette Daniel, Michel Debout, Eytan Ellenberg, Loïc Geffroy, Michel Goguey, Thérèse Hannier, Eric Jougla, Alain Jourdain, Jean Claude Launay, Alain Le Toullec, Stéphane Legleye, Diane Lequet, Christian Magnin-Feysot, Bruno Melin, Marc Mellah, Françoise Péquignot, Murielle Rabord, Gustave Savourey, Jean-Louis Terra, Michel Walter

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 12,20 euros
Abonnement annuel (4 numéros) 39,10 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© 2004 Haut Comité de la santé publique
Dépôt légal mars 2004. ISSN 1243-275X.
Commission paritaire : 1008 B 05201.
Imprimerie : Centre Impression, 87280 Limoges.

éditorial

1 La prévention du suicide
William Dab

actualité

4 Physiopathologie et prévention des troubles liés à l'exposition à la chaleur ou au froid
Quels sont les effets de la chaleur et du froid sur l'organisme et comment prévenir les troubles liés à ces facteurs ?
Gustave Savourey, Jean Claude Launay, Bruno Melin

rubriques

international

10 Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne
En Finlande, un système de santé « municipal »
Deuxième volet de la série d'articles sur les systèmes de santé des pays nordiques : la Finlande
Sandrine Chambaretaud, Diane Lequet

addictologie

14 Le tabagisme des adolescents
Niveaux d'usage et évolutions récentes
Les jeunes Français de 16 ans sont parmi les premiers consommateurs de tabac des pays européens. Après une hausse depuis 1993 on note une légère baisse des fumeurs entre 2000 et 2002.
François Beck, Stéphane Legleye

rubriques

études

63 Le management des risques à l'hôpital
Gérer les risques à l'hôpital est une activité récente qui nécessite une organisation et des méthodes.
Eytan Ellenberg

régions

67 Usagers et politique de santé : un exemple en Franche-Comté
Exemple d'une collaboration fructueuse des usagers du système de santé au processus régional de planification et à la création d'un réseau de soins.
Pierre-Henri Bréchat, Michel Goguey, Christian Magnin-Feysot, Loïc Geffroy

repères

72 organisme
Institut national d'études démographiques

73 formation
Université d'été francophone en santé publique

74 recherche
Neurogénétique et stress

75 lectures

77 en ligne

78 lois & réglementation

80 calendrier

prochain numéro

dossier n° 46

Politiques et programmes régionaux de santé

dossier

La prévention du suicide

En France, le suicide est responsable de plus de 10 000 décès par an. Il a longtemps été considéré comme une fatalité relevant de la sphère privée, mais on sait aujourd'hui que repérer la crise suicidaire, intervenir, proposer une prise en charge thérapeutique permettent d'éviter le passage à l'acte. La prévention du suicide fait désormais l'objet de programmes de santé publique.

Dossier coordonné par **Jean-Louis Terra** **p. 19**

20 Prévenir le suicide : repérer et agir

Dépasser les idées reçues pour intervenir de façon adéquate durant la crise suicidaire permet d'éviter le passage à l'acte.

20 Prévenir le suicide
Jean-Louis Terra

24 La limitation de l'accès aux moyens du suicide
Jean-Louis Terra

25 La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention
Michel Walter

26 Dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience
Agnès Batt

31 Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide

Le suicide est la cause de plus de 10 000 décès par an et n'est reconnu comme problème de santé publique que depuis une vingtaine d'années.

31 Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide
Eric Jougla, Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, Martine Bovet, Marc Mellah

35 De l'histoire de la prévention du suicide en France
Arnaud Campéon

39 Les programmes de prévention

En France et dans plusieurs pays européens, des programmes de prévention du suicide sont mis en œuvre.

39 La stratégie nationale d'actions face au suicide
Murielle Rabord

40 La prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires
Jean-Louis Terra

44 Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe
Agnès Batt

50 tribunes

50 Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide
Michel Debout

53 Parole d'un représentant d'association
Thérèse Hannier

56 Prévention du suicide : une priorité des Pays de la Loire
Juliette Daniel

59 Prévenir le suicide des 15-34 ans : priorité du Poitou-Charentes
Anne Barbail

62 bibliographie adresses utiles

Physiopathologie et prévention des troubles liés à l'exposition à la chaleur ou au froid

Gustave Savourey
Médecin en chef
Jean Claude Launay
Médecin principal
Bruno Melin
Médecin en chef
Département des facteurs humains,
Centre de recherches du Service de santé des armées

La canicule de l'été 2003 aura rappelé à quel point l'être humain est vulnérable aux conditions climatiques. Quels sont les effets de la chaleur ou du froid sur l'organisme et comment prévenir les troubles liés à ces facteurs ?

Les ambiances thermiques chaudes ou froides peuvent induire des pathologies spécifiques générales et/ou locales, souvent méconnues et pourtant potentiellement létales.

Les troubles liés à la chaleur

Chez l'être humain, l'homéothermie est assurée par l'équilibre du bilan thermique entre les gains et les pertes de chaleur (voir encadré). En cas de stockage thermique (ambiance climatique chaude, exercice physique), l'évaporation de la sudation est la principale voie de la thermolyse. L'augmentation du débit sanguin dans l'enveloppe cutanée, refroidie en permanence sous l'effet de l'évaporation, est une autre réponse mise en jeu par l'organisme. Elle permet au sang veineux de repartir « plus frais » que le sang artériel cutané, ce qui favorise le refroidissement corporel, limitant l'élévation de la température interne.

Dans des environnements climatiques chauds (température d'air sec supérieure à 30-35 °C), au repos, le débit sudoral peut atteindre 1 à 1,5 litre par heure (l/h) en fonction de l'humidité relative de l'air. L'exercice musculaire prolongé s'accompagne d'une forte production de chaleur en raison du faible rendement mécanique, au minimum 75 à 80 % de l'énergie chimique utilisée est transformée en chaleur. Ainsi, lors d'un footing, un coureur peu entraîné peut perdre de 0,5 à 1 l/h de sueur et un marathonien de haut niveau de 1,5 à 2,5 l/h [1]. Par temps chaud et humide dans des sports comme le football ou le tennis professionnel, les joueurs peuvent perdre jusqu'à 3 à 4 l de sueur par match [1].

Les pertes sudorales s'accompagnent également d'une perte en électrolytes concernant surtout le sodium (Na) et le chlore (Cl). Les concentrations sudorales en Na et en Cl dépendent principalement du niveau d'acclimatement à la chaleur, d'entraînement physique et du débit sudoral. Ainsi, lors d'activités physiques régulières de 1 heure à 3 heures tous les jours avec une perte sudorale supérieure à 2 litres, les pertes journalières en chlorure de sodium (NaCl) sont au moins de 6 à 7 g ; lors d'activités très prolongées à la chaleur (triathlon de longues distances, ultramarathon), les pertes sudorales peuvent dépasser 10 litres et celles en NaCl atteindre 20 g [2].

Ainsi, ces réactions physiologiques peuvent induire des pathologies spécifiques générales et/ou locales.

La pathologie générale avec troubles systémiques

Cette pathologie résulte de la sollicitation importante des mécanismes physiologiques de lutte contre la chaleur [3].

En plus des jeunes enfants sensibles à ces accidents, deux catégories de personnes sont exposées : les personnes présentant une affection préexistante soit congénitale (agénésie–atrophie–totale ou partielle des glandes sudoripares), soit acquise (diabète, cardiopathies chroniques, malnutrition, obésité, alcoolisme et toute pathologie nécessitant une médication agissant sur la thermorégulation), et les

sujets jeunes, en bonne santé, ayant un faible niveau d'entraînement physique, non acclimatés à la chaleur qui s'exposent à une contrainte thermique excessive et/ou à une activité physique intense et prolongée.

Les crampes de chaleur

Elles surviennent au niveau des membres et des muscles abdominaux, et peuvent évoluer vers la tétanie. Observées après un travail intense et prolongé à la chaleur (crampe du mineur), elles sont dues à des troubles électrolytiques liés à une prise de boisson trop abondante sans apport de sel qui entraîne une hyponatrémie (diminution de la concentration de sodium — Na — dans le sang. La concentration normale de Na étant de 142 mmol/l, l'hyponatrémie devient significative, et peut devenir dangereuse, quand elle atteint 135 mmol/l). La fatigue est constante et des troubles digestifs (nausée, diarrhée) ou cardio-circulatoires peuvent apparaître en phase ultime. Le traitement nécessite le repos dans une pièce fraîche avec réhydratation électrolytique prudente, en fonction des données du ionogramme sanguin.

Le syndrome de déshydratation

Une sudation abondante chez un sujet non ou insuffisamment réhydraté entraîne un état de déshydratation caractérisé par la soif, la fatigue, des vertiges, une oligurie (diminution de la quantité d'urine éliminée par 24 heures), une hyperthermie et à un stade avancé un délire, voire la mort. La symptomatologie dépend du niveau de déshydratation. Une déshydratation de 1 % du poids corporel est parfaitement tolérée. À 2 %, la soif devient importante et les capacités physiques commencent à s'altérer ; à 4 %, les capacités physiques et intellectuelles se dégradent. À 6 %, le sujet est épuisé, à 8 % une confusion mentale apparaît et à partir de 15 % la mort peut survenir. La soif est un mauvais indicateur des besoins réels en eau car elle est tardive et ne permet de compenser que très partiellement les pertes hydriques [1]. Le traitement consiste en une réhydratation soit par voie veineuse si le sujet est inconscient, avec surveillance du ionogramme sanguin, soit par voie orale par petites quantités et fréquemment s'il peut boire.

La syncope de chaleur

Cette syncope est précédée par une pâleur, des nausées et la soif. Elle survient généralement chez une personne non acclimatée, au changement de position ou au cours de la station debout prolongée. Elle est due principalement à une baisse du volume sanguin central en raison de la vasodilatation périphérique aggravée par la baisse du volume plasmatique liée à la déshydratation. Le traitement consiste à placer le patient en position tête basse dans une pièce fraîche et à le réhydrater.

L'épuisement à la chaleur

Il s'agit d'un épuisement physique et psychique à la suite d'une contrainte thermique élevée due à une activité physique intense et prolongée à la chaleur (marathoniens, mineurs…). Il est caractérisé par un abattement parfois associé à des troubles caractériels, une hyperthermie modérée, une déshydratation et une désadaptation cardio-circulatoire. Peu grave, il évolue favorablement à l'arrêt de l'activité, la mise au repos dans une ambiance fraîche avec réhydratation. Non traité à temps, il peut évoluer vers le coup de chaleur.

Le coup de chaleur

Le coup de chaleur est l'accident le plus redouté du fait de sa gravité. Il se caractérise par des troubles de conscience, une hyperthermie dépassant 40 °C, un arrêt de la sudation, des vomissements et des troubles hémodynamiques (de la circulation du sang) avec insuffisance hépatique et rénale, coagulation intravasculaire disséminée et rhabdomyolyse (destruction de la cellule musculaire). Le traitement nécessite une réanimation en service spécialisé.

La pathologie locale sans troubles systémiques

Les œdèmes de chaleur

Ils apparaissent les 8 à 10 premiers jours de l'exposition à la chaleur chez un sujet non acclimaté et atteignent principalement les femmes, au niveau des pieds et des mains. Ils diminuent lors du repos nocturne et disparaissent spontanément en une dizaine de jours.

La miliaire ou bourbouille

C'est une affection érythémato-papulo-vésiculaire cutanée consécutive à l'obstruction des canaux des glandes sudorales entraînant la rétention de la sueur. Elle survient dans le cas de sudation intense lorsque la peau reste longtemps humide. Elle est favorisée par le port de vêtements serrés et peu perméables.

L'asthénie anhydrotique tropicale

Cette affection apparaît chez des sujets séjournant depuis plusieurs mois en pays tropical et se traduit par l'apparition de nombreuses vésicules sur la peau du tronc et à la racine des membres. La sudation est diminuée. Une hyperthermie modérée accompagnée de céphalées, de fatigue rapidement intense et de tachycardie peut être observée. Ces symptômes cessent en mettant le patient dans une pièce fraîche au repos.

Enfin, des lésions liées à l'exposition prolongée au rayonnement solaire peuvent apparaître (érythème solaire).

Prévention des accidents liés à la chaleur

La prévention des accidents nécessite une bonne évaluation des conditions climatiques, du niveau de l'activité physique, de la contrainte thermique due aux vêtements et des nécessités diététiques.

Évaluation des conditions climatiques

La charge radiante est la principale source de chaleur. Il faut donc se protéger du soleil (ombre, vêtement ample) et de toute surface radiante (tôle, hangar, surface bétonnée ou goudronnée). Une humidité ambiante élevée limite le pouvoir évaporatoire de l'ambiance et par voie de conséquence l'évaporation sudorale. Il est à remarquer que les échanges physiques par évaporation dépendent de la pression partielle de vapeur d'eau dans l'ambiance (humidité absolue) et non pas de l'humidité relative exprimée en pourcentage. Le ruissellement de la sueur est un facteur péjoratif, car il est dénué d'efficacité thermolytique.

Évaluation de l'activité physique

Une activité physique intense induit une charge thermique interne qu'il faut éliminer par l'évaporation sudorale. Un bon niveau d'aptitude physique et un entraînement physique régulier augmentent la tolérance à la chaleur. Les horaires et les durées de travail doivent être adaptés aux conditions climatiques.

Le vêtement

Un vêtement ample, léger, blanc si possible protège du rayonnement et n'entrave pas l'évaporation sudorale. Au contraire, un vêtement serré et imperméable à la vapeur d'eau empêche toute thermolyse.

Mesures diététiques

La réhydratation est essentielle. Les besoins en eau doivent être justement appréciés : pour une journée de travail pénible de 8 heures à une température ambiante de 38 °C au soleil, il faut 13 litres d'eau par jour et 7 litres à l'ombre

au repos. Lors de l'exercice physique prolongé, et particulièrement en climat chaud, l'hydratation doit être fréquente, 0,5 à 1 l/h en fonction de l'intensité de l'exercice et des conditions climatiques, et s'effectuer dès le début de l'activité sans attendre la soif [1]. Quand l'exercice est très prolongé (durée supérieure à 3 heures), l'apport de NaCl dilué dans la boisson (1,2 g/l) est indispensable pour éviter l'apparition d'une hyponatrémie symptomatique [2]. C'est un accident qui peut être gravissime en raison d'un déséquilibre hydrosodé lié à un apport en eau trop important par rapport à l'ingestion de Na [4]. Après l'exercice, les besoins supplémentaires en NaCl seront couverts par l'alimentation, l'apport étant très variable selon les habitudes alimentaires (entre 5 et 20 g par jour).

Autres mesures

L'acclimatement à la chaleur améliore la tolérance et peut être obtenue par un entraînement physique régulier et/ou par une exposition répétée à la chaleur (7 à 10 jours). Il se traduit, pour une charge thermique identique, par un déclenchement plus précoce de la sudation pour des températures corporelles inférieures et un débit sudoral plus élevé. Parallèlement, la concentration saline de la sueur diminue.

Le respect de ces mesures devrait diminuer l'incidence de la pathologie observée à la chaleur.

Troubles liés au froid

Les réactions thermophysiologiques au froid (vasoconstriction cutanée périphérique et augmentation de la thermogenèse par le frisson) n'assurent l'équilibre du bilan thermique que dans une plage étroite de température ambiante. La dette thermique liée au déséquilibre de ce bilan est responsable de l'hypothermie accidentelle. À côté de cet accident général existent des pathologies locales telles les gelures et les vasculoneuropathies périphériques [3].

Le bilan thermique chez l'homme

L'homme est un endotherme homéotherme qui maintient sa température interne (rectale, œsophagienne ou tympanique) dans des limites très étroites autour de 37 °C bien qu'il vive dans des ambiances climatiques variables. Le recours à la technologie (climatisation, ventilation…), à des attitudes comportementales (habillement…) lui permet d'affronter ces différentes ambiances. Toutefois, le maintien de l'homéothermie fait appel avant tout à des mécanismes physiologiques assurant la thermorégulation, dont le but est de conserver un équilibre entre les gains et les pertes de chaleur. L'ambiance climatique (charge thermique externe) n'est qu'un facteur intervenant dans le bilan thermique. L'activité physique (charge thermique interne) et le vêtement qui modifie les échanges thermiques sont à prendre aussi en considération pour évaluer les risques thermophysiologiques liés au déséquilibre du bilan thermique.

Au niveau thermique, le corps humain est classiquement divisé en deux parties : le noyau dont la température (température interne) est constante et l'enveloppe qui correspond à la peau et aux tissus sous-cutanés dont la température ($\bar{T}sk$) est variable : 33 °C à la neutralité thermique, 36 à 38 °C à la chaleur avec exercice intense et 15 °C au froid à 1 °C, pour un sujet nu. Des thermorécepteurs périphériques (peau) et profonds (noyau) renseignent les centres thermorégulateurs hypothalamiques de toute variation thermique corporelle. Ces centres déclenchent si besoin est les réactions physiologiques de lutte contre la chaleur : vasodilatation cutanée et sécrétion sudorale, ou contre le froid : vasoconstriction cutanée et déclenchement du frisson. Ces réactions visent à maintenir l'équilibre entre les gains et les pertes de chaleur.

La charge thermique interne

Elle est la conséquence de l'activité métabolique, la production de chaleur métabolique (Hm) représentant environ 77 % de la dépense énergétique du fait du rendement musculaire. Hm peut atteindre 400 W/m² lors d'un exercice physique intense et 250 W/m² lors de l'activité de frissons. Au cours d'une activité physique, la dépense énergétique dépend de la vitesse de marche, de la nature du terrain, mais aussi de la charge portée. La norme ISO 8996 donne une classification de la dépense énergétique en cinq classes :

- Classe 0 : 65 W/m², repos.
- Classe 1 : 100 W/m², travail léger assis ou marche jusqu'à 3,5 km/h.
- Classe 2 : 165 W/m², travail soutenu debout, marche de 3,5 à 5,5 km/h.
- Classe 3 : 230 W/m², travail intense ou marche de 5,5 à 7 km/h.
- Classe 4 : 290 W/m², activité intense à allure rapide ou marche supérieure à 7 km/h.

La charge thermique externe

Elle est représentée par les échanges de chaleur par radiation (R) et convection (C). Les échanges par conduction (K) peuvent être négligés chez un sujet debout car ils n'interviennent qu'au niveau de la plante des pieds. Ces échanges dépendent du gradient de température existant entre la peau du sujet (température cutanée moyenne : $\bar{T}sk$) et la température radiante moyenne ($\bar{T}r$) pour les échanges par radiation, et la température d'air sec (Tdb) pour les échanges par convection. Leur importance varie selon la surface corporelle exposée (A_D) et selon la vitesse du vent (v) pour la convection. Le sens des échanges (gains ou pertes de chaleur pour l'organisme) est fonction de la valeur du gradient de température entre l'environnement et la peau (positif ou négatif).

Si les gains de chaleur sont supérieurs aux pertes, seule l'évaporation sudorale assurera une thermolyse efficace pour rétablir l'équilibre du bilan thermique.

L'évaporation sudorale

L'évaporation de la sueur est le seul mécanisme thermolytique réellement efficace assurant la dissipation des gains de chaleur. L'évaporation d'un gramme d'eau nécessite un apport énergétique de 2,42 kJ et correspond donc à une perte thermique équivalente pour le sujet. Cette évaporation n'est toutefois possible que si l'ambiance climatique le permet. En effet, l'évaporation maximale permise par l'ambiance dépend du gradient qui existe entre la pression saturante de vapeur d'eau au niveau de la peau (fonction de la température de la peau) et la pression partielle de vapeur d'eau régnant dans l'air (fonction de la température de l'air et de son humidité relative). La sudation peut atteindre 1,5 l/h, mais des valeurs de 3,7 l/h ont été mesurées

L'hypothermie accidentelle

L'hypothermie accidentelle est un accident touchant certaines populations : blessés, vagabonds, naufragés, victimes d'avalanche. Elle se définit comme un abaissement non intentionnel de la température interne du corps (température rectale (Tre), œsophagienne ou tympanique) en dessous de 35 °C. Le niveau de l'hypothermie et sa vitesse d'installation dépendent du type d'environnement (air, eau), de sa température, de la durée d'exposition et de la présence d'éventuelles pathologies pouvant réduire ou inhiber les mécanismes physiologiques de lutte (traumatismes crâniens ou vertébraux, épuisement…). Les hypothermies accidentelles comprennent quatre classes : légères quand la Tre est comprise entre 35 et 34 °C, modérées si Tre est entre 34 et 32 °C, graves si la Tre est entre 32 et 25 °C et profondes si la Tre est inférieure à 25 °C. Des températures rectales de 16 et 17 °C ont été rapportées, les sujets ayant pu être ranimés.

Prévention

La prévention est capitale et repose sur :

- l'information du personnel exposé ;
- l'utilisation d'un équipement de protection adapté (abri, tente, sacs de couchage) ;
- l'emploi de vêtements dont l'isolement vestimentaire exprimé en Clo[1] est suffisant. Par exemple, à –20 °C, il faut 1 à 1,6 Clo en cas de travail important et 10,6 Clo en cas de sommeil. L'emploi de vêtements multicouches est préférable car il permet d'ajuster la protection en fonction de l'activité et augmente l'isolement vestimentaire en emprisonnant une plus grande quantité d'air ;
- l'acclimatation au froid qui permet la mise en place de mécanismes adaptatifs [5, 6] ;

au cours de l'épreuve de marathon aux Jeux olympiques de 1984. Cependant, les pertes hydriques engendrées, si elles ne sont pas compensées, induisent une déshydratation.

Compte tenu des différents types d'échanges de chaleur, le bilan thermique simplifié (B) peut s'écrire :

$$B = Hm \pm R \pm C - E$$

Toutefois, ce bilan thermique n'est valable que pour un sujet nu, ce qui n'est pas le cas du sujet vêtu et, plus encore, du sujet équipé de tenues de protection (pompiers, tenues contre le risque N, C ou B).

Rôle des vêtements et tenues de protection

Les vêtements et tenues de protection diminuent les échanges de chaleur sensible ($R \pm C$) selon leur résistance thermique et entravent l'évaporation sudorale selon leur indice de perméabilité à la vapeur d'eau (résistance évaporatoire). De plus, le port de vêtements et d'équipements spécifiques majore la dépense énergétique, donc la charge thermique interne. Le bilan thermique simplifié du sujet équipé de vêtements et ou tenues de protection devient alors Bcl, avec :

$$Bcl = Hm \pm Rcl \pm Ccl - Ecl$$

Ainsi, selon la valeur de Bcl qui prend en compte l'ambiance climatique, la dépense énergétique et les caractéristiques vestimentaires, plusieurs situations sont à envisager :

- si Bcl = 0, il y a équilibre thermique ; les pertes évaporatoires à travers le vêtement sont nulles ou équilibrent les gains de chaleur ;
- si Bcl > 0, les gains de chaleur sont supérieurs aux pertes de chaleur, un stockage thermique intervient, la température interne augmente avec risque d'hyperthermie et de déshydratation ;
- si Bcl < 0, les pertes de chaleur sont supérieures aux gains, une dette thermique s'installe, la température interne chute avec risque d'hypothermie accidentelle.

Les seuils de tolérance thermophysiologique

Compte tenu des risques, des normes de tolérance ont été établies.

Les critères de tolérance sont définis par les normes ISO 7933 (1989), ISO 9886 (1992) et ISO TR 11079 (1993).

Bilan thermique positif

- La température rectale (Tre) ne doit pas excéder 38 °C si elle n'est pas mesurée en continu ou s'il n'y a pas de personnel médical et/ou si aucun autre paramètre physiologique n'est mesuré. La Tre ne doit pas excéder 38,5 °C ou augmenter de plus de 1,5 °C si la Tre et la fréquence cardiaque sont surveillées en continu. En aucun cas Tre ne doit dépasser 39 °C.
- La fréquence cardiaque ne doit pas dépasser la fréquence cardiaque maximale réduite de 20 battements. La fréquence cardiaque maximale est évaluée soit au cours d'une épreuve d'effort soit à partir de la formule 220 – 0,65 x (âge en années).
- La perte de poids ne doit pas dépasser 800 g ou 1 300 g pour des sujets respectivement non acclimatés ou acclimatés à la chaleur, et dont la surface corporelle est de 1,8 m^2. En tout état de cause, la perte de poids ne doit pas dépasser 4 % du poids corporel.

Bilan thermique négatif

- La température rectale ne doit pas être inférieure à 36 °C.
- La température cutanée : prises isolément, les températures cutanées locales ne doivent pas être inférieures à 17 °C pour le front et 4 °C pour les extrémités. Pour la température cutanée moyenne, estimée à partir des mesures des températures cutanées locales, la limite de 30 °C correspond au déclenchement du frisson.

La détermination précise du bilan thermique, et par voie de conséquence l'évaluation des risques thermophysiologiques, est complexe et nécessite des équipements spéciaux telles des chambres thermoclimatiques qui, seules, permettent d'obtenir des ambiances climatiques uniformes contrairement aux conditions naturelles. Toutefois, il est possible de déterminer des durées limites d'exposition pour le risque thermophysiologique à l'aide de logiciels comme Predictol® , qui a été développé au CRSSA et qui prend en compte non seulement l'ambiance climatique non uniforme, mais aussi la dépense énergétique et les caractéristiques des équipements vestimentaires.

1. Le Clo est l'unité d'isolement vestimentaire. 1 Clo permet le transfert de 0,155 °C/W.m^2 et correspond approximativement à l'isolement fourni par un costume de ville.

- une bonne aptitude physique qui permet une meilleure thermogenèse ;
- des règles hygiéno-diététiques : vêtements propres, séchés tous les soirs ; ne pas consommer d'alcool qui altère le jugement et cause une vasodilatation, source de pertes de chaleur ; une alimentation adéquate (4 à 5000 kcal par jour soit 16,7 à 20,9 10^6 J par jour) [7] selon la répartition qualitative normale (58 % glucides, 11 % de protéines et 31 % de lipides) [7] ; hydratation suffisante (5 à 6 l/j en cas d'activité physique) sous forme de boissons chaudes ;
- la sélection des personnels avec recherche d'antécédents d'accident au froid et de pathologie préexistante, cardio-vasculaire notamment ;
- les moyens de déclenchement des premiers secours : radio, miroir, balise de détresse… ;
- la surveillance des personnes particulièrement exposées : vagabonds et tout blessé en général.

Les conditions de l'intervention en urgence et du transport sont capitales pour la survie des victimes ; deux accidents sont à redouter : la fibrillation ventriculaire et l'aggravation de l'hypothermie ou « after-drop » observée au début d'un réchauffement mal conduit que peut provoquer une levée trop rapide de la vasoconstriction cutanée généralisée.

Les gelures

Cet accident local est une lésion touchant les extrémités, préférentiellement les pieds et les mains, due à l'action directe du froid au cours d'une exposition plus ou moins longue à une température inférieure à 0 °C. Les séquelles sont représentées par des troubles trophiques avec hyperhydrose, cyanose, œdème chronique, des troubles nerveux avec anesthésie ou hyperesthésie au froid et des troubles vasculaires.

Prévention

La prévention repose sur :

- l'emploi de gants avec sous-gants régulièrement séchés, de bottes isolantes n'entraînant aucune striction ni compression ;
- l'hygiène corporelle ;
- la protection vis-à-vis du vent (appréciation du Wind Chill index), de l'humidité ;
- un réchauffement régulier des extrémités ;
- une hydratation convenable pour éviter la déshydratation ;
- l'élimination du tabagisme et de la consommation de caféine qui induisent une vasoconstriction périphérique ;
- une adaptation par des immersions répétées des extrémités dans l'eau froide (quelques degrés) à raison de 2 fois par jour pendant 1 mois. Cette acclimatation induit une adaptation locale caractérisée par des températures des extrémités plus élevées, une douleur et une vasoconstriction moindres au niveau des extrémités lors de l'exposition au froid. Les sujets aux antécédents de gelures, de syndrome ou de maladie de Raynaud doivent éviter l'exposition des extrémités au froid.

Le pied de tranchées

Cette lésion est le résultat d'une exposition prolongée (24 à 36 heures) des extrémités inférieures à un froid humide au-dessus de 0 °C mais en dessous de 15 °C. Elle est favorisée par le port de vêtements et de chaussures serrés. Les membres atteints sont froids, blanc jaunâtre, ou tachetés de bleu noir avec un œdème important. L'insensibilité et la paralysie sont de règle. Au réchauffement apparaît une hyperhémie avec chaleur et douleur et parfois des phlyctènes (soulèvement de l'épiderme, rempli de sérosité transparente : vésicule, ampoule). La parésie (paralysie partielle ou légère) et les troubles de la sensibilité peuvent persister des mois. Dans quelques cas rares, une gangrène peut survenir. L'incidence générale de cette affection serait de 11 % en cas d'exercice par temps froid et humide, et serait de 14 % chez les fumeurs contre 9 % pour les non-fumeurs.

Les engelures

Encore appelées pernion ou érythème pernio, ces lésions érythrocyaniques des extrémités, de pathogénie inconnue, surviennent préférentiellement chez la femme (90 %) lors d'une exposition prolongée au froid humide modéré dans le contexte d'un terrain vasculaire particulier (acrocyanose). Les lésions s'accompagnent d'un prurit tenace au réchauffement et régressent spontanément en 2 à 3 semaines sans trouble résiduel. La récidive est fréquente (80 % des cas) et des antécédents familiaux sont retrouvés dans 52 % des cas.

L'urticaire au froid

Il se manifeste par l'apparition d'érythème avec œdème et prurit qui touche des zones cutanées exposées au froid sous toutes ses formes (air froid, pluie, neige). Le test du glaçon permet de détecter 90 % de ces urticaires, qui sont le plus souvent idiopathiques (72 à 87 % des cas). Les urticaires au froid secondaires sont rares et la cause la plus connue est la cryoglobulinémie, présence dans le plasma sanguin d'une globuline qui précipite ou se solidifie par refroidissement, ce qui peut provoquer des manifestations pathologiques (0,5 % des cas). Des urticaires au froid atypiques

références

1. Melin B. « Eau et sport (Sportifs et sujets à activité physique intense, chap. 14) ». In : A. Martin (dir.). *Apports nutritionnels conseillés pour la population française.* Paris : Éditions Tec & Doc, 2001, 3e édition, p. 364-368.
2. Melin B. « Effets de l'activité physique et sportive sur les pertes en électrolytes (sodium, chlore, potassium). Recommandations d'apport ». *Médecine et Nutrition* 1996 ; 32, 205-213.
3. Savourey G., Bittel J. « Travelers exposed to extreme temperatures ». *Médecine tropicale*, mars 1997, 57 (4 bis), 436-438.
4. Noakes T. D., Norman R. J., Buck R. H., *et al*. « The incidence of hyponatremia during prolonged ultraendurance exercise ». *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1990, 22 [2], 165-70.
5. Bittel J., Savourey G. « Prevention of cold stress in extreme outdoor conditions ». *In* : Tellmann J. S. (dir.). *Encyclopaedia of Occupational — Health and Safety — International Labor Office*. Genève (Suisse) : International Labor Office, 1997, p. 42-48.
6. Savourey G., Vallerand A., Bittel J. « General and local cold adaptation after a ski journey in a severe Arctic environment ». *European Journal of Applied Physiology* 1992, 64 [2], 99-105.
7. Edwards J., Roberts D., Mutter S. « Rations for use in a cold environment ». *Journal of Wilderness Medicine* 1992, 3, 27-47.

peuvent se rencontrer comme l'urticaire cholinergique induite par le froid au cours d'un exercice physique. La prévention est capitale car le risque peut être vital en cas de pratique d'activités aquatiques ou tout simplement d'intervention chirurgicale (refroidissement ou solutés non préchauffés).

Le choc au froid

C'est une réaction physiologique exagérée survenant principalement lors d'une immersion brutale en eau froide qui se traduit par une hyperventilation incontrôlée de durée variable, un gasp inspiratoire, une tachycardie et une vasoconstriction intense. Ces réactions seraient responsables d'un nombre élevé de noyades par inspiration d'eau.

Autres pathologies liées au froid

L'action du froid entraîne une rhinorrhée, des larmoiements et un assèchement des muqueuses. L'inhalation d'air en dessous de –20 °C peut entraîner un bronchospasme. L'environnement froid peut également provoquer des décompensations de troubles psycho-névrotiques tels le « piklokto » des Groenlandais ou « Barrack Feber » des troupes de la Wehrmacht. L'intense réflexion des radiations solaires sur la neige peut entraîner des conjonctivites, des kératites et des érythèmes solaires. Enfin, le froid peut aggraver certaines pathologies préexistantes (angine de poitrine, hémoglobinurie paroxystique au froid, paralysie faciale a frigore…).

Conclusion

En conclusion, la prévention des accidents liés aux ambiances thermiques nécessite la parfaite connaissance de ces accidents, l'évaluation de l'ambiance thermique (température, vent, humidité, radiation) et l'estimation de la dépense énergétique pour ajuster l'apport alimentaire et hydrique, mais aussi l'isolement vestimentaire. Les autres mesures préventives concernent l'aptitude physique et la mise en place de mécanismes adaptatifs. L'utilisation de logiciels comme celui développé par le CRSSA (Predictol®) permet d'évaluer les risques médicaux liés aux ambiances climatiques froides ou chaudes en prenant en compte non seulement la contrainte climatique, mais aussi la contrainte liée à la dépense énergétique et au port d'équipements vestimentaires.

BRÈVES EUROPÉENNES

27 novembre 2003

Lutte contre la drogue

Un accord entre les États de l'Union a été conclu pour unifier les sanctions concernant les trafics de drogues en fixant une peine minimale pour tout trafic : un an de prison pour les petits trafics et cinq ans pour les plus importants.

15 décembre 2003

OMS : investir dans la santé

Le Bureau européen de l'OMS pour l'investissement pour la santé et le développement s'est engagé dans la promotion de la santé et dans la réduction des disparités en matière de santé le 15 décembre dernier à Venise. En effet, l'augmentation des inégalités en matière de santé touche plusieurs millions de personnes. À la fin des années quatre-vingt-dix, plus de 165 millions de personnes vivaient avec moins de 4 dollars des États-Unis par jour dans les 18 pays d'Europe centrale et orientale, ainsi que dans les nouveaux États indépendants. 60 millions de personnes, soit 18 % de la population totale de l'Union européenne, étaient menacées de pauvreté relative et d'exclusion sociale. 18 millions d'enfants sont sous le seuil de pauvreté en Europe orientale, où l'espérance de vie est de 10 ans de moins qu'en Europe de l'Ouest.

15 décembre 2003

Urgences médicales : le projet Hesculap

Le projet Hesculap répond au souci de la Commission européenne de coordonner les programmes de recherche dans le domaine des urgences médicales en les mettant en réseau. Face aux quelque 100 millions de cas annuels d'urgences médicales et aux infrastructures qui diffèrent d'un pays à l'autre, l'Europe peut espérer, grâce au projet Hesculap qui rassemble les ressources, se préparer à mieux affronter de nouveaux dangers (y compris ceux nés des craintes du bioterrorisme et des nouvelles maladies comme celle du SRAS) à un niveau transnational.

16 décembre 2003

Augmentation de maladies d'origine alimentaire en Europe

Le dernier rapport du programme de surveillance de l'OMS pour la lutte contre les infections et les intoxications d'origine alimentaire permet d'en constater l'augmentation partout en Europe. Ainsi, la campylobactériose, une gastro-entérite d'origine bactérienne (transmise surtout par la volaille, la viande, l'eau, le lait cru), est en constante hausse depuis 1985. Les cas de trichinellose, maladie d'origine parasitaire (due à la consommation de produits porcins), sont de plus en plus signalés dans les Balkans. Depuis 1990, des cas de zoonoses graves, telle la brucellose ou fièvre de Malte (maladie transmise par la consommation de lait de chèvre ou de brebis non pasteurisé), se sont multipliés dans les républiques d'Asie centrale. On constate que 40 % de ces épidémies sont dus à la consommation d'aliments à domicile (préparations sans mesures d'hygiène personnelle, préparations de mets trop à l'avance, cuisson insuffisante, etc.).

15 janvier 2004

Sécurité des produits de consommation

Une directive relative à la sécurité générale des produits de consommation, adoptée en 2001 (DGSP-2001/95/CE), vient d'être révisée afin d'améliorer la sécurité des produits de consommation, à l'exception des denrées alimentaires. Entrée en vigueur le 15 janvier 2004, elle définit les contrôles de sécurité, en particulier sur les produits faisant l'objet du plus grand nombre de notifications (pas toujours lues) : des produits ménagers, des appareils électriques, des jouets…

Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne

En Finlande, un système de santé « municipal »

Sandrine Chambaretaud
Chargée de mission,
Commissariat général au plan
Diane Lequet
Chargée de mission sur les dossiers internationaux, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)

Ce texte sur la Finlande est le deuxième volet d'une série de trois articles consacrés aux systèmes de santé des pays nordiques de l'Union européenne.

Tout comme le système de santé danois, le système de santé finlandais repose sur un modèle beveridgien de type service national de santé. Ses promoteurs se sont fondés sur les mécanismes antérieurs de prise en charge des dépenses de santé qui relevaient des municipalités. Au début des années quatre-vingt-dix, des difficultés de financement liées à la crise économique ont entraîné des coupes importantes dans les dépenses sociales, en particulier dans le secteur de la santé. Parallèlement, sous l'inspiration des théories du *New Public Management*, le mouvement de décentralisation a été accentué en 1993 et une certaine concurrence introduite entre les structures hospitalières.

Un système très décentralisé

La Finlande est un pays extrêmement décentralisé, tant sur le plan politique que sur celui de l'organisation et de la gestion du système de santé. Les 448 municipalités, gouvernées par des conseils élus, sont l'échelon responsable en termes de santé et bénéficient d'une grande liberté et d'une grande autonomie dans l'organisation de système de santé local. Elles ont la capacité de contracter avec des praticiens privés pour la fourniture de certains types de soins (soins dentaires, par exemple) ou de mettre en place des dispensaires spécialisés. Elles contribuent aussi au financement des dépenses de santé et lèvent des impôts et des taxes pour couvrir leurs obligations en matière sanitaire. Quant aux soins hospitaliers, ils sont gérés au sein de 20 districts qui regroupent une population comprise entre 70 000 et 800 000 habitants, chaque commune étant tenue d'appartenir à un district hospitalier.

Des normes générales concernant l'offre de soins, les modalités de la prise en charge et la qualité sont définies au niveau national. En cas de manquement des municipalités, le gouvernement central saisit le « Conseil de sécurité de base », qui correspond en France aux corps d'inspection et de contrôle.

La petite dimension de certaines municipalités est une des difficultés principales soulevées par cette très forte décentralisation. En effet, 75 % des municipalités comprennent moins de 10 000 habitants et 20 % moins de 2 000 habitants. Des associations intercommunales ont donc été créées afin d'assurer la fourniture de certaines prestations comme, par exemple, les soins psychiatriques ou les services aux personnes handicapées. L'Association finlandaise des autorités locales fédère l'ensemble des municipalités et joue auprès d'elles le rôle d'expert, de conseil juridique et de communication.

Depuis la réforme de 1993, les municipalités négocient directement avec les hôpitaux les prix des prestations qu'elles achètent pour leurs assurés, en l'absence de toute règle au niveau national. Il en résulte de fortes variations, parfois au sein d'un même district hospitalier. Cette concurrence se fait généralement au détriment des petites municipalités. Il existe toutefois un dispositif d'égali-

sation des dépenses communales pour les patients les plus coûteux (selon les districts, le seuil varie de 16 800 à 84 000 euros), toutes les communes du district participant à la dépense, ce qui limite le risque financier.

Le système de santé face à la crise économique des années quatre-vingt-dix

Au début des années quatre-vingt-dix, la Finlande a connu une crise économique d'une ampleur exceptionnelle. Parmi les raisons majeures de cette crise, notons le démantèlement de l'Union soviétique qui représentait un cinquième des exportations du pays, la libéralisation des marchés financiers et une série de mesures économiques peu appropriées. En deux ans (1991-1992), le produit intérieur brut (PIB) a diminué de 10 % et le chômage a considérablement augmenté, de 3,2 % en 1990 à 16,3 % en 1993. Ce contexte a obligé le gouvernement à procéder à des coupes budgétaires importantes dans les programmes sociaux et sanitaires.

Une évolution modérée des dépenses de santé depuis le milieu des années quatre-vingt-dix

La fin des années quatre-vingt-dix est marquée à la fois par la forte croissance du PIB et par une évolution modérée des dépenses de santé. La maîtrise de la croissance des dépenses de santé semble donc être effective depuis la crise de 1993. Les dépenses de santé *per capita* n'ont que peu évolué depuis 1990 : 1 560 euros selon les données de l'OCDE en 1999 (figure 1).

Par rapport aux autres pays de l'Union européenne, la Finlande consacre une part moindre de sa richesse nationale à la santé. En 2000, les dépenses de santé représentaient 6,6 % du PIB en Finlande, 8,3 % au Danemark, 8,4 % en Suède et 8 % en moyenne au sein de l'Union.

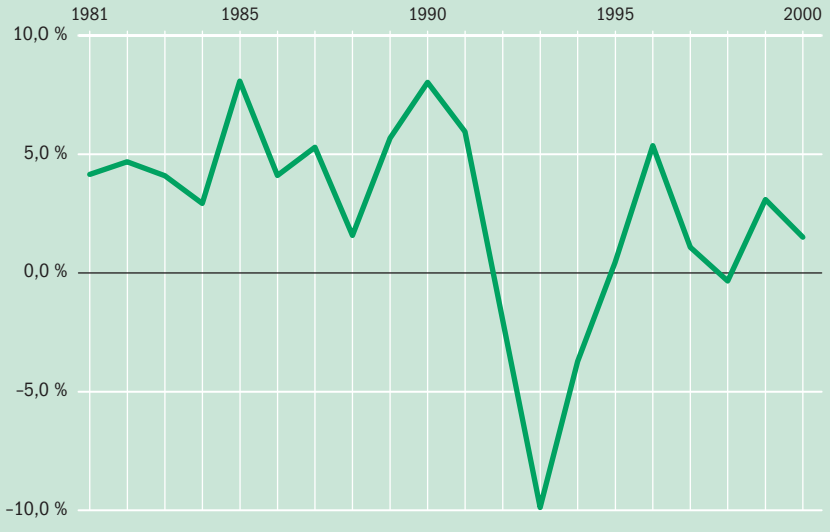
En septembre 2001, la Finlande a lancé un projet national de développement du système de santé, destiné à assurer l'avenir des soins dans le pays. Ce projet a été l'occasion pour les experts de réclamer une augmentation des ressources du système de santé finlandais pour atteindre la moyenne des dépenses de santé pour l'Union européenne.

Une participation financière de l'État sous forme d'enveloppes fermées

La réforme de 1993 a augmenté le pouvoir financier des municipalités et leur liberté de décision en termes de régulation. Les modalités de la participation financière de l'État ont aussi connu une évolution importante. Alors que, traditionnellement, l'État prenait en charge une partie des dépenses de santé supportées par les municipalités, les subventions sont

figure 1

Le taux de croissance des dépenses de santé (corrigé de l'inflation)



Source : OCDE- Ecosanté 2002.

Danemark, Suède, Finlande

Quelques données sociodémographiques

Parmi ces trois pays, la Suède est celui qui compte la population la plus importante avec 8,9 millions d'habitants, contre 5,3 millions pour le Danemark et 5,2 millions pour la Finlande ; c'est aussi le pays où la part des plus de 65 ans est la plus forte (17,4 % de la population en 2000), les personnes de plus de 65 ans en Finlande et au Danemark représentant environ 15 % de la population.

La densité de la population est particulièrement faible en Finlande (15 hab. par km^2) et en Suède (20 hab. par km^2), alors que le Danemark est relativement plus peuplé (122 habitants par km^2). En termes de richesse, c'est au Danemark que le produit intérieur brut par tête est le plus élevé (29 340 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000), la Finlande et la Suède ayant un produit intérieur brut par tête de l'ordre de 25 000 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000.

L'espérance de vie en 1999 était pour les hommes de 73,8 ans en Finlande, 74,2 ans au Danemark et 77 ans en Suède ; pour les femmes, elle était de 79 ans au Danemark, de 81 ans en Finlande et de 81,9 ans en Suède.

Sources : OCDE-Ecosanté, OMS

maintenant distribuées sous la forme d'enveloppes, calculées sur la base d'un système de capitation pondérée en fonction de la structure par âge et de la morbidité. Ces enveloppes, qui sont déterminées en début d'exercice, ne sont pas susceptibles d'être modifiées en fonction des dépenses réelles des municipalités. Cette évolution s'est accompagnée d'une réduction de la participation du gouvernement central aux dépenses de santé, qui est passée de 35 % à 18 % en 1999. En termes d'incitations, l'objectif de ce nouveau mode de financement du gouvernement central est d'encourager l'échelon local à améliorer l'efficacité du système de santé en lui faisant supporter le poids financier de ses décisions.

Un programme de santé publique ambitieux

Le gouvernement finlandais a adopté un ambitieux programme de santé publique « Santé 2015 » élaboré après consultation des autorités locales de santé, des syndicats, des organisations professionnelles, des services de santé, d'experts et de représentants des citoyens. Ce programme se décompose en huit objectifs à atteindre en matière d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités qui concernent différents groupes d'âge. Ces huit objectifs se déclinent selon trente-six lignes d'action identifiées.

Parmi les objectifs affichés, notons : la réduction d'au moins 15 % des fumeurs parmi la population âgée de 16 à 18 ans, ainsi que la volonté de baisser la proportion des jeunes qui ont des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool et ou de drogue au niveau de 1990 ; aider les personnes en âge de travailler à rester au moins trois ans de plus au travail ; réduire les inégalités de santé entre les femmes et les hommes et entre les catégories socioprofessionnelles ; un accroissement de la durée de vie en bonne santé de deux ans par rapport au niveau observé en 2000.

Le programme souligne le rôle fondamental joué par les municipalités dans la réalisation des objectifs affichés en raison de leur autonomie et de leurs pouvoirs croissants.

Une offre de soins essentiellement publique

L'offre de soins est globalement inférieure à la moyenne européenne, surtout pour les lits hospitaliers (2,5 pour 1 000 contre 4,1 en moyenne pour l'Union européenne). Les capacités hospitalières en soins aigus ont été fortement réduites entre 1990 et 1998, où un tiers des lits a été supprimé. Cette évolution s'est accompagnée d'une réduction encore plus forte de la durée de séjour, de 7 jours en 1990 à 4,5 jours en 1998 en moyenne dans les services de court séjour. La densité de médecins — 3,1 ‰ en 1999 — est, en revanche, proche de la moyenne européenne.

La place du secteur public est prépondérante tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Les médecins généralistes sont employés directement par les centres de santé locaux et plus de 9 médecins sur 10 exercent dans le secteur public. Cependant un tiers des médecins ont une activité privée à temps partiel et 20 % des consultations en ville relèvent de ce secteur. Dans le domaine hospitalier, les lits privés représentent moins de 5 % des lits, en 1999, selon les données de l'OMS. L'activité du secteur hospitalier privé est fortement concentrée puisque 43 % des interventions réalisées concernaient la chirurgie orthopédique et étaient le fait de deux établissements à but non lucratif dont les principaux clients sont les municipalités.

L'accès aux soins : filière et listes d'attente

L'accès aux soins primaires est essentiellement assuré par des centres de santé locaux qui regroupent des médecins généralistes, des infirmières, du personnel paramédical et même des travailleurs sociaux. La spécificité finlandaise tient au rôle des infirmières, qui peuvent constituer la porte d'entrée aux soins secondaires, au même titre que les médecins. En effet, historiquement, le manque de médecins a induit, en compensation, un développement important du corps infirmier. Les infirmières ont leurs propres cabinets de consultation et fournissent une grande partie des soins maternels et infantiles, des soins aux personnes âgées et handicapées. Elles jouent un rôle fondamental en matière de prévention. Leur densité est largement supérieure à celle observée dans les autres pays européens (22 ‰ en 1998).

Certaines municipalités ont mis en place, dans les années quatre-vingt, le système du « *personal doctor* » dans lequel les patients s'inscrivent auprès d'un médecin particulier au sein du centre de santé dont ils dépendent, ce médecin devenant une sorte de « médecin référent ». Ce système, qui concerne aujourd'hui 55 % de la population finlandaise, a entraîné une modification des règles de rémunération : le revenu d'un généraliste, dans ce cadre, est constitué pour 60 % d'une part salariale, pour 20 % d'un paiement à la capitation, pour 5 % d'un paiement à l'acte, le reste étant des rémunérations liées à des arrangements locaux. Les autres médecins généralistes sont toujours rémunérés sur une base salariale.

Les patients accèdent aux soins de spécialistes et hospitaliers après une consultation avec un médecin généraliste ou dans un centre de soins primaires. Ils sont dirigés vers l'hôpital désigné par leur médecin généraliste et n'ont donc pas de liberté de choix.

Les délais d'accès à ces soins sont parfois importants et la persistance de listes d'attente est un des problèmes majeurs du système de soins finlandais. Ce phénomène est observable dans la plupart des services de santé nationaux où l'universalité des droits et la quasi-gratuité des soins entraînent souvent un rationnement quantitatif dans un contexte de ressources budgétaires limitées.

Le plan d'action 2002 demande que des délais maximaux pour l'accès aux soins tant primaires que secondaires soient arrêtés. L'hôpital, ou le centre de soins, qui ne pourra pas respecter ces délais devra organiser et financer la prise en charge du patient dans une autre municipalité ou dans le secteur privé. Un logiciel médical national, contenant des données sur les soins offerts dans toutes les unités de santé du pays, devrait être mis en place d'ici 2006 pour faciliter la liberté de choix du patient en cas de manquement de sa collectivité locale.

La gratuité totale des soins était un des principes fondateurs des systèmes nationaux de santé du nord de l'Europe,

mais aujourd'hui une participation financière est demandée aux patients. Des tickets modérateurs ont été mis en place pour la plupart des biens et services médicaux ; d'un montant variable selon les municipalités, ils sont tout de même limités par un plafond annuel fixé au niveau national. Ce plafond est de 589 euros pour les soins et de 580 euros pour les achats de médicaments. La Finlande est, avec la France, un des pays d'Europe où le taux de contribution des ménages est le plus élevé.

Des inégalités d'accès

Les inégalités de recours aux soins entre habitants des différentes municipalités en Finlande sont soulignées aussi bien par les experts que par le gouvernement. Les dépenses de santé par habitant varient ainsi dans un rapport de 1 à 2,5 selon les municipalités et l'installation de praticiens dans certaines zones éloignées reste difficile. Le plan stratégique du gouvernement « Santé 2015 » rappelle que, même si parmi les quatre priorités du programme « Santé pour tous » de 1986 figurait la réduction des disparités géographiques d'accès aux soins, « *les différences interrégionales ont diminué en termes absolus, mais le différentiel relatif reste identique* ». En effet, certaines municipalités ont des difficultés à financer tous les soins nécessaires à leurs résidents et leurs responsables politiques hésitent souvent à augmenter les impôts pour couvrir l'accroissement de dépenses de santé, craignant de ne pas être réélus.

Les disparités les plus fortes d'accès aux soins sont liées aux soins mal ou non couverts par le système public et à la concentration dans les régions urbaines les plus riches et les plus peuplées des services de soins privés. La possibilité de se faire soigner par des praticiens privés ou dans des cliniques permet aux personnes à hauts revenus d'échapper aux contraintes du service public. De même, les personnes qui travaillent dans des grandes entreprises ont plus de facilités d'accès aux praticiens grâce aux services de médecine du travail.

Le rapport de l'OCDE publié en novembre 2003 sur l'équité des systèmes de santé souligne que la Finlande est le seul des 21 pays étudiés où il existe un biais en faveur des plus riches en termes de consultations médicales (généralistes et spécialistes). Cela signifie qu'à besoin équivalent[1], les personnes dont le revenu est le plus élevé vont plus souvent consulter un médecin. Deux explications principales sont avancées. D'une part, les consultations ayant lieu dans le cadre de la médecine du travail sont incluses dans l'analyse, or les plus pauvres, n'occupant généralement pas d'emploi, en sont, de fait, privés ; d'autre part, le recours aux centres de santé publics est supérieur pour les plus pauvres, ce recours n'impliquant pas forcément, en Finlande, un contact avec un médecin. Il existe donc des structures de consommation différentes selon le revenu, les personnes aisées consultant plus souvent des médecins (généralistes et surtout spécialistes), alors que les plus pauvres ont recours aux centres de soins primaires.

Perspectives

Comme dans les autres pays nordiques, l'évolution du système de santé est au cœur des débats politiques. En effet, la persistance des listes d'attente dans les hôpitaux, les difficultés que connaissent certains municipalités pour financer les soins, le constat d'inégalités d'accès aux soins, le manque de régulation générale hospitalière sont autant d'éléments qui interrogent les pouvoirs publics.

À la demande des autorités finlandaises, l'OMS a diligenté, en 2002, une équipe de 7 experts internationaux qui a conduit plus de 100 entretiens sur la politique de promotion de la santé. Une des recommandations de ces experts souligne la nécessité d'une amélioration des relations entre une autorité sanitaire nationale forte et les autorités municipales.

Le précédent gouvernement finlandais avait lancé une réflexion sur l'avenir du système de soins et le niveau de décentralisation optimal. Une des propositions portait sur une diminution du nombre des districts hospitaliers et la création de secteurs sanitaires pour rapprocher les services de soins primaires et les hôpitaux. Le nouveau gouvernement finlandais, élu en avril dernier, a décidé d'inciter les municipalités à fermer les centres de santé les plus petits, pour que chaque centre couvre 20 000 à 30 000 habitants, sauf dans les zones rurales, afin de continuer à réaliser des économies d'échelle.

1. Les besoins sont définis en fonction de deux critères : la santé perçue et les limitations dans les activités de la vie quotidienne liées à l'état de santé.

références

1. Chambaretaud S., Lequet-Slama D. « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix ». *Revue française des Affaires sociales*, n° spécial « L'État providence nordique : ajustement, transformations au cours des années quatre-vingt-dix », n° 4 oct.-déc. 2003.
1. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition*. Finland : 2002.
2. Biese M., Lefebvre A. *Notes de politiques sanitaire et sociale*. Édition 2003
3. Keskimaki I. « How did Finland economic recession in the early 90's affect socio-economic equity in the use of Hospital care ». *Social Science and medicine*, 2003, 56.
4. Lehto J., Moss N., Rostgaard T. « Universal public social care and health services ». *Nordic Social Policies*, ed. Mikko Kautto, 1999.
5. Minogue M. « Should flawed models of public management be exported ? Issues and practises ». *In* : *The Internationalization of Public Management : Reinventing the Third World State,* McCourt W., Minogue M. (eds), Elgar E. Cheltenham, UK/Northampton, 2001.
6. Pollitt, C., Bouckaert, G. *Public Management Reform : a comparative analysis*. Oxford : Oxford University Press, 1999.
7. Sogaard J. « La tarification à la pathologie des services hospitaliers : la manière scandinave ». *Dossiers solidarité-santé*, numéro hors série, 2002;

Le tabagisme des adolescents
Niveaux d'usage et évolutions récentes

François Beck
Chargé d'étude,
Observatoire français des drogues et des toxicomanies,
Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société (Cesames)
Stéphane Legleye
Chargé d'étude,
Observatoire français des drogues et des toxicomanies

À la fin de l'adolescence, 4 jeunes sur 5 déclarent avoir fumé et l'usage quotidien de tabac des élèves de 16 ans situe la France parmi les pays de tête. Les données présentées ici serviront de base pour évaluer l'impact des dernières mesures adoptées.

Afin de mesurer les niveaux et tendances d'usage de substances psychoactives des adolescents, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a mis en place, avec le soutien de la Direction centrale du service national (DCSN), l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) [1]. Tous les ans depuis 2000, elle interroge l'ensemble des adolescents qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) le mercredi et le samedi d'une semaine donnée en métropole et d'avril à juin dans les Dom. Cette enquête offre des résultats précis sur une tranche d'âge réduite, en décrivant les usages de drogues illicites et licites et notamment de tabac. Le troisième exercice permet d'observer des tendances, notamment par une mise en regard avec les enquêtes en milieu scolaire menées au cours des années quatre-vingt-dix.

Expérimentation et consommation actuelle de tabac

À la fin de l'adolescence, environ quatre individus sur cinq déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette, les filles un peu plus souvent que les garçons : 78,9 % contre 75,6 % à 17 ans ($p<0,01$) et 81,0 % contre 78,3 % à 18 ans ($p<0,01$). L'usage quotidien est largement répandu, sans différence entre les sexes. Les proportions de « gros fumeurs » (plus de 10 cigarettes par jour) sont plus importantes à 18 ans qu'à 17 ans ($p<0,001$), tout comme celles des fumeurs quotidiens (tableau 1), ce qui confirme un effet âge déjà observé à l'adolescence [2].

Lorsqu'ils fument quotidiennement, garçons et filles de 17-18 ans déclarent

tableau 1

Nombre de cigarettes par jour fumées au cours des 30 derniers jours à 17-18 ans (pourcentage en ligne)

		aucune	<1 cig./j	1-5	6-10	11-20	+ de 20	usage quotidien
17 ans	filles	52,2	8,8	13,8	15,1	8,2	2,0	39,0
	garçons	52,2	7,8	12,5	15,9	8,8	2,8	40,0
	total	52,2	8,3	13,1	15,5	8,5	2,4	39,5
18 ans	filles	48,4	8,5	13,3	16,2	11,2	2,6	43,2
	garçons	49,1	7,9	12,8	15,5	11,4	3,5	43,1
	total	48,7	8,2	13,0	15,8	11,3	3,0	43,1

Source : Escapad 2002, OFDT

des quantités assez similaires : à peine les garçons sont-ils plus nombreux à fumer plus de 10 cigarettes par jour (p<0,05) et les filles, 5 cigarettes ou moins (p<0,05). Ainsi, bien que le tabac reste le produit psychoactif dont les usages sont les moins sexuellement différenciés, il persiste une légère différence entre les sexes.

En moyenne, les enquêtés de 18 ans ont fumé leur première cigarette à 13,7 ans pour les filles et 13,6 ans pour les garçons[1]. Ces âges moyens sont très proches de ceux obtenus en 2000 et 2001. La question sur l'âge à l'expérimentation permet de retracer, à 18 ans, la courbe de diffusion de tabagisme en cumulant les proportions d'année en année. Par exemple, parmi les garçons, 10,7 % ont fumé leur première cigarette avant 12 ans[2], 11,0 % à 12 ans, 12,4 % à 13 ans. Pour cette génération de garçons, le niveau de l'expérimentation du tabac atteignait donc 10,7 % entre 6 et 11 ans, 21,7 % à 12 ans, 34,1 % à 13 ans, ce qui donne les trois premiers points de la courbe (figure 1).

Cette reconstruction rétrospective de la diffusion de l'expérimentation du tabac montre que les garçons ont été à peine plus précoces que les filles pour fumer leur première cigarette. Ils l'ont plus fréquemment fumée avant l'âge de 12 ans. Les filles sont particulièrement nombreuses (36,1 %) à avoir expérimenté le tabac à 14 ou 15 ans, soit légèrement plus tard qu'en 2001. Pour les garçons, mais surtout pour les filles, les prévalences augmentent plus rapidement entre 13 et 15 ans : bien que se situant déjà à des niveaux assez élevés, la proportion d'expérimentatrices fait plus que doubler entre ces deux âges. En revanche, après 15 ans, l'augmentation des prévalences se ralentit[3].

Concernant l'âge d'entrée dans le tabagisme régulier, en moyenne, les adolescents de 18 ans entrent dans le tabagisme quotidien juste avant 15 ans, 14,7 ans pour les filles et 14,8 ans pour les garçons[4].

Comme précédemment, la question sur l'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien permet de retracer la courbe de diffusion de ce comportement à 18 ans, en cumulant les proportions (figure 2).

La prévalence du tabagisme quotidien suit quasiment la même progression pour les deux sexes, avec une forte augmentation entre 14 et 16 ans[5]. À la différence de l'expérimentation, ce sont toutefois les filles qui apparaissent légèrement plus précoces que les garçons.

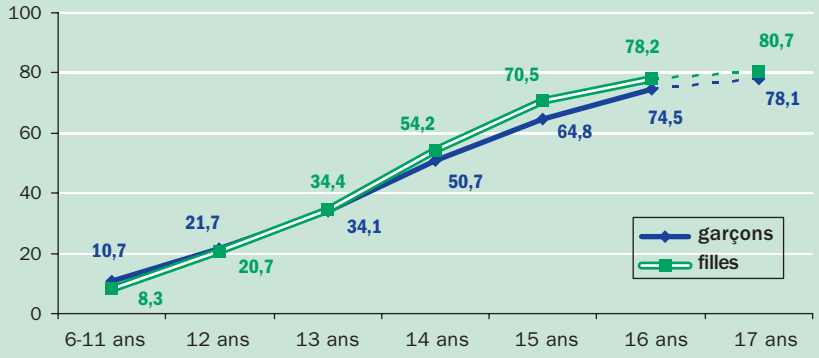
L'arrêt de la consommation

Près de 5 % des jeunes de 17-18 ans disent être d'anciens fumeurs. C'est un peu plus souvent le cas des filles : 5,4 % contre 3,2 % à 17 ans (p<0,001), 5,9 % contre 3,9 % à 18 ans (p<0,001), tandis que près d'un quart déclare avoir juste

1. Parmi les expérimentateurs de tabac, 11,5 % n'ont pas répondu à la question de l'âge de la première cigarette. Ces individus ont été mis à valeur manquante.
2. Parmi eux, seuls 10 déclarent avoir fumé leur première cigarette avant l'âge de 5 ans.
3. Dans la mesure où la majorité des enquêtés n'a pas achevé sa dix-septième année au moment de l'enquête, l'aplatissement de la courbe de diffusion obtenu entre 16 et 17 ans est pour une part mécanique, aussi ce dernier segment est-il en pointillé.
4. Alors que pour l'âge à la première cigarette les réponses étaient rarement des âges très bas, pour l'entrée dans le tabagisme quotidien, 39 garçons et 62 filles ont répondu un âge inférieur à 7 ans. Cela peut sembler paradoxal au premier abord, mais on peut faire l'hypothèse que certains de ces enquêtés ont cru répondre à la question « Depuis combien de temps fumez-vous », dans la mesure où ces âges bas sont surtout des « un an » (n=25), « deux ans » (n=28) ou « trois ans » (n=18). En mettant toutes les réponses inférieures à 7 ans à valeurs manquantes, on obtient les résultats présentés, ceux-ci ne variant pas si on considère que les chiffres cités sont des durées, affectant à la valeur « 1 » la valeur « 16 », à la valeur « 2 » la valeur « 15 » et ainsi de suite.
5. Contrairement à ce qu'on peut observer sur la courbe de diffusion de l'expérimentation du tabac, une véritable cassure apparaît entre 16 et 17 ans. Comme précisé précédemment, la présence dans l'échantillon d'individus n'ayant pas achevé leur 17e année invite à ne pas sur-interpréter cette rupture dans la croissance de la courbe.

figure 1

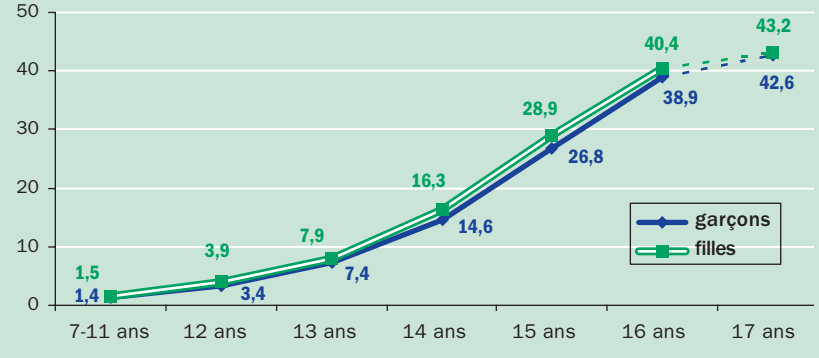
Diffusion de l'expérimentation du tabac pour la génération âgée de 18 ans en 2002 selon l'âge (en pourcentage)



Source : Escapad 2002, OFDT.

figure 2

Diffusion du tabagisme quotidien pour la génération âgée de 18 ans en 2002 selon l'âge d'expérimentation (en pourcentage)



Source : Escapad 2002, OFDT.

essayé. Parmi les jeunes qui ont fumé quotidiennement au cours des trente derniers jours, quelques-uns seulement déclarent avoir « arrêté » ou n'être « jamais devenus fumeurs » : se considérer comme non-fumeur ou ancien fumeur n'implique donc pas une privation absolue de cigarette, mais vraisemblablement une abstinence qui tolère quelques exceptions. 6,4 % des fumeurs quotidiens se jugent non pas « fumeurs réguliers », mais « occasionnels », manifestant un refus ou une méconnaissance de leur statut de fumeur : un fumeur de moins d'un certain nombre de cigarettes par jour ne serait pas vraiment un fumeur.

Exploration de la dépendance au tabac

À 17-18 ans, 12 % des fumeurs quotidiens déclarent fumer leur première cigarette dès le réveil, et près de 10 % la fument avant de sortir de chez eux : la grosse majorité la fument en se rendant ou en arrivant sur leur lieu d'étude ou de travail, et 15 % plus tard dans la journée (tableau 2). Ces proportions varient peu avec l'âge, mais les garçons sont plus nombreux que les filles à fumer leur première cigarette dès le réveil. Fumer tôt sa première cigarette est notamment lié au fait de ne plus résider au domicile parental, tout comme à l'intensité de la consommation : par exemple, 2,3 % des fumeurs quotidiens de 1 à 5 cigarettes par jour fument la première dès le réveil, contre 41,0 % parmi les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour.

Les signes de dépendance au tabac ont été évalués à l'aide d'une variante du mini-test de Fageström [3] adaptée au mode de vie des adolescents[6], définie par le cumul des critères « fumer plus de 20 cigarettes par jour » et « fumer sa première cigarette dès le réveil ou avant de quitter son domicile ». Environ 10 % des jeunes de 17-18 ans présentent de tels signes : il s'agit un peu plus souvent de garçons (environ deux points d'écart).

Répartition géographique de l'usage de tabac

Mise à part la Corse (n=112), ici agrégée à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et le Limousin (n=233), chaque région compte au moins 400 jeunes (750 en moyenne) au sein de l'échantillon. À 17-18 ans, l'expérimentation du tabac s'avère significativement plus fréquente dans l'Ouest (83 % pour les filles et les garçons en Bretagne, 84 % dans les Pays de la Loire), mais aussi en Midi-Pyrénées (81 %). Cette expérimentation est plus rare en Île-de-France (75 %), en Alsace (74 %), ainsi qu'en Bourgogne (73 %). L'écart entre les deux sexes est faible et non significatif dans la plupart des régions : il n'excède 5 points et n'est significatif qu'en Alsace et

6. Cette adaptation est exploratoire, elle vise à donner aux adolescents des repères plus concrets qu'une mesure de temps en minutes.

Méthodologie

L'enquête Escapad repose sur un questionnaire auto-administré anonyme concernant la santé, le mode de vie (sorties et sociabilité) et les usages de produits psychoactifs. La passation est confiée à un des deux intervenants encadrant les appelés. Elle consiste à présenter l'enquête, à rappeler sa confidentialité et son intérêt, puis à distribuer et à collecter les questionnaires (après 25 minutes). Les questionnaires, placés dans une enveloppe scellée sous les yeux des appelés, sont ensuite envoyés à la saisie, effectuée sous le contrôle de l'OFDT. Chaque encadrant remplit un rapport qui décrit le déroulement de la passation, puis distribue aux appelés un résumé des résultats de l'année passée.

Escapad interroge des jeunes non scolarisés, mais bénéficie d'un mode de collecte similaire à celui des enquêtes en milieu scolaire ; la procédure de convocation, qui limite les chances que deux jeunes résidant dans la même commune se retrouvent dans la même salle, garantit une très bonne confidentialité. Escapad a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis), le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du label, et l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Les dates de passation (4 et 15 mai 2002) ont été choisies pour éviter les examens scolaires. En tout, 224 centres JAPD ont été mobilisés pour recevoir 17 207 jeunes : seuls 57 ont rendu un questionnaire vierge. 375 autres n'ayant pas renseigné leur sexe ou leur année de naissance ou ayant fourni des réponses aberrantes ont été écartés de l'analyse. Après ce filtrage, l'échantillon exploitable atteint 16 775 adolescents en métropole. Les résultats présentés ici concernent uniquement les jeunes nés en 1984 (appelés par la suite les « 18 ans », n=7954) et les nés en 1985 (« 17 ans », n=7609) [1]. L'outil statistique utilisé ici pour mesurer le degré de significativité de la différence entre deux pourcentages est le test du Chi2 de Pearson.

tableau 2

Moment de la première cigarette parmi les fumeurs quotidiens à 17 et 18 ans (pourcentages en ligne)

		dès le réveil	avant de sortir de chez vous	sur le chemin de l'école ou du travail	en arrivant à l'école ou au travail	plus tard
17 ans	filles	9,2	8,5	31,8	36,7	13,8
	garçons	14,3	9,7	32,3	30,2	13,5
	total	11,8	9,2	32,1	33,3	13,6
18 ans	filles	9,8	9,8	33,8	30,7	16,0
	garçons	14,3	9,7	36,8	25,6	13,6
	total	12,1	9,8	35,3	28,1	14,8

Source : Escapad 2002, OFDT

en Aquitaine, où les filles ont plus souvent expérimenté le tabac ($p<0,05$).

L'usage quotidien du tabac (figure 3) apparaît plus fréquent dans une large portion ouest du territoire : Bretagne (49 %), Poitou-Charentes (48 %), Basse-Normandie (47 %) et Pays de la Loire (46 %). L'Île-de-France (35 %), l'Alsace (32 %) et Rhône-Alpes (39 %) sont les seules régions où cet usage est significativement plus rare qu'ailleurs. L'écart entre les sexes reste faible et n'est jamais significatif, ce qui confirme la tendance nationale : filles et garçons ont des usages de tabac très similaires.

Malgré quelques différences, cette répartition géographique conforte les analyses conduites précédemment à l'aide d'Escapad 2000 et 2001 [4], ou de l'enquête Espad réalisée en 1999 en milieu scolaire [5]. Ces résultats sont cependant très différents de ceux observés pour les 15-75 ans ou de ceux obtenus à partir des ventes de cigarettes [3]. Interpréter ces différences est délicat, d'autant que les hypothèses susceptibles d'être formulées pour les adultes (zone touristique ou frontalière expliquant la différence entre données de vente et de consommation déclarée par exemple) ne tiennent pas forcément à 17-18 ans. Soulignons toutefois qu'il existe à cet âge une certaine cohérence entre les usages des différentes substances psychoactives, licites ou illicites : par exemple, la Bretagne se retrouve, pour l'alcool et les drogues illicites, dans les régions de fortes consommations, alors que l'Île-de-France présente des prévalences d'usage souvent plus faibles que sur le reste du territoire [5].

Dans les Dom, la petitesse relative des échantillons relativement à la métropole contraint à retenir également les jeunes de 19 ans (qui représentent 15 % des questionnaires exploités), et à écarter les données de la Guyane, faute d'effectifs suffisants. Les proportions mesurées pour l'expérimentation ou l'usage quotidien sont systématiquement plus faibles qu'en métropole, et confirment celles déjà observées en 2001 : c'est à la Réunion que les usages de tabac sont les plus fréquents et en Guadeloupe qu'ils le sont le moins. L'écart entre les sexes est souvent plus élevé outre-mer qu'en métropole (tableau 3).

Sur le plan européen enfin, l'enquête Espad permet de situer la France par rapport à la plupart des autres pays [6]. Au sein de la population scolaire, l'usage quotidien de tabac des élèves français de 16 ans situe la France parmi les pays de tête, pour les garçons (6e avec 30 %) comme pour les filles (3e avec 33 %), devant tous les autres pays de l'Union européenne (26 % aux Pays-Bas, 24 % au Royaume-Uni, 23 % en Grèce et en Italie). Le pays de tête est le Groenland, qui compte 57 % de fumeurs quotidiens.

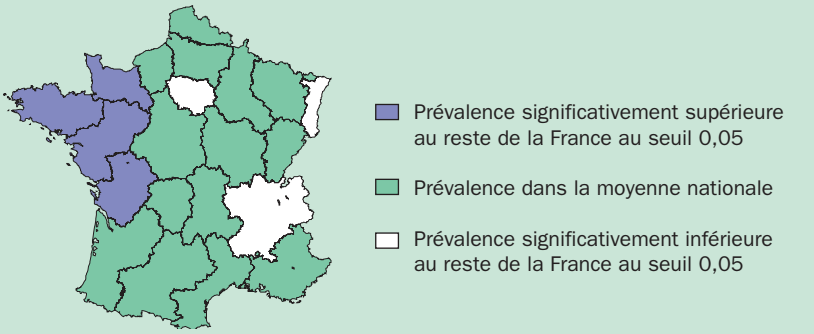
Tendances récentes de l'usage

Entre 1993 et 1999, l'expérimentation et l'usage quotidien de tabac ont connu une hausse, visible chez les scolarisés de 14-18 ans. Cette hausse est nette à tous les âges, en particulier pour les filles [2]. Ainsi, en milieu scolaire, la proportion d'usagers quotidiens à 17 ans obtenue en 1993 (21,9 % parmi les garçons et 26,6 % parmi les filles) s'avère nettement inférieure à celle observée en 1999 (31,2 % parmi les garçons et 36,7 % parmi les filles).

Entre 2000 et 2002, on ne décèle pas de mouvement concernant les niveaux d'expérimentation à 17 ans (tableau 4).

figure 3

Usage quotidien de tabac par région (en pourcentage)



Source : Escapad 2002, OFDT.

tableau 3

Expérimentation et usage quotidien de tabac dans les Dom en 2002 à 17-19 ans (pourcentages en ligne)

	Guadeloupe (n=492)		Martinique (n=928)		Réunion (n=1035)	
	expérimentation	usage quotidien	expérimentation	usage quotidien	expérimentation	usage quotidien
Filles	57	9	53	10	66	20
Garçons	66	16	61	12	65	24
Ensemble	61	12	57	11	65	22

Source : Escapad 2002, OFDT

tableau 4

Évolutions entre 2000 et 2002 de l'expérimentation du tabac et de sa consommation quotidienne en métropole selon le sexe, à 17 ans (pourcentages en ligne)

	expérimentation	usage actuel	usage quotidien
Filles 2000	79,4	50,7	40,2
Filles 2002	78,9	47,8	39,0
Garçons 2000	76,0	49,6	41,9
Garçons 2002	75,6	47,8	40,0

Source : Escapad 2000, 2002, OFDT

En revanche, on note une légère baisse de la proportion de fumeurs actuels (p<0,05), c'est-à-dire occasionnels (consommation non quotidienne au cours du dernier mois) et quotidiens : ces deux derniers groupes passent respectivement de 9,1 % à 8,3 % et de 41,1 % à 39,5 % des 17 ans. Les hausses des prix répétées ne sans doute pas étrangères à cette nouvelle tendance à la baisse. Les prochains exercices d'Escapad postérieurs à l'entrée en vigueur de la loi sur l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (août 2003) et aux fortes augmentations de prix permettront une évaluation de l'impact de l'ensemble de ces mesures sur la consommation des jeunes.

références

1. Beck F., Legleye S. *Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage à la fin de l'adolescence, évolutions récentes, enquête Escapad 2002*. Rapport OFDT, septembre 2003, 164 p.
2. Choquet M., Ledoux S., Hassler C. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : Espad 1999 France, Tome I*. OFDT, février 2002, 148 p.
3. Oddoux K., Peretti-Watel P., Baudier F. «Tabac». *In* : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2000*. Vanves, Les éditions du CFES, 2001.
4. Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans : les résultats de l'enquête Escapad 2001*. Rapport OFDT, 2002, 198 p.
5. Peretti-Watel P., Beynet A., Beck F., Legleye S. «La diffusion géographique des usages de produits psychoactifs à l'adolescence». *Alcoologie et Addictologie,* 2001, 24 [3] : 207-216.
6. Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. *The 1999 Espad Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*, CAN, Stockholm, 2000, 362 p.

Santé publique

Santé publique. Sommaire 2004/1

Éditoriaux

- La promotion de la santé doit-elle entrer en résistance ?, A. Laurent-Beq, C. Ferron
- La Société française de santé publique à l'épreuve des réformes sociales en cours, O. Brixi

Études

- Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains, V. Ridde, J.-E. Girard
- Épidémie de SRAS dans le monde, de mars à juillet 2003 : quelles leçons tirer de d'une étude de la presse ?, F. Mansotte
- Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, S. Gentile, E. Amadeï, J. Bouvenot, A.-C. Durand, I. Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud, R. Sambuc
- Analyse d'une politique régionale de santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine, J. Pommier, A. Laurent-Beq
- Les femmes médecins généralistes dans le Maine-et-Loire : « 1990-2000 », S. Fanello, E. Parot, H. Renard, I. Richard-Crémieux
- Logique médicale et analyse de récits de femmes enceintes, J.-P. Courtial, G. Le Dreff
- Valeur diagnostique de la pâleur des téguments dans l'anémie chez les femmes enceintes au Bénin, L. Fourn, L. Salmi

Politiques

- Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique, M. Daigne, M. Bonnin, F. Farsi, F. Grémy

Opinions & débats

- Fausses évidences et vrais dilemmes en santé publique : le dépistage radiologique des cancers du sein, V. Boissonnat
- Cancer du sein : danger des certitudes prétendues, B. Junod, R. Massé
- La mauvaise prise en charge de la diarrhée de l'enfant en France, B. Topuz

Revue de littérature

- Facteurs associés à une prise en charge tardive des patients infectés par le VIH : revue de la littérature, M. Giard, L. Gambotti, H. Besson, J. Fabry, P. Vanhems

Lectures

Santé publique
BP 7
2, avenue du Doyen-J.-Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00

La prévention du suicide

Dossier coordonné par
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

dossier

Depuis 2000, la France fait partie de la dizaine de pays dotés d'une stratégie nationale d'actions face au suicide pilotée par la direction générale de la Santé. Le chemin fut long pour passer d'une « catastrophe en miettes », qui touche des individus au destin tragique et leur famille, à un programme de santé publique, digne de faire l'objet d'un dossier d'adsp.

Prévenir le suicide n'est pas idée nouvelle mais c'est maintenant une action possible à grande échelle qui est reprise comme priorité dans la loi de santé publique. Les différents auteurs de ce dossier montrent les évolutions qui furent nécessaires pour passer progressivement de la connaissance scientifique du problème, la *suicidologie*, à la mise sur agenda par les responsables sanitaires afin d'obtenir un ensemble cohérent d'actions, un plan de prévention. Avoir une stratégie au service d'objectifs, faire évoluer la culture, disposer d'une technique et d'une organisation sont les quatre dimensions à prendre en compte pour déployer un projet de grande envergure. Définir un objectif ambitieux demande du courage et surtout une confiance dans l'engagement et la compétence des différents acteurs. C'est aussi fixer un point de convergence qui ne pourra être atteint que par une performance collective à décliner à tous les niveaux. Les comparaisons internationales, qui ont apporté un éclairage pour savoir comment les différents pays tentent de prévenir le suicide, ont inspiré la définition de la stratégie nationale. Il existe manifestement plusieurs chemins pour arriver à être successivement ensemble aux étapes clé de la trajectoire des personnes qui risquent, un jour, de ne plus pouvoir endurer leur vie.

Si le changement culturel constitue un axe important de tout programme de santé publique, le cas du suicide est exemplaire. Les idées reçues sur le suicide et sa prévention sont légions. La plupart du temps, elles constituent de très bonnes raisons pour en faire un phénomène énigmatique, fascinant, impulsif, imprévisible et inéluctable pour lequel toute entreprise est vaine. La connaissance clinique et scientifique permet de dépasser ces représentations pour montrer l'amplitude du potentiel de prévention. Savoir que les personnes veulent avant tout arrêter de souffrir, que la mort n'est pas un but mais un moyen est essentiel pour les intervenants. Mais des résistances majeures subsistent face au problème des armes à feu dont la présence au domicile augmente par 5 la probabilité de suicide. Qui s'engagera au plus haut niveau pour que les armes à feu, détenues par un foyer français sur cinq, ne tuent pas d'abord les membres de la famille ?

La conférence de consensus « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge » a marqué un tournant en servant de base à un vaste programme de formation pour améliorer la compétence des intervenants, professionnels et bénévoles, dans toutes les régions. Ceux-ci disposent maintenant d'un langage, d'un système d'évaluation ainsi que d'un plan d'intervention communs indispensables pour un travail en réseau efficace. La contribution de Monique Séguin, dans le cadre de la coopération France Québec, instaurée depuis 1998, a été décisive pour le transfert des techniques de prévention.

La stratégie nationale est venue compléter l'initiative régionale des programmes régionaux de santé. L'organisation de la prévention doit évoluer de l'expérimentation locale à la généralisation des actions dont le but est de tisser un filet de sécurité pour les personnes en détresse. C'est certainement un domaine où le plus d'efforts seront à produire pour que l'excellence devienne l'ordinaire. Diminuer le nombre de suicides demande de protéger de très nombreuses personnes pour éviter une seule tragédie. Personne n'a le monopole d'une prévention qui est par essence « interministérielle ». Susciter de nouveaux engagements pour prévenir le suicide serait le plus beau remerciement pour tous ceux qui ont réalisé ce dossier. Chacun peut trouver sa juste place dans cette mission pleine d'humanité.

Prévenir le suicide : repérer et agir

Malgré de nombreux préjugés et la crainte que suscite le suicide, il apparaît maintenant possible de le prévenir. Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et permettent d'éviter le passage à l'acte suicidaire. Cela nécessite un réexamen des idées reçues, une information de tous et la formation des professionnels.

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

Prévenir le suicide

La conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » réalisée par la Fédération française de psychiatrie et financée par la direction générale de la Santé (DGS) a permis, outre l'introduction de la notion de crise suicidaire, une actualisation des connaissances dans le domaine de la prévention du suicide.

Cet apport impose de bien distinguer l'architecture générale de la prévention du suicide avec :

- la promotion de la santé : tout ce qui permet de façon non spécifique de répondre aux besoins des individus en termes de bien-être physique, psychique et social ;
- la prévention du suicide : toutes les actions individuelles et collectives qui agissent sur les principaux déterminants du suicide, comprenant l'identification des personnes à risque, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques susceptibles de créer une souffrance majeure, ainsi que toutes les mesures générales qui limitent l'accès aux moyens du suicide ;
- l'intervention en cas de crise suicidaire comprenant les actions appropriées à chacune des étapes de la crise : la phase d'idéation, la phase où le suicide devient une intention, et la phase de programmation de l'acte suicidaire ;
- la postvention suite à un suicide : l'ensemble des actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré les secours, celles qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne (familles, amis, professionnels, bénévoles), et pour limiter le phénomène de contagion et d'imitation par suicide auprès des personnes vulnérables. Cette postvention peut inclure l'analyse causale des suicides afin de favoriser le retour d'expérience pour améliorer la prévention.

Pour chacune des quatre composantes, il existe un ensemble de connaissances, de compétences à transmettre aux professionnels concernés, qui eux-mêmes doivent s'inscrire dans des organisations adaptées.

Pour l'intervention de crise, les niveaux suivants peuvent être proposés :

- Intervenants de première ligne : tout professionnel ou bénévole qui travaille directement ou qui peut être en contact avec des personnes potentiellement suicidaires (par exemple : enseignants, infirmières, animateurs, policiers…) ; ces personnes travaillent en collaboration avec les équipes d'intervention de crise.
- Intervenants de deuxième ligne : équipe d'intervention de crise et de soutien multidisciplinaire ; ces équipes travaillent dans différents milieux, hôpitaux, établissements scolaires, établissements pénitentiaires, ou interviennent dans la communauté. Ces équipes prennent en charge l'intervention de crise auprès de personnes suicidaires après l'intervention et le signalement des intervenants de première ligne.
- Troisième ligne : professionnels de psychiatrie

La formation des professionnels

Afin de favoriser la diffusion des conclusions de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, une formation de formateurs a été organisée par la direction générale de la Santé (DGS). Cette action est incluse dans la stratégie nationale d'action face au suicide qui fait l'objet chaque année d'une circulaire ministérielle.

La DGS a prévu dans un premier temps une formation de formateurs destinée à un binôme d'enseignants des équipes universitaires de psychiatrie et de psychologie de chacune des 26 régions. Ce choix a été dicté par le souci de favoriser l'introduction du contenu de la conférence dans les enseignements initiaux et continus. Elle a été étendue ensuite aux psychiatres et psychologues non universitaires et à quelques travailleurs sociaux, infirmières et enseignants de l'École nationale d'administration pénitentiaire, particulièrement investis dans la prévention du suicide.

L'objectif est de disposer de personnes ressources, légitimes et compétentes, dans les régions pour répondre aux nombreuses demandes. Les formateurs doivent ensuite réaliser trois formations par an pendant trois ans pour les intervenants professionnels et bénévoles des différents milieux : sanitaire, social, enseignement, travail, pénitentiaire, policier… Les bénéficiaires sont aux aussi les écoutants des centres de téléphonie sociale qui apportent leur soutien aux personnes en détresse.

En janvier 2004, 130 formateurs ont bénéficié de l'une des six sessions de la formation mise en place depuis fin 2001. Cette formation financée par la DGS est effectuée en séminaire résidentiel. Le programme sur trois jours et demi permet d'aborder en détail les aspects pédagogiques. Toutes les régions ont débuté des formations dont le nombre exact est difficile à préciser malgré le suivi fait par la DGS.

La formation, en elle-même, associe des données théoriques et des mises en situation à l'aide d'une série de jeux de rôles sur une trame clinique préétablie. Les intervenants formés doivent être compétents pour qu'une personne en crise puisse bénéficier, au plus tôt dans sa trajectoire de souffrance, d'une intervention adaptée qui n'est ni un soin, ni une psychothérapie. Cet intervention vise à :

- repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades ;
- conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;
- évaluer l'urgence, c'est-à-dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi ?) et la dangerosité suicidaire ;
- intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.

La formation peut être délivrée dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Cette dernière permet de former rapidement une masse critique d'intervenants, qui est considérable pour notre pays puisque la Finlande a formé 100 000 personnes pour parvenir à infléchir le taux de suicides en quelques années.

et/ou de santé mentale (essentiellement psychiatres, psychologues, infirmières) qui prennent en charge les personnes en urgence élevée qui nécessitent une intervention spécialisée, notamment en raison de l'importance de la psychopathologie qui sous-tend la crise suicidaire.

Construire une culture commune par la formation

Une telle organisation suppose que les intervenants de différents niveaux partagent une culture commune sur le suicide et sa prévention. Ils ont besoin, pour être « successivement ensemble » sur une trajectoire de souffrance afin de proposer un soutien et des soins cohérents et pertinents, de se connaître, de se comprendre et de se faire confiance réciproquement.

Les conférences de consensus ont un véritable impact sur les pratiques professionnelles dans la mesure où la diffusion des recommandations est prolongée par des actions d'implémentation. Le ministère de la Santé (DGS) a choisi de faire de la formation un axe prioritaire de la stratégie nationale d'action face au suicide, en septembre 2000. La DGS organise depuis 2001 une formation nationale (lire l'encadré ci-dessus), dont la première étape est une formation de formateurs. Ces derniers, psychiatres et psychologues, effectuent des formations auprès de professionnels et de bénévoles œuvrant dans les 26 régions françaises. Ils sont plus de 120 depuis janvier 2004.

En prenant pour sujet la crise suicidaire, cette conférence de consensus pose très directement la question de savoir s'il est vraiment possible d'empêcher quelqu'un de se suicider. Face à cette incitation à intervenir, des résistances sont exprimées tantôt sur la légitimité d'une attitude active, tantôt sur l'efficacité de l'action. Ces résistances sont fondées sur un ensemble d'idées reçues et de croyances. Les dépasser est l'étape initiale de toute action de formation.

La première partie de la formation nationale aborde ainsi la question des croyances et des mythes à propos du suicide et de sa prévention. Ces croyances peuvent influencer fondamentalement l'attitude des intervenants devant une personne en difficulté.

Dépasser les idées reçues sur le suicide*

La prévention du suicide ne peut être un domaine réservé à quelques spécialistes. Comme chaque citoyen peut avoir un jour ou l'autre à intervenir auprès d'une personne en détresse, il est essentiel que la prévention se fonde sur des représentations partagées et exactes. Parmi de très nombreuses idées reçues, les suivantes sont retrouvées presque constamment.

« Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à leur entourage avant de le faire »

Huit personnes sur dix donnent des signes précurseurs

* Cette partie reprend partiellement le texte du manuel du formateur rédigé par Monique Séguin et Jean-Louis Terra. Ce document est seulement remis aux formateurs nationaux.

de leurs intentions ou en parlent avant de faire une tentative de suicide. Il est aussi faux de croire que « les personnes qui le disent ne le font pas » que « si elles en parlent, elles ne le feront pas ». L'intention suicidaire, ou la crise suicidaire, est un processus, alors que le passage à l'acte peut se produire de manière impulsive. De même, pour la personne qui souffre, le suicide est une façon de mettre fin à une douleur intolérable et cela, après avoir tenté de plusieurs façons, sans succès, de trouver une solution à ses problèmes. Il vaut toujours mieux prendre au sérieux les verbalisations suicidaires et vérifier si la personne souffre au point de vouloir mourir.

« Le geste suicidaire résulte bien d'un choix »

On entend souvent dire que le geste suicidaire est le choix de l'individu, que c'est lui, ou elle, qui décide de mettre fin à sa vie. Il est toujours difficile d'aborder la question du choix parce qu'elle vient heurter la notion de liberté fondamentale.

Par le biais du suicide, l'individu ne recherche pas nécessairement la mort, mais une manière de mettre fin à la souffrance qui a atteint un seuil insupportable. Pour l'individu qui croit avoir épuisé toutes ses ressources, le recours au suicide peut sembler la seule solution à une douleur devenue accablante. En fait, ce n'est pas que le suicide soit réellement la seule solution qui lui reste, mais probablement la seule que l'individu en souffrance perçoit et à laquelle il porte de plus en plus attention.

« Pour se suicider, il faut être courageux »

Interpréter le suicide en termes de lâcheté et de courage ne permet pas d'expliquer la réalité. La plupart des personnes suicidaires ne qualifient pas le suicide comme un geste de lâcheté ou de courage. Pour elles, le suicide est une manière de mettre fin à la souffrance. Il n'est donc pas question ici de sensationnalisme ou d'héroïsme.

Percevoir le geste suicidaire en termes de lâcheté et de courage n'est qu'une façon de sous-entendre que seuls les gens « lâches » ou « courageux » ont recours au suicide, et non les autres. Le fait que certaines personnes croient que le suicide est courageux peut de toute évidence influencer de façon tragique le choix des jeunes personnes vulnérables et influençables, qui vivent des difficultés majeures. Cette perspective du suicide peut donc faire croire à certains individus qu'en adhérant au suicide, ils pourront, en plus de mettre fin à leurs souffrances, trouver l'attention et l'estime tant désirées. Lorsque les médias relatent un suicide en insistant sur le caractère courageux de l'acte, il existe un risque d'imitation quand la personne décédée est admirée.

« Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire »

Beaucoup de parents ou d'éducateurs craignent de parler du suicide aux jeunes. Ils croient que le fait d'en parler à un jeune qui n'y avait jamais pensé peut l'inciter à recourir à cette solution.

Parler du suicide, c'est avant tout ouvrir la porte à un dialogue, écouter la souffrance de l'autre et en accepter l'existence. Demander : « Souffrez-vous au point de penser à vous suicider ? » c'est reconnaître le malaise et favoriser le « Parlez-moi de ce qui ne va pas ». En discuter permet à la personne d'exprimer une idée, une émotion qui l'habite et de dissiper graduellement l'angoisse. C'est de cette manière que l'individu pourra sentir que la douleur est plus supportable et ainsi envisager des recours autres que le suicide.

Dans le même sens, il est souvent plus profitable, à long terme, de ne pas cacher aux enfants et aux adolescents la cause réelle de la mort, même quand il s'agit d'un suicide. Il est possible que les jeunes apprennent d'une façon insoupçonnée la vraie nature de la mort de cette personne chère. Cette découverte, si les parents cherchent à cacher la vérité, ne fera qu'envenimer la situation et qu'accentuer la déception ainsi que le manque de confiance à un moment où le jeune vit déjà suffisamment de pertes. Il faut donc être ouvert et en mesure d'apporter les faits au sujet de cette perte, afin que les jeunes endeuillés puissent vivre leur deuil adéquatement.

« Les personnes qui menacent de se suicider ne le font que pour attirer l'attention »

« Il fait cela pour nous manipuler ! » Souvent, on peut penser ou croire que les personnes suicidaires ne sont que manipulatrices. La réalité affective et émotionnelle du geste suicidaire est plus complexe. Les personnes essayent avant tout de diminuer leur tension.

En cas de troubles de la personnalité, elles peuvent chercher à obtenir des solutions de la part de leur entourage ou des intervenants, quitte à utiliser la perspective de leur suicide pour avoir plus d'influence. Dans ces situations, une consultation spécialisée doit être envisagée. Ces personnes ont un taux de suicides plus élevé. Une diminution du « chantage au suicide » marque souvent la période qui précède le suicide.

« Le suicide est impulsif »

Les personnalités avec un trait d'impulsivité font partie des facteurs de risque de suicide. Le caractère impulsif tient au délai parfois court entre le dernier événement et le suicide. L'examen attentif de la trajectoire de souffrance montre habituellement que cet événement est le dernier d'une longue suite. Un événement de faible importance peut devenir insurmontable à une personne en crise. La disproportion entre l'événement et le décès favorise l'hypothèse de l'impulsivité. Se donner la mort représente une décision ultime qui, en général, mobilise au maximum les possibilités de réflexion.

Deux autres éléments ralentissent le processus :

- d'une part, la recherche d'un moyen qui apporte la mort à coup sûr, en entraînant le minimum de souffrances ;

● et, d'autre part, le processus de « clôture » de sa vie en disant adieu aux être chers (visites, coups de téléphone, lettres…) et en mettant en ordre divers éléments (dons d'objets, testament, rangements…).

« Le suicide est agressif »

La découverte du corps de la personne décédée est toujours un traumatisme. Quand ce sont les proches, voire les enfants, il n'est pas possible de penser à l'effroi provoqué par la scène. La lecture des lettres laissées par les personnes décédées apporte, en général, une tout autre perception. Ces lettres insistent sur leur souffrance, le sentiment d'avoir tout essayé et de ne jamais arriver à trouver des solutions. Ces lettres sont souvent protectrices à l'égard de ceux qui restent et les mots de remerciements sont fréquents.

Ces considérations sont importantes pour ne pas transformer le suicide en un trouble psychopathologique en soi qui aurait sa propre autonomie et qui serait prédéterminé.

Les idées reçues portent aussi sur les moyens de prévention. Celles-ci sont issues de celles qui portent sur le suicide, elles méritent pour certaines d'être citées.

Quelques idées reçues sur la prévention à dépasser

« La crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter »

La prévention du suicide est souvent positionnée très en amont de la crise suicidaire, par la promotion de la santé et en aval de la tentative de suicide. Les intervenants expérimentés ont une perception différente car ils se rendent compte qu'une intervention, minime en apparence, peut influer sur le cours du processus suicidaire presque à tous ses stades. Des personnes qui ont entamé leur geste suicidaire appellent des services d'aide, des personnes qui allaient se jeter sur les voies du métro viennent dire leur détresse et leur projet à la personne qui se trouve au guichet. L'intervention de crise suicidaire s'appuie sur le fait que la personne est ambivalente et qu'un soulagement, même léger, de la souffrance peut différer l'acte. L'amélioration de la détection et de l'intervention peut apporter des résultats rapides dans la mesure où la crise suicidaire a une durée limitée. Les personnes suicidaires se donnent souvent une chance jusqu'au dernier moment. Le taux de consultation la dernière semaine, voire le dernier jour, en témoigne.

« Les antidépresseurs augmentent le risque de suicide »

L'assimilation des antidépresseurs aux autres psychotropes est fréquente. De plus, le risque d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire en début de traitement a été enseigné pendant des décennies, alors qu'aucune étude n'étaye cette affirmation.

En réalité, l'amélioration du diagnostic et du traitement de la dépression par les médecins généralistes lors de l'expérience de l'île de Götland entraîne une diminution des arrêts de travail, des hospitalisations et diminue de 50 % le suicide chez les femmes (lire encadré p. 26).

L'utilisation des nouveaux antidépresseurs, plus maniables par les médecins généralistes, serait un facteur à l'origine de la diminution du nombre de suicides dans de nombreux pays.

« Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien »

La réduction de l'accessibilité aux moyens est souvent conçue comme sans efficacité. L'idée est que les personnes suicidaires sont bien décidées à mourir et qu'elles trouveront toujours un moyen. Les actions conduites dans différents pays ou localités démontrent le contraire.

La détoxification du gaz de ville en Grande-Bretagne a conduit à une réduction très importante des décès par ce moyen, sans transfert vers un autre moyen. Les mesures portant sur les pots catalytiques des véhicules ont eu aussi un effet sensible sur le nombre de suicides par inhalation des gaz d'échappement.

La diminution de l'accessibilité aux armes à feu est une des mesures efficaces pour diminuer le nombre de suicides (lire l'encadré page 24). Le retard de la France dans ce domaine est un paradoxe quand on examine les investissements pour réduire des risques où le nombre de décès est très inférieur. Cette action pourrait être intégrée aux autres actions pour améliorer la sécurité domestique.

La réduction de l'accès aux moyens peut porter sur d'autres mesures comme la prescription des médicaments, ou encore la limitation de la publicité faite au suicide et aux moyens de suicide. Le phénomène d'imitation du suicide peut être limité par la façon dont la presse relate les suicides. Il existe un risque à dire que la personne décédée avait tout pour être heureuse, que son suicide est un acte de courage, et si, on insiste sur le moyen utilisé.

Conclusion

Le suicide est un sujet tellement douloureux qu'il est l'objet de nombreuses rationalisations ou croyances. Les idées s'accumulent pour penser que rien ne peut changer le cours de choses ou que c'est une affaire de spécialistes. Dépasser les idées présentées plus haut est important pour aborder la prévention telle qu'elle ressort des recherches et des expériences internationales.

Le processus suicidaire peut être considéré comme métastable dans le sens où une autre solution qui apporte du soulagement peut être presque immédiatement efficace à court terme. L'intervention lors de crises suicidaires repose sur cette potentialité ; il suffit de peu pour différer le projet suicidaire ou pour le faire progresser. Il est important que les préjugés ne freinent pas cette possibilité.

La limitation de l'accès aux moyens du suicide : l'exemple des armes à feu

Rendre l'accès aux armes à feu plus difficile a une incidence favorable sur la diminution des décès par suicide. C'est ce que montrent les résultats des pays qui ont mis en œuvre cette mesure.

Le film reportage de Michael Moore, *Bowling for Columbine*, pourrait inciter à penser que la France est épargnée par le problème des armes à feu. Ce qui est presque exact pour les homicides et les accidents ne l'est pas pour le suicide. Environ 22 % des foyers français détiennent au moins, une arme à feu et dix décès surviennent, en moyenne, chaque jour par l'utilisation de ce moyen. Huit sont des suicides et deux sont des homicides ou des accidents. Une arme à feu a été le moyen utilisé pour 2 950 suicides en 1995 en France (source Inserm/CépiDc), soit environ le quart des suicides. La stratégie nationale d'action face au suicide 2000-2005 inclut dans ses objectifs la limitation de l'accès à ce moyen très létal.

Un risque démontré

- Les résultats des recherches épidémiologiques (cas/témoin) indiquent qu'il y a 4,7 fois plus de risques de suicide et 2,7 fois plus de risques d'homicide dans un foyer où il y a une arme à feu que dans celui où il n'y en a pas.
- De plus, le risque de meurtre d'une femme est 5 fois plus élevé dans un foyer pourvu d'une arme à feu.
- Si une arme à feu est gardée constamment chargée, le risque de suicide est multiplié par 9, mais descend à 3 si l'arme est verrouillée ou rendue inopérante.
- La présence d'une arme dans un domicile «tue» 22 fois plus souvent quelqu'un du foyer qu'un agresseur extérieur.
- Le fait de posséder une arme ou d'en faire l'acquisition augmente de 7 fois le risque de suicide par arme de poing dans l'année qui suit l'achat en Californie.
- L'acquisition par une femme d'une arme de poing augmente de 38 fois le risque de suicide dans l'année qui suit l'achat.

Ainsi, une arme à feu entreposée à domicile peut être une menace importante, si son propriétaire ou un membre de son entourage présentent une crise suicidaire ou des accès de violence à l'endroit de leurs proches. L'arme à feu est un moyen fréquemment utilisé dans les cas d'homicide suivi de suicide. Cette séquence dramatique représente environ 1 % des suicides.

L'excès de risque de suicide est attribuable à la létalité considérable des armes à feu, qui est évaluée à 92 %[1]. La létalité élevée oriente les personnes suicidaires vers le choix de ce moyen quand il leur est accessible. La rapidité de la mise en œuvre ne donne pas de temps de réflexion pour stopper le processus suicidaire. D'autres moyens ont un délai de mise en œuvre qui donne une chance d'interrompre le geste en cours, comme l'intoxication médicamenteuse ou l'utilisation d'un objet tranchant.

Prévenir le suicide par la réduction de l'accès aux armes à feu

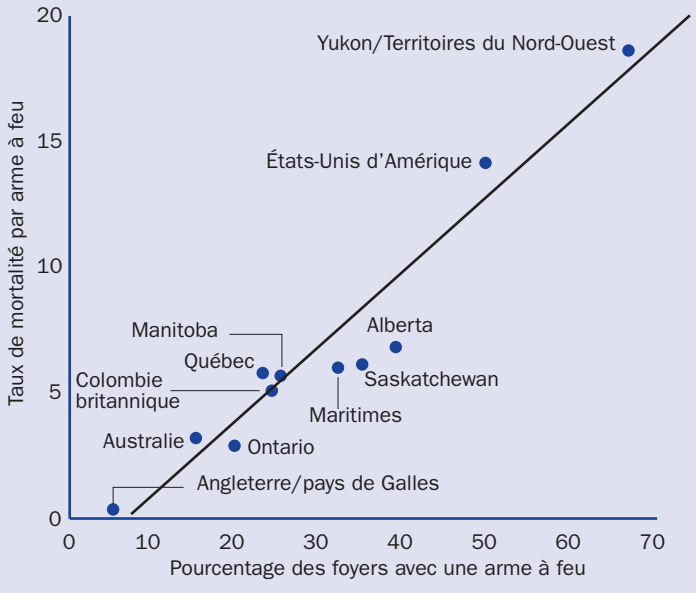
Adoptée par plusieurs pays, dont l'Angleterre et l'Australie, cette stratégie associe des incitations pour limiter le nombre d'armes dans les foyers et pour les entreposer avec sécurité.

Les politiques de réduction du nombre d'armes partent du fait que le nombre de suicides par ce moyen est proportionnel au taux de foyers qui en détiennent (figure 1)[1]. Seulement 4 % des foyers anglais détiennent une arme à feu. Ce taux peut constituer un élément de compréhension d'un taux de suicide qui est deux fois moindre qu'en France. L'Australie vient de réaliser le rachat de 500 000 armes aux propriétaires qui n'en avaient plus l'usage. Une telle opération est estimée rentable si l'on considère les coûts induits par les blessures et par les décès[1]. Mais surtout elle réduit le nombre des endeuillés par suicide et aussi celui des victimes secondaires

figure 1

Pourcentage des foyers avec une arme à feu en 1993, et taux de mortalité par arme, par région (moyenne de 1990-1996)[1]

Sur cette figure la France se situerait au même endroit du nuage que le Québec.



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

quand les proches découvrent le corps, notamment quand ce sont des enfants en bas âge.

L'entreposage sécuritaire impose de faire un acte raisonné, en déverrouillant le système de protection, avant le geste ultime. Ces opérations ralentissent la mise en œuvre de l'arme[2].

La mise en place d'un délai de réflexion lors de l'achat, complété ou non par une enquête auprès des personnes vivant dans le foyer, est un mécanisme de prévention qui a été mis en place au Québec au sein d'un ensemble très complet de mesures. Le nombre annuel de décès par armes à feu est passé de 1 400 en 1980, à moins de 1 000 en 1998[2].

Le retrait immédiat par les forces de l'ordre d'une arme à feu à une personne ayant un projet d'homicide ou de suicide est possible en France depuis la loi du 15 novembre 2001. Peu de publicité a été faite à cette possibilité alors qu'une personne suicidaire sur cinq est « exposée » à une arme à feu à son domicile. Il n'existe pas pour l'instant de recommandations largement diffusées aux cliniciens et autres intervenants.

La réduction de l'accessibilité aux armes à feu est un axe de prévention encore trop peu développé en France. Son intérêt réside dans le fait, qui a été démontré, qu'il n'y a pas de transfert vers un autre moyen de suicide de létalité comparable[2]. L'objectif premier n'est pas de faire disparaître les armes à feu, mais de faire en sorte que ceux qui les détiennent, ainsi que leur entourage, en soient, moins souvent, les premières victimes.

Nous remercions Antoine Chapdelaine[2] pour son expertise dans ce domaine. La politique conduite au Québec sous son impulsion épargne chaque année de nombreuses vies.

1. Miller, T. and Cohen, M. « Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some canadian comparisons ». *Accid Anal Prev* 1997 ; 29 [3] : 329-41.
2. Lavoie M., Cardinal L., Chapdelaine A., St-Laurent D. « L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec ». *Maladies chroniques au Canada*. 2001, 22 ; 1 : 26-32.

La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention

Michel Walter
Professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service du Service hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et de psychologie médicale, CHU de Brest

Comme toute crise, la crise suicidaire traduit un moment de rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et avec son environnement. Elle se caractérise par une période de désorganisation qui culmine en une phase aiguë, avant de se conclure par une période de récupération. Si le risque majeur en est le suicide, le geste suicidaire ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, les autres manifestations pouvant être la fugue, l'agressivité, l'abus d'alcool et de toxiques, ou toute autre conduite de rupture permettant d'éliminer la souffrance causée par une situation difficile.

Représentée comme la trajectoire qui va du sentiment d'être en situation d'échec à l'impossibilité de sortir de cette impasse et de concevoir une issue autre que la mort, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus fréquentes et envahissantes jusqu'au passage à l'acte, elle ne répond pas à un cadre nosographique précis. Pour autant la crise suicidaire n'est pas totalement imprévisible. Son potentiel suicidaire peut être évalué et des interventions organisées.

Évaluer le potentiel suicidaire (risque, urgence, danger) ?

L'évaluation du potentiel suicidaire est triple ; elle doit prendre en compte les facteurs de risque prédisposant à l'apparition du geste, les facteurs d'urgence rendant compte de l'imminence du passage à l'acte et les facteurs de danger. Un quatrième niveau, plus rarement évoqué, est constitué par le repérage de facteurs de protection [32].

Identifier les facteurs de risque

Le contexte suicidaire doit être analysé en distinguant facteurs de risque biographiques et psychopathologiques.

Les facteurs biographiques

Ces facteurs de risque sont bien identifiés : antécédents de tentatives de suicide (TS), statut familial et socioprofessionnel, certaines maladies somatiques. Toutefois, un facteur de risque est dans une relation de corrélation avec la survenue d'un phénomène et concerne une population ; il ne se situe donc pas au niveau de la causalité individuelle. De plus, les phénomènes suicidaires répondent à un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 62.

et psychopathologiques. Enfin, ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit donc pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une sommation de différents facteurs de risque, mais d'un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments. Toute politique de prévention doit évidemment tenir compte de ces données (corrélation, plurifactorialité, interaction) au risque de passer à côté de son objectif [33].

- Les antécédents de tentative de suicide représentent l'élément biographique le plus « à risque » : 30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10 % décèdent par suicide dans les dix ans (1 % par an). Par ailleurs, les antécédents familiaux de décès par suicide sont également un facteur de risque.
- Le statut familial et socioprofessionnel : l'isolement affectif expose plus les veufs, célibataires, divorcés ou séparés ; les situations de désinsertion ou de

Dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience

L'expérience de Götland, en Suède, est souvent citée en exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation du corps médical.

Dans les années soixante-dix, dans l'île de Götland (56 000 habitants), située au large de Stockholm, le nombre de patients souffrant de troubles dépressifs et la prescription de médicaments anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs étaient supérieurs à la moyenne nationale. Quelques variations avaient été observées, mais leurs effets étaient restés transitoires et sans effet notable sur les taux de suicides, supérieurs à la moyenne nationale. Dans le même temps, les médecins généralistes de Götland exprimaient le sentiment qu'ils rencontraient fréquemment des syndromes dépressifs. Ils se disaient désarmés pour faire face à ce type de problèmes et mentionnaient leur souhait d'accéder à une formation sur le sujet.

L'hypothèse a été faite qu'un nombre significatif de personnes présentant un risque suicidaire restait en dehors de tout contact avec le corps médical et que répondre aux demandes des généralistes par le biais d'une formation pourrait contribuer à une amélioration de la situation.

La mise en œuvre

Un programme d'éducation des médecins généralistes (PEMG) a été mis en place en concertation avec le Comité pour la prévention et le traitement de la dépression (CPTD), le service de psychiatrie de Götland et le secrétariat à l'éducation du comté. Le nombre de patients référés à l'hôpital par généraliste, de cas d'urgence enregistrés en psychiatrie, le nombre d'arrêts de maladie accordés en médecine générale pour troubles dépressifs, les prescriptions des généralistes en relation avec la maladie dépressive, l'hospitalisation en psychiatrie pour troubles dépressifs, ainsi que le nombre de suicides et l'intensité des contacts avec le système de santé (généralistes et/ou psychiatres) ont constitué autant d'indicateurs repérés à quatre périodes entre 1982-1983 et 1986[1].

Les « enquêtes » portaient sur la connaissance des généralistes des troubles dépressifs et de leurs pratiques. L'objectif du PEMG était d'améliorer la connaissance que les praticiens avaient de la dépression. Dans ce but, une série de cours portant sur l'étiologie et la pathogénie de la dépression, la classification des différentes formes, les traitements, les âges de la dépression, les traitements à long terme, la suicidologie, l'environnement psychosocial, les déprimés et leurs familles ont été mis en place. La formation incluait aussi des groupes de discussion à partir de cas et la distribution de documents.

Le programme a été répété deux fois en 1983 et deux fois en 1984, pour donner à tous les généralistes l'occasion de participer (ce qui n'a pas été toujours le cas).

L'évaluation réalisée fin 1985 et portant sur les indicateurs utilisés a montré que :

- Le nombre de patients adressés à l'hôpital pour dépression a diminué. Dans le même temps, le nombre de patients hospitalisés pour dépression majeure a diminué et atteint un taux inférieur à la moyenne nationale. L'explication de W. Rutz est que les généralistes, une fois formés au traitement de la dépression (même majeure), se sont sentis plus à même de les prendre en charge à domicile.

Schéma du programme éducatif

Octobre 1982 à janvier 1983	Période contrôle I
Février 1983	Enquête 1 PEMG 1
Octobre 1983 à janvier 1984	Période contrôle II
Février 1984	Enquête 2 PEMG 2
Octobre 1984 à janvier 1985	Période contrôle III
Février 1985	Enquête 3
Octobre 1985 à janvier 1986	Période contrôle IV

Agnès Batt
Inserm, faculté de médecine, Rennes

1. Rutz W., Wallinder J., Eberhard G. *et al.* « An educational program on depressive disorders for general practitionners on Götland: background and evaluation ». *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 : 79 : 19-26.

fragilisation socioprofessionnelle (chômage, emploi précaire, retraite récente) représentent également un facteur de risque.

- Certaines maladies somatiques : les affections chroniques favorisent les conduites suicidaires d'autant plus qu'elles sont hyperalgiques, fonctionnellement handicapantes ou réputées incurables.

Les facteurs psychopathologiques

Si la prévalence de la morbidité psychiatrique des suicidants est un peu moins élevée que celle des suicidés, le risque de conduites suicidaires est néanmoins nettement augmenté en cas de troubles psychiatriques, notamment dans la dépression.

- Les syndromes dépressifs : le risque permanent est d'autant plus grand que le tableau est celui d'une dépression mélancolique, surtout dans les formes avec des idées d'autoaccusations délirantes ou dans les formes anxieuses ; les troubles unipolaires exposeraient plus au risque suicidaire que les troubles bipolaires. Les

- Le nombre de journées d'arrêt de travail a diminué et parallèlement la durée moyenne des arrêts de travail pour dépression a augmenté.
- La prescription des antidépresseurs a augmenté de 52 %, celle du lithium est restée stable et une plus grande prudence a été notée dans la prescription des sédatifs, hypnotiques et tranquillisants.
- Le taux de suicides sur l'île est passé de 25/100 000 en 1982 à 7/100 000 en 1985. L'éventualité d'une diminution du taux de suicides indépendante du programme a été éliminée par la mise en parallèle avec les taux observés au plan national, qui avaient diminué, eux aussi, mais de façon beaucoup moins nette. En 1985, la différence était statistiquement significative.
- En outre, l'analyse du coût du programme montrait un bénéfice pour l'économie nationale net (évalué à 150 000 000 F de 1988).
- Enfin, la bonne acceptation de la procédure par les généralistes était soulignée. Les auteurs du programme pouvaient donc conclure que ce type de programme était un succès et que le modèle pouvait servir dans d'autres domaines.

Qu'en est-il trois ans après l'arrêt du programme éducatif ?

En 1988, soit trois ans après la fin du programme, seuls 72 % des généralistes qui avaient suivi tout ou partie des formations pratiquaient encore sur l'île. La prise en charge hospitalière des patients déprimés avait remonté, au niveau national, ainsi que les taux de suicides. La prescription d'antidépresseurs s'était stabilisée au niveau de la Suède, la prescription des tranquillisants, sédatifs et hypnotiques avait diminué, reflet probable d'une meilleure reconnaissance de certaines pathologie. Rutz *et al*. [21] en concluent que les effets du PEMG ont été strictement limités, dans le temps, à la durée du programme, ce qui leur permet d'affirmer que les effets étaient réels et non pas un simple reflet de la tendance nationale. Par contre, ils en concluent que de tels programmes, pour être efficaces sur le long terme, doivent être répétés environ tous les deux ans.

Les auteurs ont noté, d'autre part, que c'était principalement les taux de suicides chez les femmes qui avaient diminué, alors que les taux chez les hommes restaient pratiquement inchangés, en lien avec le fait que les déprimés de sexe masculin avaient moins de contacts avec le système de soins ou étaient moins compliants. D'autre part, les généralistes, y compris ceux qui ont suivi un PEMG, auraient du mal à identifier une dépression chez un homme du fait d'une symptomatologie atypique. D'où ce paradoxe d'un pays, la Suède, où les hommes apparaissent, dans les statistiques, deux fois moins déprimés que les femmes mais se suicident cinq fois plus. Ils en déduisent que, pour être efficace, un programme d'éducation soit s'intégrer dans un plan d'ensemble, global et polyvalent[2].

Poursuivant leur réflexion, Walinder et Rutz[3] suggèrent l'existence d'un « syndrome dépressif masculin » qui comprendrait une faible tolérance au stress, un comportement de « *acting-out* », un faible contrôle de l'impulsivité, une charge héréditaire d'abus de produits toxiques et une histoire de suicide (description supportée par les résultats de l'étude Amish et le concept de van Praag[4]). Cela les conduit à développer l'échelle de dépression masculine de Götland et à repenser le concept de PEMG, pour prendre en compte la spécificité décrite.

En conclusion, l'optimisme de l'expérimentation des années 1983-1986 est passée par l'épreuve de l'expérience de terrain et des défis de la recherche. Un réalisme prudent a émergé, porteur d'argumentations à venir, d'autant que, en Suède toujours, Isacsson et son équipe [11], prônent l'utilisation systématique des antidépresseurs pour réduire de façon conséquente les taux de suicide, en opposition aux travaux de van Praag cités.

2. Rutz W. « Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education ». *International Clinical Psychopharmacology*. 1999 : 14 (suppl) : S27-S33.
3. Walinder J., Rutz W. « Male depression and suicide ». *International Clinical Psychopharmacology*. 2001 ; 16 (supp 2) : S21–S24.
4. Van Praag H. M. « Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates ? » *Crisis*. 2002. 23 [2] : 77-82.

dépressions réactionnelles ou névrotiques augmentent également le risque de passage à l'acte.

Le risque est accru si la séméiologie dépressive comporte la présence d'une agitation anxieuse, d'une insomnie grave, d'un repli sur soi, d'une perte de plaisir (anhédonie), d'un sentiment de désespoir et si l'évolution de la maladie dépressive est récente. Enfin une comorbidité associant anxiété et/ou conduites addictives et des conditions de vie dominées par l'isolement sont des facteurs aggravants.

- Les psychoses : dans la schizophrénie, le risque suicidaire est toujours présent (10 % des schizophrènes décèdent par suicide), soit à la phase initiale de la maladie (bouffée délirante aiguë inaugurale), soit à la phase d'état (prise de conscience de la psychose), soit lors d'une phase dépressive (dépression post-psychotique). Dans les délires chroniques non schizophréniques, les conduites suicidaires sont moins fréquentes.
- Les conduites addictives : il parait utile de distinguer les équivalents suicidaires (overdose toxicomaniaque ou conduites d'alcoolisation massives aboutissant au coma éthylique) et les tentatives de suicide. Ces dernières surviennent électivement lors d'un état confusionnel par absorption massive ou à l'occasion d'une dépression et/ou d'une crise aiguë d'angoisse liées au sevrage. Enfin, la comorbidité alcoolique augmente le risque dans les autres maladies psychiatriques, essentiellement par effet désinhibiteur.
- Les tableaux névrotiques : le risque est rare dans la névrose obsessionnelle, même si le sujet peut être envahi par des ruminations suicidaires ; il est peu élevé également dans les troubles phobiques, sauf lors de raptus anxieux. Le risque est plus élevé dans certains troubles anxieux comme les attaques de panique, surtout en cas de comorbidité dépressive ou alcoolique. La névrose hystérique est la névrose entraînant le risque suicidaire le plus élevé ; les tentatives de suicide sont fréquentes, caractérisées par leur hyperexpressivité, leur tendance à la récidive et à l'escalade, leur fonction de revendication affective et pas seulement de désir de mort ; le danger est alors de minimiser et de banaliser le geste.
- Les troubles de la personnalité : deux types de personnalités pathologiques sont particulièrement impliqués, la psychopathie et les états limites. Les psychopathes se caractérisent par leur impulsivité, leur intolérance à la frustration, leur impossibilité à différer la satisfaction, leurs conduites addictives (alcool, toxiques), qui sont autant de facteurs favorisant le passage à l'acte. Les sujets ayant un état limite ou borderline ont fréquemment des angoisses d'abandon, des effondrements dépressifs les rendant particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires.

Évaluer les facteurs d'urgence du passage à l'acte

L'évaluation de l'urgence vise à apprécier la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte. Cela permettra de situer le patient dans le processus suicidaire et de mieux organiser sa prise en charge dans les 24 ou 48 heures. Il est souhaitable d'explorer :

- Le niveau de souffrance psychique, avec en particulier l'intensité du sentiment de désespoir, mais aussi de dévalorisation, d'impuissance, voire de culpabilité.
- Le niveau d'impulsivité « trait » et « état » marqué par une instabilité comportementale, des antécédents de passages à l'acte, de fugues ou d'actes violents, des troubles panique, réalisés au mieux chez la personnalité borderline.
- Le degré d'intentionnalité (apparition d'idées de suicide passives ; présence d'idées actives et prévalentes ; rumination suicidaire ; cristallisation et planification d'un scénario suicidaire). Ainsi, le scénario suicidaire doit être adéquatement et précisément évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ».
- L'événement précipitant (perte, conflit), qui n'est souvent que le dernier d'une longue série.

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire

La potentialité mortelle du scénario suicidaire doit être évaluée en repérant les intentions du patient, les moyens qu'il pense utiliser et l'accessibilité à ces moyens. Le scénario suicidaire doit être adéquatement et précisément évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ». Plus les questions seront précises, plus les réponses à ces questions seront elles-mêmes précises et l'intervention adéquate. Il est évident que celle-ci sera différente selon que la personne dit avoir l'intention de se suicider le soir même avec les moyens qui se trouvent à sa disposition ou qu'elle songe vaguement au suicide sans scénario précis. Quant à l'accessibilité directe aux moyens, elle augmente la dangerosité du projet suicidaire, d'autant plus qu'il existe une impulsivité sous-jacente.

Les facteurs de protection

Peu d'études ont été consacrées aux éléments protégeant les sujets à risque contre un passage à l'acte. Ainsi, l'évocation de la famille et la projection dans un avenir meilleur sont les « raisons de vivre » le plus souvent retrouvées chez des patients dépressifs [2]. Plus globalement, la qualité du support social et familial (capacité à faire face, ou à l'inverse renforcement du risque dans le cas de familles à « transaction suicidaire ou mortifère»), le fait de ne pas se sentir isolé et la prise en charge thérapeutique sont considérés comme protecteurs.

À des fins cliniques, cette triple évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen, élevé. Ainsi, un patient pourra être à risque faible, en urgence élevée et avec un scénario à forte létalité ; un autre à risque fort, en urgence faible et avec un degré de létalité bas. C'est toutefois le niveau d'urgence qui détermine en définitive le type d'intervention, comme le proposent les recommandations de la Conférence de consensus [23] :

Est à considérer en urgence faible une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée, mais psychologiquement souffrante ;
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

Est à considérer en urgence moyenne une personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

Est à considérer en urgence forte une personne qui :

- est décidée ; sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ;
- est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ;
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ;
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- est très isolée.

Les modalités d'intervention : de l'implication relationnelle à la décision de soins

L'intervention comprend trois temps [23] : l'établissement d'un lien de confiance par l'implication relationnelle, l'évaluation du potentiel suicidaire, et la décision et l'action de soins.

L'intervention en trois temps

L'établissement d'un lien de confiance

L'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne en crise suicidaire repose essentiellement sur les compétences individuelles de chaque intervenant. La capacité d'accueil et d'ouverture à l'autre, la capacité d'empathie à l'égard de la personne suicidaire, la capacité de se lier à une personne agressive plutôt que de réagir d'une manière défensive, la capacité de mettre en mots ce que vivent des personnes désespérées et silencieuses, la capacité d'accepter le comportement suicidaire sans cautionner le geste, bref la capacité de s'impliquer relationnellement au sens de « se mettre dans les plis » feront toute la différence. Il s'agit donc avant tout de reconnaître la douleur et la souffrance, de se positionner comme témoin de la souffrance de l'autre, car la souffrance est d'autant plus vive que, non partagée, elle exclut, elle exile.

Reste à savoir comment établir cette relation de confiance. Le point central est la communication par l'intervenant du ressenti que provoque en lui le comportement ou le discours suicidaire : « je me fais du souci pour vous ». Il s'agit donc là d'une démarche centripète consistant à aller au-devant de la demande par la mise en mots et la reconnaissance de la souffrance, démarche qui doit toujours s'effectuer dans le respect de ses propres limites et de ses propres compétences.

L'évaluation du potentiel suicidaire

L'évaluation du potentiel suicidaire est basée sur la triple évaluation du risque, de l'urgence et du danger (voir ci-dessus), et inclut l'évaluation du facteur précipitant, même si cet événement n'est souvent que la goutte qui fait déborder le vase, ou le dernier en date d'une longue série de pertes affectives ou d'événements traumatisants.

En ce qui concerne les échelles d'évaluation du risque suicidaire, comme par exemple l'échelle d'intentionalité suicidaire de Beck [1], leur intérêt est indéniable en recherche mais leur utilisation systématique en pratique clinique peut être un obstacle à l'établissement d'une relation de confiance si le remplissage de cette échelle (et l'obtention d'un score) devient l'unique enjeu de l'entretien.

Hypothèse de crise et recherche d'une stratégie d'action

Une hypothèse de crise est formulée et la recherche d'une stratégie d'action suggérée à la personne sous la forme d'une entente pour les prochaines consultations. Ces propositions peuvent être empreintes d'une certaine directivité, surtout dans les situations où l'urgence suicidaire est élevée.

Variations dans les modalités de l'intervention

Selon le statut de l'intervenant

Pour mettre en place un dispositif de prévention, il faut aller là où sont les personnes en souffrance, et non pas là où nous voudrions qu'elles soient. Cela revient à sortir d'une philosophie des systèmes soignants centrés sur la demande, c'est-à-dire d'une réflexion centripète (« venir à moi ») pour entrer dans une réflexion centrifuge (« aller à eux »).

Il s'agit donc de repérer les différents cercles concentriques qui gravitent autour de la personne qui va mal. En ce qui concerne les adolescents, le premier cercle est constitué par les personnes en contact, à savoir la famille, les pairs, les adultes de l'école et des lieux de formation, le monde des loisirs.

Si l'on prend l'exemple de l'école, il est évident que tous les adultes de la communauté scolaire, quelles que soient leurs fonctions (enseignant, CPE, personnel administratif, assistante sociale), sont des « capteurs de souffrance » potentiels. Cela implique que chacun d'entre

eux peut être « choisi » par l'élève en difficulté comme interlocuteur privilégié et qu'il ne doit pas rester sans réaction : il est dans l'obligation d'accuser réception du message de souffrance. L'établissement de ce lien de confiance initial repose sur la reconnaissance de la souffrance de l'autre en communiquant son ressenti, son souci de l'autre : « je me fais du souci pour toi ». Il est toutefois fondamental que cet engagement relationnel tienne compte des limites et des compétences de chacun.

Il importe donc pour ces intervenants du premier cercle de ne pas rester seuls et de pouvoir passer le relais à un deuxième cercle constitué par les professionnels soignants. Le passage de relais de la personne-ressource non soignante vers le soignant ne doit pas être trop hâtif ou trop magique (« tu verras, il va régler le problème»), doit respecter le lien antérieur (personne-ressource il est, personne-ressource il reste si besoin) et doit être clairement formulé en aidant le jeune à comprendre la démarche suggérée [20].

Pour tenter de typologiser les différentes modalités de passage de relais entre intervenants du premier cercle et intervenants du deuxième cercle, trois configurations relationnelles peuvent être évoquées [34] : l'exclusion, la subordination, la complémentarité ou coresponsabilité.

- La relation d'exclusion, correspondant à un refus d'établir des relations entre les deux cercles, est exceptionnelle ; elle peut toutefois se trouver en germe dans certaines démarches, visant par exemple à ouvrir dans les murs de l'école une consultation médicopsychologique pour « répondre aux besoins des élèves en difficulté ». La confusion des cadres (éducatif et thérapeutique) est alors maximale et ce type de démarche procède purement et simplement d'un fantasme de maîtrise.
- Dans la relation de subordination, le deuxième cercle est reconnu comme pôle de référence tant au niveau théorique qu'au niveau pratique auprès des personnes en difficulté. Le risque est alors, dans une logique substitutive, de court-circuiter les compétences relationnelles du premier cercle, pourtant au contact, et d'échouer dans la mise en place d'une relation de soins.
- Dans la relation de complémentarité enfin, les deux cercles collaborent du fait d'une spécificité mutuellement reconnue et de responsabilités propres en termes de mission (maintien et développement des liens existants, repérage des signes d'alerte, reconnaissance de la souffrance, passage de relais pour les uns ; évaluation du potentiel suicidaire, mise en place d'interventions thérapeutiques, organisation d'un suivi pour les autres). Il s'agit donc dans ce type de configuration relationnelle d'élaborer un programme en partenariat et de construire un espace de coresponsabilité.

Selon l'étape de la crise suicidaire

La crise suicidaire peut être modélisée sous la forme d'un cheminement tunnellaire marqué du sceau de l'ambivalence [23].

Plusieurs étapes ont été décrites :

- la recherche de stratégies ou de solutions à la crise, « cela va se passer, je l'espère »,
- l'apparition et le développement des idées de suicide, « si j'avais un accident, cela mettrait un terme à tous mes problèmes », « je ne m'en remettrai jamais, mieux vaut en finir » ;
- la rumination de l'idée suicidaire, « j'y pense tout le temps » ;
- la cristallisation et la planification d'un scénario, « je règle mon affaire, et après je me tue » ;
- l'événement déclenchant et le passage à l'acte, « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ».

Si, pour chaque étape, la reconnaissance de la souffrance est la condition indispensable à l'établissement d'une relation en légitimant l'autre comme sujet, il paraît également important, en phase de rumination suicidaire, de tenter de reformuler de façon compréhensible ce qui arrive à la personne, tant les erreurs cognitives sont importantes à ce stade. Enfin, l'évaluation du potentiel suicidaire est nécessaire au cours de chaque étape, et s'accompagne de la mise en place d'actions de plus en plus directives jusqu'à l'hospitalisation quand le passage à l'acte se révèle imminent.

Conclusion

Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et donc la prévention du passage à l'acte suicidaire. Cette évaluation du potentiel suicidaire est triple : facteurs de risque prédisposant à l'apparition du geste, facteurs d'urgence rendant compte de l'imminence du passage à l'acte et facteurs de danger. Les modalités d'intervention sont étroitement dépendantes du statut de l'intervenant et de l'étape de la crise suicidaire. Elles associent écoute et reconnaissance de la souffrance, reformulation, mais aussi des actions plus directives pouvant aboutir à l'hospitalisation.

Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide

Avec plus de 10 000 décès par an, la France est l'un des pays où l'on meurt le plus par suicide. Si les données épidémiologiques émeuvent, le suicide a longtemps été ignoré et confiné à la sphère privée. Il n'est reconnu par les institutions et identifié comme problème de santé publique que depuis une vingtaine d'années.

Eric Jougla
Directeur du CépiDc
Françoise Péquignot
Ingénieur
Alain Le Toullec
Technicien
Martine Bovet
Technicien
Marc Mellah
Technicien
Inserm-CépiDc, IFR 69 Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide

Sources de données et indicateurs

Les données sur lesquelles se base cette étude sont issues de la statistique des causes médicales de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'Inserm. Elles concernent les années quatre-vingt à 1999 (l'année 1999 est la dernière année pour laquelle on dispose de données validées sur les causes médicales de décès). Ces données permettent de mesurer le niveau de la mortalité par suicide et d'en analyser les principales caractéristiques épidémiologiques : disparités socio-démographiques, modes de suicides, variations géographiques (1997-1999) et évolutions dans le temps (1980-1999). Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès, la part des décès par suicide dans la mortalité générale, les taux bruts de décès (effectifs de décès rapportés aux populations moyennes annuelles), les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de la population française (ensemble et moins de 65 ans) et les ratios de mortalité selon le sexe. Les décès de la période 1980-1999 ont été codés selon la 9e révision de la Classification internationale des maladies (CIM9). Les codes de cette classification correspondant au suicide sont inclus dans le chapitre « Traumatismes et empoisonnements (E950 à E959) » et permettent d'identifier les modes de suicide (pendaisons, armes à feu, médicaments…). L'analyse de la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne (UE) est basée sur les données de mortalité diffusées par Eurostat (dernière année disponible, 1999). Une dernière partie traite de l'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide et de l'impact de certains biais de déclaration sur les données officielles.

Le suicide, première cause de décès chez les 30-39 ans

On comptabilise annuellement en France environ 10 300 décès par suicide (année 1999). Ces décès représentent 2 % de l'ensemble des 540 000 décès survenant chaque année. Cette part varie fortement selon l'âge. Pour les personnes de 15 à 44 ans (4 000 décès par an), le suicide représente la deuxième cause de décès (15 % des décès) après les accidents de la circulation. Pour les 30-39 ans (1 700 décès), il constitue la première cause de décès (un décès sur cinq). La part du suicide diminue ensuite sensiblement, représentant moins de 1 % de l'ensemble des décès après 85 ans (figure 1).

Un taux de décès multiplié par trois chez les hommes par rapport aux femmes

Les effectifs et les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes : sept décès

sur dix concernent le sexe masculin (7 500 décès par an, contre 2 800 pour les femmes). Le taux de décès masculin standardisé par âge (27,1 pour 100 000) est trois fois plus élevé que chez les femmes (8,8 pour 100 000). La surmortalité masculine s'observe quel que soit l'âge des sujets, mais son niveau varie : taux de décès multiplié par 3,7 chez les hommes par rapport aux femmes entre 15 et 24 ans, puis diminution avec un minimum entre 45 et 64 ans (2,3) et ensuite augmentation pour atteindre 6,0 après 85 ans.

Un taux de décès qui progresse fortement avec l'âge

Si la part des décès par suicide dans la mortalité générale diminue sensiblement avec l'âge, il n'en est pas de même pour leur nombre et leur taux. 5 % du total des décès par suicide surviennent avant 25 ans (600 décès), 65 % entre 25 et 64 ans (6 600 décès) et 30 % après 64 ans (3 000 décès). Quel que soit le sexe, les taux de décès progressent fortement avec l'âge, mais cette augmentation n'est pas régulière (figure 2). Les taux de décès doublent après 25 ans, restent relativement stables jusqu'à 64 ans, puis progressent à nouveau après 85 ans (en particulier chez les hommes). Les taux de décès sont six fois plus élevés après 85 ans qu'entre 15 et 24 ans (dix fois pour les hommes). Il est donc important de noter que, si l'on parle davantage du suicide chez les adolescents, du fait de sa nature particulièrement inacceptable, les taux de décès sont nettement plus élevés chez les personnes âgées.

Une relative stabilité des taux de décès dans le temps

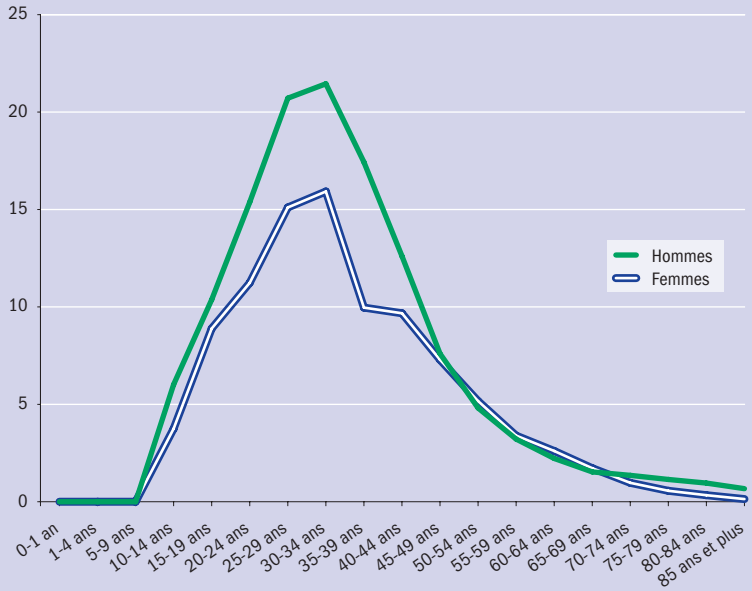
Entre 1980 et 1999, les taux de décès standardisés par âge ont peu évolué. Au cours de cette période, on constate cependant une tendance à la hausse des taux jusqu'au milieu des années quatre-vingt, suivi d'une stabilité jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix et, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, une tendance à la baisse depuis 1995. Mais ces évolutions sont restées modérées, et globalement les taux de décès n'ont varié que de -16 % sur les vingt années étudiées (–15 % pour les hommes et -20 % pour les femmes). En fonction de l'âge, on note, mais uniquement pour les hommes, une augmentation depuis les années quatre-vingt pour les classes d'âge 25-44 ans et plus de 85 ans.

La pendaison reste le mode de décès le plus fréquent

Le mode de décès par suicide le plus fréquent est la pendaison (41 % des décès en 1999). Cependant, les modes de suicide varient selon le sexe. Pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (46 % des décès) et les armes à feu (25 %). Pour les femmes, on observe une plus grande diversité des modes de suicide : empoisonnements médicamenteux (27 %), pendaison (27 %), noyade (17 %) et saut d'un lieu élevé (10 %). En comparaison, les noyades et les sauts ne représentent respectivement pour les hommes que 5 % et 4 % des décès par suicide. Les modes de suicide varient également selon l'âge. On note en particulier une proportion supérieure de prise de médicaments pour les femmes entre 35 et 54 ans (tendance similaire pour les hommes, mais dans des proportions

figure 1

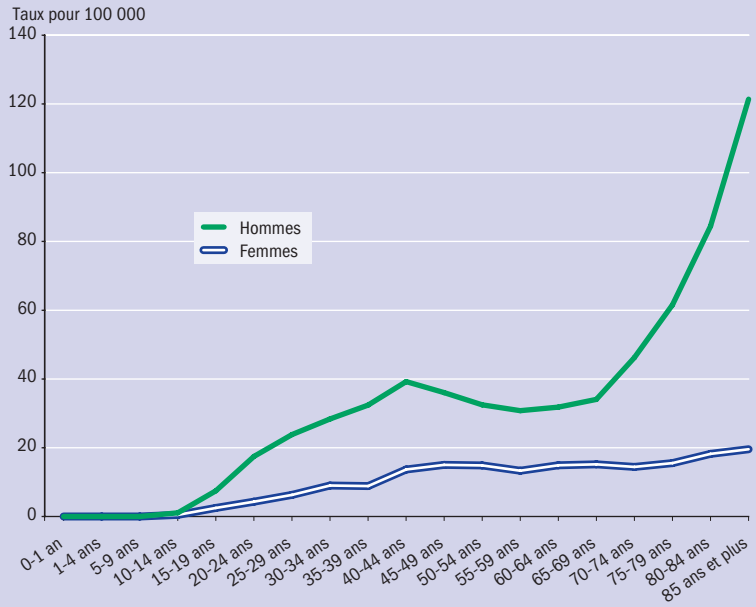
Part des suicides dans la mortalité générale selon le sexe et l'âge (France 1999, en pourcentage)



Source : CépiDc, Inserm.

figure 2

Taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge (France 1999)



Source : CépiDc, Inserm.

moindres). On note également une part plus élevée de suicides par armes à feu pour les hommes entre 35 et 54 ans. Les modes de suicide ont peu évolué depuis vingt ans, à part une légère augmentation du poids des pendaisons et une tendance à la diminution de celui des suicides par armes à feu.

Statut matrimonial

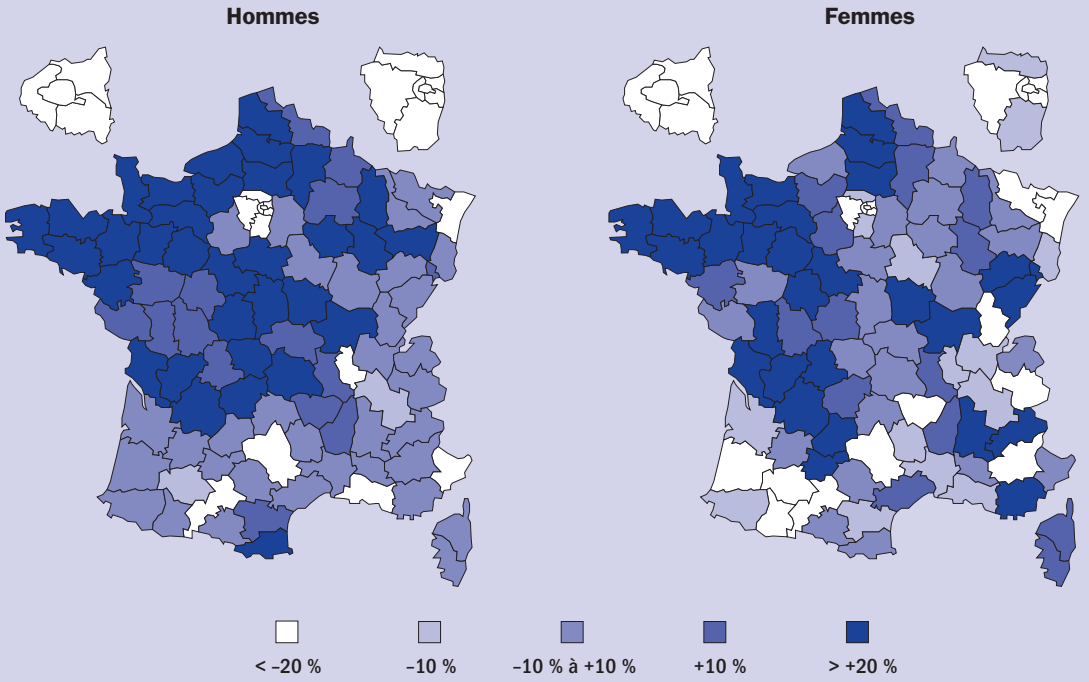
Les taux de décès par suicide les plus élevés concernent les veufs (58,8 pour 100 000), puis les divorcés (37,3), les célibataires (20,4) et les personnes mariées (16,8). On note des taux de mortalité par suicide maximum chez les hommes veufs. En particulier pour les décès des sujets de plus de 65 ans, les taux de décès sont de cinq à dix fois plus élevés chez les hommes veufs que chez les femmes veuves. À l'opposé, les taux de décès les moins élevés s'observent chez les femmes mariées de moins de 65 ans. Le statut matrimonial constitue ainsi un facteur important des disparités de mortalité par suicide (on ne retrouve pas des différences aussi marquées pour la mortalité toutes causes confondues).

Un gradient nord-ouest du suicide en France

On observe de très fortes disparités spatiales de mortalité par suicide en France (figure 3). Ces disparités sont plus importantes que pour la plupart des autres causes de décès (excepté pour le sida et les causes de décès liées à la consommation d'alcool). Le Nord-Ouest, de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais, est globalement en situation de surmortalité ainsi que le nord des Pays de la Loire et les régions rurales du centre de la France. Les taux de décès sont particulièrement élevés en Bretagne intérieure. À l'inverse, l'Est et le Sud-Ouest sont en situation de nette sous-mortalité. Pour les hommes, la Bretagne reste la région la plus touchée, avec des taux particulièrement élevés dans les départements des Côtes-d'Armor et du Finistère. Viennent ensuite la Basse-Normandie, la Picardie et les Pays de la Loire (en particulier, la Sarthe). À l'opposé, l'ensemble des régions du sud de la France, l'Île-de-France et l'Alsace sont en sous-mortalité. Bien que les taux de décès restent toujours nettement moins élevés chez les femmes et que, pour elles, le niveau des disparités spatiales soit moins important, on observe de fortes corrélations géographiques entre taux de décès masculins et féminins. On retrouve par exemple, quel que soit le sexe, que les Côtes-d'Armor et le Finistère sont les départements les plus touchés. Ces disparités spatiales sont restées relativement stables depuis une vingtaine d'années. Les modes de suicide varient selon les régions françaises. On note en particulier la part importante des pendaisons dans le Nord-Ouest (Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne, Nord-

figure 3

Taux de décès par suicide selon le sexe et les départements (1997-1999)*



* Taux standardisés par âge, variation par rapport à la moyenne nationale.

Source : CépiDc, Inserm.

Pas-de-Calais), des suicides par armes à feu dans le Sud (Corse, Aquitaine, Languedoc-Roussillon) et des absorptions de médicaments en Île-de-France et en région Paca.

La France est dans le groupe des pays de l'Union européenne à plus fort taux de suicides

Pour les hommes, la Finlande ressort avec les taux de décès les plus élevés au sein de l'Union européenne. Il s'agit du seul pays pour lequel le suicide constitue la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans (avant les accidents de la circulation). Quatre autres pays ressortent avec des taux de décès particulièrement élevés : la Belgique, l'Autriche, la France et le Luxembourg. À l'opposé, ce sont les pays les plus méridionaux de l'UE qui ont les plus faibles taux de décès (Grèce, Portugal, Italie et Espagne). Le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont également des taux de décès relativement faibles. Cette hiérarchie s'observe aussi bien pour l'ensemble de la population qu'en termes de mortalité « prématurée » (avant 65 ans). Les écarts entre pays sont importants puisque les taux de décès sont plus de deux fois plus élevés en France qu'au Royaume-Uni ou en Italie. Pour les femmes, le niveau de la mortalité est, quel que soit le pays considéré, nettement plus bas (pour l'ensemble de l'UE, les taux de décès sont trois fois plus élevés chez les hommes). Cependant, la hiérarchie des pays reste très proche de celle observée pour les hommes. Les évolutions à court terme (1994-1999) indiquent une tendance générale à la baisse des taux de décès dans les pays de l'UE pour les deux sexes, les seules exceptions étant une stagnation de la mortalité, quel que soit le sexe, pour le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, la Suède et l'Espagne, et une augmentation pour la Grèce (deux sexes) et pour le Luxembourg (femmes).

Qualité des données de mortalité sur le suicide

L'étude de la qualité et de la comparabilité des méthodes de certification des causes de décès a fait l'objet d'un rapport de la Commission européenne coordonné par le CépiDc de l'Inserm [13, 15]. Parmi les causes de décès analysées, le suicide est une des causes qui ont fait l'objet du nombre le plus important d'études. Pour appréhender les sources de biais potentiels des données « officielles » sur la mortalité par suicide, il est important de rappeler les procédures de certification et de codification des causes de décès. Un certificat médical doit être établi à l'occasion de chaque décès. Ce certificat est basé sur celui recommandé par la Classification internationale des maladies (CIM). Cette standardisation a pour objectif l'amélioration de la comparabilité internationale des causes de décès. La première partie du certificat décrit les causes de décès selon le processus morbide ayant conduit à la mort en partant d'une cause initiale jusqu'à une cause terminale, avec éventuellement des causes intermédiaires (par exemple : suicide par arme à feu en cause initiale, plaie crânio-cérébrale en cause intermédiaire et hémorragie cérébrale en cause terminale). La deuxième partie indique les causes ayant pu contribuer au décès (par exemple : dépression, alcoolisme…). Les causes médicales de décès sont ensuite codées selon la CIM. Cette codification conduit à la sélection d'une cause initiale pour chaque décès. Compte tenu de ce processus d'enregistrement, des biais peuvent survenir aux deux étapes du processus d'enregistrement : certification et codification médicales. Les biais de codification peuvent être considérés comme mineurs. En effet, dans le cas du suicide et compte tenu de l'importance de ce problème de santé publique, les règles de la CIM conduisent à sélectionner le suicide même si le médecin a indiqué une autre cause initiale de décès (par exemple : dépression ayant entraîné un suicide). Les biais principaux sont à appréhender au niveau de la certification médicale. Pour mesurer ces biais une méthode utilisée au niveau international est d'analyser les causes de décès « concurrentes » définies comme des causes de décès pouvant « masquer » un suicide dans les statistiques. Nous avons utilisé cette méthode sur les données françaises, en prenant en compte deux types de causes « concurrentes » pour lesquelles nous disposions d'investigations complémentaires : morts violentes indéterminées quant à l'intention et causes inconnues de décès [4, 14]. Les causes indéterminées quant à l'intention correspondent à des cas où le médecin n'a pas pu conclure, à des cas pour lesquels la certification du médecin n'a pas été assez précise, ou à des cas pour lesquels une enquête complémentaire était encore en cours au moment de la certification du décès. Les résultats d'une enquête réalisée sur un échantillon de ces cas auprès des médecins certificateurs indique que l'on peut estimer à 35 % la part des causes indéterminées qui sont en fait des suicides. L'autre source de biais considérée, les causes inconnues, s'explique souvent par une absence de retour d'informations suite à une enquête médico-légale. Deux enquêtes effectuées avec les instituts médico-légaux de Paris [17] et de Lyon [28] ont permis d'estimer qu'environ 25 % de ces cas étaient des suicides. Nous avons extrapolé l'ensemble de ces résultats aux décès survenus en France en 1999 et évalué, après correction, les changements dans les effectifs, les taux et les caractéristiques socio-démographiques des suicides. Cette étude a montré (i) que les taux de suicides déterminés à partir des données officielles étaient sensiblement sous-évalués (d'environ 20 %) ; (ii) mais que les caractéristiques socio-démographiques et géographiques du suicide changeaient peu après correction. Cette conclusion est importante car elle montre que, s'il est bien sûr essentiel de disposer d'une bonne évaluation de la fréquence du suicide dans un pays, on peut cependant caractériser les populations à risque et analyser les déterminants des conduites suicidaires sur la base des données actuellement disponibles, à la condition que les biais de déclaration restent relativement stables.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 62.

De l'histoire de la prévention du suicide en France

Arnaud Campéon
Chargé de recherche au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (ENSP)

Énigme posée à notre humanité, le suicide n'a eu de cesse, durant son histoire, de questionner l'esprit humain et de susciter les plus virulentes controverses. Et pour cause, il n'est pas de questionnement qui ne soit plus immanent que celui-là : « *juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue* » (Camus, 1965). C'est à l'aune de cette interrogation fondamentale que l'acte de se donner volontairement la mort a de tout temps été passionnément discuté à travers l'histoire. De l'invention du néologisme au XVIIIe siècle jusqu'à aujourd'hui, en passant par la pratique de l'exorcisme sacrificiel et l'enfermement en maison d'internement, l'oscillation de la réaction sociale mais également des conceptions philosophiques et spirituelles à son égard sont là pour en témoigner. Relégué au rang du plus abominable des crimes, puis considéré comme le symptôme d'une pathologie mentale menaçant l'ordre public, le suicide fait aujourd'hui l'objet d'une approche en pleine mutation, au point qu'il est considéré comme un problème de santé publique parmi les plus importants *tant par la perte de vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne*. Pour comprendre cet état de fait, il nous faut tout d'abord renoncer à l'idée selon laquelle un problème de santé publique est une réalité naturellement objective. En effet, identifier un problème de santé publique et le faire apparaître comme un enjeu de société inscrit à l'ordre de l'agenda politique[1] constitue un travail à la fois scientifique, culturel et politique de longue haleine. Dans cette perspective, l'objet de cet article va consister à reconstituer une partie de la généalogie de la politisation du suicide en France, politisation qui n'a pu exister qu'animée par la conviction que l'extension des suicides constituait un mal pour l'ensemble de la société.

Quelques repères historiques : le suicide en question

Aux excès des positions moralistes et du scientisme rigide des siècles précédents qui empêchaient toute réflexion de fond sur la compréhension de l'acte suicidaire et lui ôtaient tout ce qu'il pouvait avoir de dérangeant dans son questionnement existentiel, nous pouvons assurément remonter l'historique de la prévention du suicide durant la seconde moitié du XXe siècle. En effet, pendant longtemps, l'idéologie chrétienne, portée par l'affirmation du caractère sacré de la vie, a compromis le meurtre de soi-même dans les méandres d'une condamnation éthique irrévocable que l'habilité intellectuelle de certains penseurs de la Renaissance et du siècle des Lumières a eu du mal à combattre et à infléchir. Pourtant, au devant de critiques de plus en plus prégnantes et qui remettaient en cause les techniques corporelles punitives, la cause se fait entendre et met un terme à la vision monolithique la concernant. Première voie de désacralisation de l'acte, le Code pénal napoléonien promulgue la dépénalisation de l'acte suicidaire en 1810. Pour autant, et dans la droite lignée des mesures d'internement qui font disparaître la folie dans un monde neutre et uniforme d'exclusion dans le silence des asiles, les autorités morales et politiques s'emploient avec vigueur à refouler le suicide parmi la masse des interdits implicites et contre nature, instaurant par là même les conditions idéales à la perpétuation et au renforcement de ce tabou socialement et historiquement constitué [19]. Un tournant symbolique radical dans la façon de percevoir le suicide est néanmoins franchi et signe l'entrée de ce mal, en partie débarrassé de sa positivité mystique, dans le domaine de la science médicale et psychiatrique. C'est l'ère de l'intériorisation de la culpabilisation individuelle et sociale du suicide, qui, s'il n'est plus condamné, ne se libère pas pour autant de la réprobation morale qui lui est associée. Mais le XIXe siècle marque également l'ouverture d'une ère de l'enthousiasme statistique qui va contribuer à offrir un tout autre éclairage, social cette fois-ci, au phénomène suicidaire. L'un des plus illustres représentants de cette période est Emile Durkheim qui, en 1897, va fournir une première explication sociologique, faisant de la sorte front aux thèses aliénistes dominantes. À l'aube du XXe siècle, les termes du débat changent donc, et le fait que l'on s'interroge moins sur la nature morale ou immorale du suicide que sur sa nature psychologique et sociale n'implique pas les mêmes schèmes de réflexion dans l'appréhension de l'acte. Ainsi, de remises en cause successives en bouleversements culturels, la société, et à travers elle ceux qui la dirigent, a peu à peu levé le voile sur la problématique suicidaire. En proie à la diminution des interdits, à l'affaiblissement des positions chrétiennes sur le sujet et à l'ouverture des frontières disciplinaires le concernant, le suicide a fini par acquérir une plus grande visibilité au sein de l'espace publique, visibilité qui trouve son point de consécration au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

Phase de reconnaissance sociale du suicide : les forums associatifs et scientifiques en action

Le contexte est celui d'une société nouvelle en gestation qui marque les premiers pas d'un État-providence résolument décidé à s'occuper du droit à la santé et du bien-être de sa population. Dans ce terreau fertile et plus enclin à l'écoute de la souffrance d'autrui, un ensemble d'énergies se fédère. Un peu partout dans le monde, une pléthore d'initiatives privées se mettent en

1. « *On peut définir assez largement l'agenda politique comme l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous quelque forme que ce soit,* […] *qu'il y ait controverse publique, médiatisation, mobilisation ou demande sociale et mise sur le marché politique ou non* » [8].

place. Exemple type et pionnier en ce domaine, l'action initiée par le révérend Chad Varah (et de ses samaritains), qui lance l'aventure de la téléphonie sociale. Faisant école dans l'Europe entière, à quelques variantes près, l'initiative fait une apparition discrète en France à la fin des années cinquante sous la forme de centres d'accueil comme Recherche et Rencontre (1958) ou de centres d'écoute comme SOS Amitié (1961). Malgré des ressources financières limitées et une certaine réticence à leur création, notamment dans les milieux conservateurs, ces deux structures, et celles qui suivront trouvent assez rapidement leur place au sein du paysage associatif français. La demande sociale est forte et les structures rencontrent rapidement un vif succès. À titre d'exemple, l'association SOS Amitié est reconnue en 1967 d'utilité publique, soit quelques années seulement après sa création. Pour la première fois de son histoire, le suicide se voit reconnaître comme un fléau sur lequel il faut agir. Vecteur de sociabilité devant les difficultés apportées par l'atomisation de la société et l'individualisation des destins, l'urgence de la parole est le leitmotiv principal de ces structures associatives palliant de la sorte la faille des organismes publics dans la prévention et le traitement du mal-être et des conduites suicidaires. Mobilisés socialement et politiquement à travers une forme de participation et d'organisation, ces services philanthropiques de prévention, à la fois généralistes et ciblés, participent en première ligne à donner sens et forme à ce qui n'est jusqu'alors pas perçu comme un problème de société mais comme un problème de l'intime dissimulé.

Cette montée en généralité de la thématique suicidaire n'est malgré tout pas l'apanage du forum associatif. Très rapidement, une prise de conscience internationale de la nécessité d'agir émerge et transforme le suicide en un enjeu social à défendre au niveau des plus hautes sphères. L'un des événements marquants dans l'officialisation progressive de la thématique est la reconnaissance publique du problème par l'OMS, qui publie en 1969 (puis en 1975) un document consacré à la prévention du suicide dans le monde. Indiquant que la tâche est urgente et que les autorités de santé publique n'ont pas le droit de s'y dérober, l'appel est entendu. Devant la mise en évidence statistique du nombre de décès par suicide et des risques épidémiologiques qui y sont associés, le caractère d'urgence étaye la thèse de la nécessaire organisation des services existants au sein des différents pays et de la création d'instances nationales destinées à les coordonner. Affiliée en France à l'Association internationale pour la prévention du suicide (AIPS, créée en 1961), cette volonté se concrétise par la mobilisation de professionnels, dont de nombreux psychiatres, autour du Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS) en 1969[2]. L'incidence du GEPS va être celle des prémices d'une entreprise de morale laquelle va concevoir de nouvelles manières de dire le suicide et de faire la prévention. Fort de l'ambition de lancer un vaste mouvement de suicidologie, le GEPS réalise un vaste travail d'information et de mise en visibilité du problème par l'intermédiaire de publications, d'organisation de congrès, de réunions… ainsi que de la mise en place et du suivi d'enquêtes et protocoles de recherche pour prouver l'importance objective et subjective du phénomène au sein de la société. Bien que son audience demeure réservée à un public déjà avisé, la constitution de tels groupements marque la formalisation de l'enjeu. Puissance de l'officialité oblige, le GEPS devient au fil des années l'un des interlocuteurs privilégiés de tous ceux qui veulent parler ou organiser des actions sur le suicide et sa prévention. L'effort n'est pas vain, puisque la sensibilisation opérée par ces différents forums contribue à porter incidemment la cause suicidaire aux portes du ministère de la Santé. Si rien n'est encore fait, tout porte néanmoins à croire que cette thématique vit l'une des plus grandes étapes de sa promotion publique.

Phase de spécification du suicide : l'arène politique en alerte

C'est en effet dès le début des années soixante-dix que la thématique du suicide est mise en avant sous la tutelle de Robert Boulin, alors ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Instituant une commission, le ministre entend faire le point sur ce fléau refoulé de la conscience collective en vue de combler « *le désert qui existe actuellement en matière de prévention du suicide* » et d'organiser « *une éventuelle prévention* ». Point de départ à la sensibilisation gouvernementale, le suicide des adolescents est le premier signe d'étonnement des pouvoirs publics qui voit, à travers l'importance de leur incidence suicidaire, l'expression paroxystique d'un manque de communication et d'écoute. Mais faute d'objectifs clairs, le débat est reporté dans l'attente de travaux et d'études plus approfondis. Les connaissances sont encore trop incertaines et lacunaires pour espérer une quelconque mobilisation d'ordre politique. Néanmoins, cette première étude montre qu'un travail cognitif et discursif de traduction est en cours pour que cette problématique puisse obtenir une réponse en termes d'intervention politique. Reste que pour cela, et conformément aux modalités d'inscription de tout phénomène sur l'agenda politique, pour qu'un problème social soit réellement entendu comme un enjeu politique, il doit être techniquement et idéologiquement codifié dans des termes qui sont ceux du jeu politique officiel. Si cette activité symbolique a déjà commencé, l'étude de la section de la Rationalisation des choix budgétaires (RCB) parachève le processus en montrant

2. Premier organe national représentatif de la problématique suicidaire, le GEPS est né, entre autres, des problèmes nouveaux posés par le nombre sans cesse plus élevé d'intoxications aux barbituriques volontaires, qui, relativement peu fréquentes avant les années soixante, ont crû rapidement au fil des années, au point d'inquiéter les centres de pathologies toxiques. Il est né de l'initiative des professeurs Moron (Toulouse), Soubrier (Paris), Védrinne (Lyon) et Pichot (Paris).

qu'une politique de prévention du suicide est, au-delà des avantages attendus sur le plan humain, économiquement rentable pour la collectivité (1971).

L'étude RCB sur le suicide prend son origine dans un contexte qui donne l'occasion d'élaborer une réflexion globale sur le système de santé (VI[e] plan), avec une volonté clairement affirmée d'accorder une place plus importante à l'action préventive, parent pauvre du système de santé français. Motivé par la constatation d'une augmentation générale du taux de suicides (notamment chez les jeunes) et par la « découverte » de nombreuses tentatives liées à l'ingestion de plus en plus courante de médicaments (barbituriques), le constat est sans appel : la réanimation des suicidants est possible, mais suppose des services spécialisés à coût élevé. L'argumentaire est là. Le phénomène suicidaire (suicide et tentative) se traduit par des coûts pour la collectivité : coûts constitués principalement par des charges financières directes et par des pertes de production. Légitimé à travers l'importance du préjudice économique engendré pour la collectivité, le rôle de l'État est clairement exposé. Sa tâche en matière de lutte contre le suicide consiste moins en une prise en charge directe de ce problème qu'en un rôle de coordination et d'incitation par des mesures administratives (réglementation) et financières (subventions aux organismes existants). En d'autres termes, la nécessité de prévenir le suicide ne semble plus à démontrer, mais à organiser. L'étude RCB ne donne pourtant pas lieu à des mesures concrètes puisque ses objectifs, hormis pour quelques actions, restent vains. Exemple type de *non-décision*, cet échec n'est cependant pas lié à la particularité de la thématique, mais plutôt à la permanence de la pesanteur médicale « curative » qui persiste dans les questions de santé et, par voie de conséquence, des rapports de force et des orientations qui lui sont inhérents. L'impasse du politique en santé publique, dont témoigne Bruno Jobert dans *Le Social en plan* (1981), est ici révélatrice des obstacles rencontrés pour mettre en œuvre des mesures concrètes de prévention. Il est possible de supposer que les bénéfices susceptibles d'être induits en ce domaine paraissaient moins porteurs de découvertes décisives et de visibilité immédiate que ne pouvait l'être la résolution de problèmes liés à d'autres pathologies. En témoignent les propos de D. Weber et J. Védrinne qui, en ce début de la décennie 1980, regrettent que « *le phénomène suicide préoccupe peu les pouvoirs publics par rapport à d'autres manifestations apparemment plus actuelles, mais infiniment moins mortifères, comme la toxicomanie* » [31]. Le suicide apparaît en effet moins prioritaire que d'autres problèmes à l'ordre de l'agenda gouvernemental. Faute de mobilisation effective et d'un répertoire d'actions suffisamment opérationnel par rapport à la mesure de son enjeu, le problème du suicide se voit ainsi relégué au rang des possibles avortés de l'agenda gouvernemental : « *On connaît l'anecdote : un mort c'est un drame, cinq morts c'est un événement, cent morts c'est une statistique* » [10]. Par cette phrase laconique, André Haim témoigne finalement d'une situation qui n'a guère évolué depuis les années soixante, faisant craindre pour beaucoup l'acceptation implicite de la mortalité suicidaire par les pouvoirs publics.

Controverse et « identification » du suicide comme problème de santé publique

Si l'accès à l'agenda politique est de nature contingente (nature du problème, visibilité dans l'espace public…), force est de constater que l'identification d'un problème n'est en revanche pas systématiquement suivie de sa prise en charge effective. Pourtant, les décennies 1980 et 1990 bouleversent cet ordre tranquille par l'arrivée d'éléments catalyseurs qui accélèrent la dynamique de sa reconnaissance institutionnelle. L'un d'entre eux est la publication d'un livre subversif qui déstabilise l'ensemble des acteurs mobilisés autour de la prévention du suicide. Inspirés par un vaste courant euthanasique marginal mais bien ancré, Claude Guillon et Yves Le Bonniec entreprennent en effet de divulguer en 1982 des recettes « sans violence » pour mettre fin à ses jours dans un ouvrage au titre provocateur : *Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité*. Résolument hostile à toutes mesures de prévention, l'objectif du livre est explicite : donner à chacun les moyens et les informations nécessaires pour quitter sa vie « *en toute tranquillité* ». La publication et son équivoque succès témoignent d'une donnée essentielle quant à la réceptivité sociétale à l'égard du suicide. Se substituant à la condamnation et au blâme qui ont longtemps prévalu, l'attitude libertaire exprimée signe la banalisation du geste. Véritable bombe médiatique, la polémique s'engage rapidement au sein de l'espace public. Professionnels et associatifs engagés sont consternés devant cette tentative qui vise à obtenir l'approbation sociale et l'institutionnalisation du suicide comme acte de liberté par l'anéantissement des efforts faits pour tâcher de le prévenir. La mobilisation est intense et un véritable travail de lobbying commence pour tâcher de combler le vide juridique d'une telle provocation à la mort. L'événement donne lieu à la création de l'Association de défense contre l'incitation au suicide (ADIS) qui, en lien avec les professionnels concernés, cherche à faire voter une loi. Après maintes discussions, une proposition est adoptée en faveur d'une interdiction à la provocation. L'arrêté permet le retrait légal du livre en décembre 1987 (loi 87-1133). Accueillie par beaucoup comme la marque d'un investissement politiquement significatif à ne pas sombrer dans ce que P. Valadier nomme une société suicidaire, cette mesure ne fait pour autant pas l'unanimité des défenseurs des libertés individuelles qui y voient au contraire le signe de l'un des derniers sujets à être victimes de censure. Toujours est-il que le formidable coup de projecteur apporté à cette thématique, par la controverse engagée et sous l'action des médias qui en ont assuré simultanément la promotion, la représentation et la diffusion [8], a

permis de lui faire acquérir une audience et un impact considérables.

Tandis que le problème « suicide » fait indirectement son apparition dans le domaine législatif, les années quatre-vingt-dix ouvrent parallèlement la voie à sa reconnaissance institutionnelle. Considéré par beaucoup comme la pierre de touche de l'institutionnalisation du suicide en enjeu de santé publique, le rapport élaboré par le Conseil économique et social en 1992 sous l'égide du professeur Michel Debout proclame que le suicide est la « *seule grande question de société qui n'a jamais été abordée jusque-là par le Conseil économique et social* ». Cherchant à présenter, tout en restant dans le registre de l'instruction rigoureuse et d'un dossier sans *pathos*, l'inquiétante réalité du phénomène (ampleur, causes, conséquences), les auteurs entendent démontrer le véritable enjeu de santé que le suicide représente pour notre société : « *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* ». Forte d'une approche relativement exhaustive de la thématique étudiée, une série d'instruments de mise en forme et d'officialisation du problème est ainsi énumérée (nécessité d'une politique de recherche, d'une structure permanente…) pour concrétiser sa prise en charge effective. Accentué par la mort par suicide de l'ancien Premier ministre de l'époque, Pierre Bérégovoy (1993), le rapport fait l'objet d'une large diffusion dans la presse professionnelle et la presse nationale généraliste qui signe l'entrée définitive du suicide au sein de l'espace public. Cette officialisation quasi-étatique du problème témoigne en effet de la prise d'autonomie du thème. Véritable booster dans son processus de reconnaissance institutionnelle, le rapport propose des mesures concrètes dans le sens d'une mise en œuvre régionale individualisée, seule approche pertinente pour s'adapter aux spécificités locales (l'effet proximité), tout en étant suffisamment large pour ne pas s'y noyer. L'orientation préconisée correspond en outre à ce retour du local, initié au début des années quatre-vingt, dans le domaine de l'action sociale qui s'est vu profondément transformé par la mise en œuvre d'un nouveau référentiel d'action dit « territorialisé ». De façon comparable, face aux des difficultés sans cesse croissantes de solvabilité de la protection sociale, de l'émergence de préoccupations sanitaires majeures telles que la prévention du sida […], et de l'impuissance de l'État et de ses instruments d'intervention trop verticaux et cloisonnés, la refonte du système sanitaire s'impose en France à l'aune des années quatre-vingt-dix, dans le sens d'une déconcentration régionale. Dans la mouvance du congrès d'Alma-Ata (1978) et de la charte d'Ottawa (1986), la volonté de poser les conditions d'une véritable politique de santé publique apparaît comme une exigence politique inévitable. Premier acte de cette gestation, la création en 1991 du Haut Comité de la santé publique, qui oriente l'élaboration d'une politique de santé tournée vers la détermination de priorités. Permettant l'ouverture d'une fenêtre politique (*policy-window*), la thématique du suicide est reconnue comme une priorité nationale de santé par de nombreux experts en 1994 (méthode Delphi). Confortée par le choix de plusieurs régions dans leurs programmations de priorités de santé (dispositif des conférences et programmes régionaux de santé), la prévention du suicide apparaît même comme l'une des dix priorités nationales de santé publique lors de la première Conférence nationale de santé (1996). À l'image des grands fléaux de notre société, le suicide se voit ainsi dédié, sous l'action militante des *porteurs-constructeurs* du problème, une journée nationale chaque année. Une initiative qui consacre en outre l'engagement et l'intérêt de tous ceux pour qui le suicide n'est ni une fatalité ni une affaire personnelle et qui sont regroupés au sein de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS). Le phénomène acquiert désormais une visibilité politique suffisante. Il revêt le statut de « grande cause nationale » qui change progressivement sa nature sociale et son enjeu politique et attire, par voie de conséquence, une dynamique d'énergie et d'initiative institutionnelle. Parmi les faits les plus immédiatement visibles, sans doute doit-on ici réserver une place particulière aux programmes régionaux de santé (PRS), qui, à travers leurs originalités et spécificités, impulsent une réflexion, des pratiques et des savoir-faire innovants. C'est entre autres grâce à ces prises de position régionales que quelques mois plus tard, Bernard Kouchner, avec le concours de la direction générale de la Santé, proposa l'élaboration d'une réflexion nationale pour impulser et améliorer la prévention du suicide en France. La légitimité de la cause est désormais renforcée par cette impulsion politique décisive, qui entraîne la mise en place d'un programme national de prévention et d'une stratégie nationale d'action face au suicide (2000-2005).

De toute évidence, on ne peut que constater l'élan qui s'est créé, ces dernières années, autour de la problématique suicidaire. Reste maintenant à savoir si cette reconnaissance est le simple fait d'un processus incrémental où au contraire le témoignage d'une réflexion politique de fond sur l'ossature de la société et sur les épreuves que celle-ci fait vivre aux individus, au point d'ailleurs que certains en viennent à la quitter au nom de valeurs qui transcendent le cadre restrictif des *mortalités évitables* si chère à la santé publique.

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 sociologiques 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.

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

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

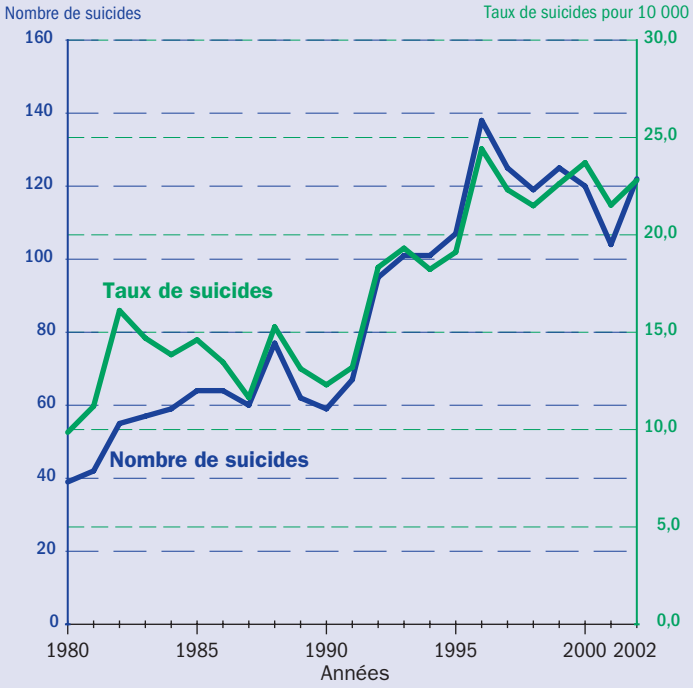
La figure 1 montre une augmentation nette des suicides à partir de 1993, avec un pic à 138 en 1996. Depuis, le nombre est stabilisé autour de 120 mais aucun fléchissement n'est observé (122 en 2002, 120 en 2003), alors que le nombre de suicides diminue en population générale entre 1993 et 1999, dernière 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[1]. 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[2]. 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.

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://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/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

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 Pr 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 (labellisisation 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.

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'Egypte 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 concernés[1] et/ou par les compléments d'information recueillis lors des échanges dans le cadre du programme Mental Health in Europe[2].

Le suicide s'est imposé comme un problème de santé publique dès les années soixante-dix[3], 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].

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

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 récidive 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 récidive	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, Danemark[5], 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.

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 Pr Retterstol, directeur de Norwegian Directorate of Public Health avec le concours de la Norwegian Psychiatric Association et le département of Medical Behavioual 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 Isacsson [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 9e Symposium européen sur le « suicide et comportement suicidaire » qui s'est tenu à Warwick (Royaume-Uni) du 14 au 17 septembre 2002, le Pr 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 Dr 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 pécuniaires 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 suicide[8] 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 externe[10] 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.

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 connaissances 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 but[12] :

- 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 avions 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 Pr 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

tribunes

Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide

Les associations ont joué un rôle important dans l'histoire de la prévention du suicide. À leur initiative a lieu le 5 février de chaque année, depuis 1997, la Journée nationale de prévention du suicide, maintenant organisée par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

Pr Michel Debout
Membre du Conseil économique et social, président de l'Union nationale pour la prévention du suicide

La prévention du suicide est née en Angleterre le 2 novembre 1953. Un pasteur anglican, le révérend Chad Varah, apprend le suicide d'un jeune. Bouleversé par cet événement tragique, il fait passer cet entrefilet dans tous les grands quotidiens de Londres : « Avant de vous suicider, appelez Man 9000 ». Dès le lendemain, les appels téléphoniques affluent.

Le révérend Chad Varah a été le premier à comprendre combien il est parfois difficile aux personnes isolées, délaissées, de faire appel, de lancer un SOS et surtout de trouver une réponse au moment où elles en ressentent le besoin. Il est le premier à utiliser le téléphone pour venir en aide à toutes les personnes en détresse ou désespérées. C'est grâce à lui que commence la fabuleuse aventure de la « téléphonie sociale ».

Le succès de cette initiative impose au pasteur de s'entourer de bénévoles qui répondent à leur tour aux appels dont le nombre progresse, et ainsi se constitue l'association « des samaritains » consacrant une partie de leur temps à l'écoute de la détresse des autres.

Dès son origine, la prévention du suicide est le fait de non-professionnels.

Au fil des années, devant le nombre de situations difficiles auxquelles les écoutants doivent faire face, il est décidé qu'au-delà de la relation téléphonique anonyme et donc vécue parfois comme distante, impersonnelle, la rencontre directe entre les appelants et les écoutants devient possible. C'est ainsi que sont ouverts les lieux d'accueil en face à face, venant compléter le dispositif téléphonique.

Cette association des samaritains connaît un large écho en Angleterre et fait des émules bien au-delà des villes britanniques. En France en 1961, la fédération SOS Amitié met en place un numéro d'appel et un réseau d'écoutants joignables 24 heures sur 24, avec, comme principe, le respect de la parole de l'appelant et la non-intervention dans ses idées et ses choix.

Dans la même période et grâce aux progrès considérables de la réanimation, de nouveaux services se dessinent dans les hôpitaux pour être capables d'accueillir les malades et les blessés dans des situations médicales critiques et de les raccrocher à la vie : ces lieux disponibles et performants sont les services d'urgence ; c'est là que sont accueillies les tentatives de suicide.

Très vite, les réanimateurs comprennent que ces patients d'un type particulier ont certes besoins de soins physiques, mais nécessitent surtout une écoute et un soutien psychologique. Les psychiatres s'installent donc dans les services d'urgence ; ils sont les pionniers de la psychiatrie d'urgence, mais également les « premiers professionnels » à s'engager pour la prévention du suicide.

En 1969, les professeurs Moron de Toulouse, Soubrier de Paris et Védrinne de Lyon, soutenus par le professeur Pichot, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne de Paris, le premier président, créaient le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS). Le GEPS se donne comme but de favoriser les échanges entre l'ensemble des professionnels : psychiatres, médecins hospitaliers, médecins de ville, psychologues, personnels soignants, mais aussi de toutes celles et ceux qui se sentent engagés dans la prévention du

suicide, et principalement les écoutants de SOS Amitié.

Le groupement, malgré la qualité de ses travaux, ne reçoit aucune aide officielle des pouvoirs publics et reste longtemps confidentiel : pendant ces longues années, la prévention du suicide est le fait de quelques initiés… mais « tabou » pour le plus grand nombre.

La parution d'un livre vient bouleverser l'ordre tranquille des choses : *Suicide, mode d'emploi*. Il suscite de vives réactions qui se cristallisent après la découverte de personnes décédées avec, à côté d'elles, le livre ouvert à la page donnant la « recette » qu'elles ont utilisée pour leur suicide. Proposer au suicidant un mode d'emploi, c'est lui lancer un défi, le sommer de ne pas se « rater », comme si l'essentiel était qu'il meure et non qu'il survive.

L'émotion provoquée par ces morts, même si, heureusement, ils sont peu nombreux, amène les familles, le Pr Soubrier et d'autres professionnels, puis les élus de la nation, à réagir : quatre ans après la publication du livre, le 31 décembre 1987, le Parlement vote à l'unanimité une loi pénale condamnant la provocation au suicide.

Celle-ci dispose dans son premier article que : « *le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende lorsque la provocation a été suivie de la mort ou d'une tentative* ».

Il restait alors à passer du refus de la provocation à l'engagement dans la prévention.

La Journée nationale pour la prévention du suicide

En septembre 1991, je suis nommé membre de la section des Affaires sociales du Conseil économique et social.

Je m'aperçois à cette occasion que la seule « grande » question de société qui n'a jamais été abordée jusque-là par le Conseil — troisième assemblée constitutionnelle de notre pays, après l'Assemblée nationale et le Sénat — est celle du suicide, considéré alors comme relevant d'abord d'un choix personnel et d'une question morale…

Derrière ce positionnement se révèle le poids du tabou qui continue à peser fortement sur les relations de la société française et de ses instances publiques avec le fait suicidaire.

Mais plusieurs arguments permettent de convaincre l'Assemblée de réaliser une étude sur le suicide : le nombre de morts (12 000 par an), le nombre de tentatives (160 000), l'intérêt des politiques de prévention mises en place à l'étranger, la nécessité de prendre en charge les suicidants, de leur venir en aide ainsi qu'à leurs familles et à celles des suicidés.

Le 6 juillet 1993, l'étude du Conseil économique et social consacrée au suicide est présentée à la presse.

Les principes qu'elle énonce peuvent se résumer en quelques termes : ne jamais banaliser un acte ou une pensée suicidaires ; mettre en place des lieux d'accueil dans tous les hôpitaux, pour que chaque suicidant soit écouté ; organiser en réseau les structures de soins publics et privés et les associations d'aide ; insister sur la place des familles des suicidants et suicidés sur le rôle spécifique des services de médecine légale en cas de décès de la personne ; considérer enfin le suicide comme un grave problème de santé publique et donc développer une véritable stratégie pour sa prévention devant mobiliser les pouvoirs publics et l'ensemble du corps médical et social.

Ce texte, grâce au caractère officiel qui est le sien, a marqué une étape dans la mobilisation.

À partir de là, les contacts entre les représentants de différentes associations et de nombreuses personnalités du champ médical et social se développent.

Depuis SOS Amitié en 1960, d'autres associations ont vu le jour : SOS Phénix Suicide en 1978, qui pratique l'entretien direct en face à face avec les personnes en détresse.

L'association Recherche et Rencontre s'est, elle aussi, mobilisée pour la prévention du suicide. Fondée en 1959, elle est à vocation très généraliste : la lutte contre l'isolement et sa prévention. Elle intervient dans le champ large des maladies mentales, de la marginalisation sociale, et par voie de conséquence du suicide.

L'association Phare Enfants-Parents, qui rassemble les parents endeuillés après le suicide d'un enfant, et qui milite pour une meilleure prise en compte des difficultés rencontrées par les adolescents et leurs proches.

L'implication des pouvoirs publics reste, elle, plus prudente. Certes, à la suite de l'étude du CES, le Haut Comité de la santé publique a placé le suicide parmi les priorités de santé publique et une dizaine de conférences régionales de la Santé[1] ont retenu la prévention du suicide, principalement chez les jeunes, dans leur champ d'intervention.

Il manque en France une structure fédérative capable de rassembler ces forces éparses, parfois même constituées par scission les unes des autres.

C'est ainsi qu'au cours de l'année 1996, l'idée est venue d'organiser une Journée nationale pour la prévention du suicide.

Il n'y a en fait rien d'original à vouloir organiser une telle journée : ce type de manifestation existe pour sensibiliser l'opinion sur de nombreux thèmes sociaux ou médico-sociaux (la lèpre, les maladies cardiaques, le tabac, le sida…).

Mais si, depuis quelques années, l'approche du suicide dans la société française est en train de changer, il reste toujours difficile de parler du suicide, notamment dans sa dimension sociale et collective, de briser le silence.

En 1996, la direction générale de la Santé n'est pas complètement acquise à la nécessité d'organiser une telle journée.

D'ailleurs nous-mêmes, nous nous sommes interrogés sur les risques potentiels que pourrait comporter une telle manifestation, surtout médiatisée comme nous le souhaitions. L'idée de la contagiosité suicidaire traverse toujours nos esprits et il est légitime d'en tenir compte.

D'autres raisons peuvent expliquer aussi certaines réticences : le fait que ce soient des associations représentant les écoutants bénévoles et les familles de suicidants et suicidés qui sont à l'origine de la journée, et non principalement des médecins reconnus qui garantissent aux yeux de l'administration le sérieux scientifique.

Mais malgré les difficultés à l'organiser, cette journée a bien lieu.

Le 5 février 1997 : succès de la première Journée nationale

La presse nationale est au rendez-vous. La presse régionale relaie les différentes manifestations de province ; les radios insistent sur la dimension de santé publique du fait suicidaire, la télévision, avec notamment l'émission *La Marche du siècle* consacré à la prévention du suicide à laquelle nous ont conviés Jean-Marie Cavada et Xavier Pommereau, est diffusée sous l'égide de la Journée.

Depuis 1997, sept années ont passé… Nous en sommes aujourd'hui à préparer la 8e journée. À l'occasion de la deuxième, Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, a annoncé sa décision d'un programme national pour la prévention du suicide avec un

1. Conférence régionale de santé : instance représentant les différents acteurs de santé publique d'une région — professionnels et associatifs — chargés de définir les actions prioritaires. Elles ont été mises en place par le ministre Hervé Gaymard.

objectif : faire baisser de 10 % le nombre de morts ; la diminution du nombre de suicidés (derniers chiffres publiés en 1999 : moins de 11 000) nous encourage dans cette voie.

Chaque année, la journée est l'occasion de rencontres entre professionnels et public, de mise en réseau des différents acteurs ; la presse amplifie, par l'écho qu'elle en donne, notre engagement. Le public suit, comprend, s'informe et s'intéresse. Le 5 février est ainsi devenu un rendez-vous attendu par les journalistes, les professionnels et les bénévoles.

Prévenir par la parole

C'est une question qui a longtemps partagé les experts et les médias : faut-il parler du suicide ?

Les réticences à le faire ont souvent été justifiées par l'évocation de la « contagiosité suicidaire ». S'il est vrai que des épisodes de ce type, notamment chez les jeunes, permettent d'évoquer des « épidémies » de suicides, ces faits restent en fait marginaux et l'on a pris conscience à l'inverse que c'est le silence qui, lui, pouvait renvoyer chaque personne tentée par le suicide à la solitude de son désespoir.

Aujourd'hui, lorsque par sondage[2] on interroge les Français, ils sont 72 % à considérer que c'est une bonne chose de parler du suicide dans les grands médias et à l'occasion de manifestations publiques. Ils sont même 74 % à considérer qu'en parler peut être préventif et limiter le nombre de tentatives.

Ces réponses constituent un encouragement à persévérer dans cette direction et à nous convaincre que, en ce qui concerne le suicide, rien n'est pire que le silence.

Les sondés confortent encore ce point de vue : lorsqu'on leur demande si, pour eux, le fait de parler du suicide et des tentatives de suicide aux adolescents dans les établissements scolaires est une bonne chose car cela peut limiter le nombre de tentatives, ils sont 77 % à approuver cette initiative, et 19 % à penser que cela peut inciter au suicide.

Ainsi, les Français encouragent la pratique des groupes de parole après le suicide d'un collégien ou lycéen déjà développée par certains établissements scolaires, soutenue aujourd'hui par le ministère : il importe que ces pratiques ne se fassent pas seulement dans l'urgence, après la survenue d'un événement tragique, mais qu'elles soient réfléchies en amont avec l'ensemble des acteurs du système éducatif et des intervenants extérieurs qualifiés pour une telle démarche.

2. Sondage réalisé par la Sofres à l'initiative de l'UNPS [7].

Agir

Le comportement suicidaire est complexe, il relève de nombreux facteurs médicaux, familiaux, sociaux.

Prévenir, c'est éviter le passage à l'acte. Il faut sensibiliser les médecins généralistes et autres soignants sur la tentation que peuvent éprouver certains de leurs patients : des programmes de formation sont déjà entrepris, ils doivent être poursuivis. Ils sont intégrés dans le programme national de prévention du suicide mis en œuvre par le ministère de la Santé.

Lorsque le passage à l'acte n'a pu être évité et que le suicidaire survit à son acte, il doit trouver du temps, de l'écoute et du lien, quel que soit l'endroit où il vit et se fait soigner. Il est du devoir de l'ensemble des structures hospitalières de développer des lieux d'accueil pour tous les suicidants, de façon que leur parole puisse être entendue après les soins apportés à leur corps. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années, mais il reste encore des manques, qu'il faut corriger.

La prise en charge des suicidants par des spécialistes formés à l'écoute doit permettre aussi une meilleure connaissance de la tentation suicidaire : beaucoup d'équipes sont déjà engagées dans la recherche, mais ces recherches gardent trop souvent un caractère local ; il manque des études multicentriques engageant de nombreuses structures de soins dans une approche nationale qui permette d'approfondir nos connaissances.

Lorsque la mort survient, le corps du suicidé est confié au service de médecine légale, qui devient ainsi l'observatoire de la mort par suicide. Les informations dont disposent ces services sont largement sous-utilisées, trop peu d'études, notamment épidémiologiques, sont réalisées à partir des données disponibles, aucune recherche multicentrique n'a encore été réalisée. Il est urgent de remédier à ces carences.

La connaissance des antécédents médicaux des personnes suicidées peut être largement améliorée par l'utilisation, dans le respect de l'anonymat, des dossiers médicaux gérés par les caisses d'assurance maladie : une telle recherche à l'échelle nationale permettrait de porter un regard neuf et une compréhension nouvelle sur la mort par suicide.

D'autres initiatives peuvent être prises, comme la limitation de l'accès à certains moyens particulièrement létaux.

C'est le cas de l'accès aux armes à feu : des études canadiennes ont montré l'effet positif sur le nombre de morts par suicide de la limitation de l'accès aux armes et de leur entreposage selon des règles de protection strictes ; la France doit, à son tour, s'engager dans cette voie.

Il faut lutter contre les exclusions, le chômage, la précarité et les discriminations, notamment le rejet homophobe ou celui des immigrants à faible intégration sociale.

Il faut se préoccuper de certaines situations qui peuvent devenir suicidogènes comme l'usure et de la souffrance au travail, qu'elles soient liées au stress ou au harcèlement professionnel. D'autres situations doivent être évoquées, comme la réclusion pénale ou le placement en institution, concernant les personnes âgées, qui — s'il est mal préparé — peut faciliter l'involution dépressive et la tentation du suicide.

Être pour la prévention du suicide, c'est être conscient qu'au-delà de la question morale, le geste suicidaire s'inscrit d'abord dans la détresse de la personne et qu'il faut savoir se montrer attentif — personnellement, socialement et médicalement — à cette détresse.

L'Union nationale pour la prévention du suicide, que nous avons créée en 2000, organise maintenant la Journée nationale. Elle regroupe près de 30 associations[3], qui toutes interviennent à des degrés divers auprès de suicidants ou de familles de suicidés, de façon professionnelle ou bénévole. Nous devons poursuivre dans cette direction : prévenir le suicide c'est l'affaire des professionnels, des bénévoles, des familles, soutenus par les pouvoirs publics. Il manque encore des moyens — comme un centre de documentation — mais il existe une vraie mobilisation : cette année autour de l'opération « Un message pour la vie »[4] nous souhaitons convaincre beaucoup de nos concitoyens qu'ils peuvent être eux aussi acteurs de la prévention du suicide et que la tentation suicidaire comme la dépression doivent sortir de la honte (ancestrale) et du silence.

3. Dont les associations à l'origine de la première journée : SOS Amitié ; l'Association Phénix Suicide ; Suicide Écoute ; le GEPS ; l'association Recherche et Rencontre ; l'association Phare Enfants-Parents.

4. Cette opération consiste à demander par voie médiatique à chaque Français de faire connaître à l'UNPS le message (une parole, un livre à lire, une musique à écouter, un film à regarder…) qu'il souhaiterait adresser à un proche en détresse ou qu'il aimerait recevoir s'il était lui-même en détresse. Le contenu de ces messages sera analysé puis publié.

tribunes

Parole d'un représentant d'association

Phare Enfants-Parents souhaite faire prendre conscience de la nécessité de réagir au phénomène suicidaire. Des progrès ont été faits, mais la prévention et la prise en charge du suicide sont encore largement insuffisantes : pas assez d'information et de soutien, et des dysfonctionnements et carences du système de soins.

Thérèse Hannier
Présidente de Phare Enfants-Parents, association de prévention du mal-être et du suicide des jeunes

Phare Enfants-Parents œuvre depuis douze ans pour la prévention du mal-être et du suicide des jeunes. Elle fonde sa démarche et ses actions sur l'éducation : l'éducation des enfants, l'éducation des parents, partant du principe que tout s'apprend. Dans cet objectif, elle cible deux publics : les parents en priorité et les adolescents, jeunes adultes. C'est pourquoi elle organise ou participe à des conférences et, par ailleurs, intervient dans les lycées auprès des élèves.

Parmi ses actions, figurent la rédaction et l'édition de deux ouvrages : *Repères pour une attitude éducative*, guide pour les parents destiné à leur donner des éléments de réflexion en vue d'éviter les erreurs graves qui peuvent générer le mal-être chez l'enfant ; et *Difficile adolescence, signes et symptômes de mal-être*, guide qui a pour but essentiel de faire connaître les signes de mal-être afin de pouvoir intervenir à temps et éviter les passages à l'acte.

Pour les jeunes, nous avons réalisé un dépliant *Envie de mourir? Oser en parler…* très largement diffusé en milieu scolaire, dans les lycées. Il permet au lecteur d'identifier son mal-être, de se déculpabiliser par rapport à la souffrance, d'envisager de s'adresser à une personne adulte et d'appeler aux numéros communiqués.

Au fil des années, notre savoir s'est enrichi, non seulement des travaux de rédaction d'ouvrages, mais aussi et surtout grâce aux témoignages que nous recevons au quotidien. Ce sont des appels téléphoniques de parents en grande difficulté avec leur enfant (fugue, toxicomanie, violence, troubles de l'humeur, comportements à risque ou suicidaires). Ce sont aussi des parents d'enfant suicidé que nous entendons soit en entretiens individuels soit dans le cadre des groupes de parole que nous organisons depuis plus de dix ans. Notre rôle consiste à écouter avec bienveillance et sans jugement, à orienter et parfois à conseiller. Cette écoute neutre et bienveillante a pour effet immédiat d'apporter aux parents un soulagement, un sentiment d'être entendus, compris, de sortir d'une solitude dans laquelle les difficultés graves les plongent. Ils appellent souvent lorsqu'ils vivent une situation de crise, ne sachant plus comment agir, réagir. Leurs pleurs parfois ne peuvent être contenus. Ils sont dans une grande détresse.

D'une façon générale, nous constatons un très grand désarroi de la part des parents, mais aussi du corps enseignant, face au mal-être des jeunes.

Premier constat : une situation de détresse

Phare Enfants-Parents n'est pas répertorié dans les numéros d'écoute. Pourtant, c'est plus de 1 000 appels qui ont été traités au cours de l'année 2003 dans le registre des difficultés que les parents rencontrent. Ces appels sont consécutifs à des articles de presse généralement, ou au bouche à oreille, aucune publicité n'étant faite par l'association pour se faire connaître.

Voici ce que nous retrouvons fréquemment comme situations.

Les appelants sont des femmes essentiellement, les mères ou un membre de la famille, la grand-mère, la tante qui se préoccupe de son petit-fils ou neveu. Ce sont aussi souvent

des familles monoparentales, ou, lorsque le père est présent au foyer, celui-ci est passif, sans autorité (ou parfois trop autoritaire) est souvent dans l'incapacité d'établir le dialogue avec son enfant ou a un comportement négatif.

Les jeunes concernés ont entre 13 et 25 ans.

Les problèmes souvent évoqués (et souvent cumulés pour chacun des cas) sont :

Pour les collégiens et lycéens, les mineurs :

- refus de l'autorité, refus des contraintes, de l'effort,
- rejet de l'école jusqu'à la phobie scolaire,
- recherche du plaisir immédiat,
- goût immodéré pour les loisirs : copains, jeux vidéo télévision, Internet,
- violence, verbale ou physique,
- symptômes de la dépression nerveuse,
- consommation de produits : tabac, alcool, cannabis,
- recours à l'auto-agression : scarification, tentative de suicide.

Pour les jeunes adultes : troubles mentaux, troubles du comportement. La consommation de cannabis est souvent évoquée et semble avoir des conséquences communes à tous les cas de figure : désocialisation, crises de violence verbale ou physique, actes de délinquance (vol des parents), dépression nerveuse, jusqu'au geste suicidaire.

Ce tableau peut sembler banal, car connu par bon nombre de spécialistes et même par le grand public puisque certaines émissions télévisées dévoilent cette réalité. Néanmoins, lorsque l'on écoute au quotidien les récits de ces parents et que l'on perçoit leur grand désarroi, il n'est pas excessif de penser que ces situations graves sont à multiplier par dizaine de milliers dans notre pays. En effet, nous constatons que les parents qui nous appellent ont un bon niveau intellectuel, culturel, et manifestent un vif désir de trouver la meilleure solution pour l'enfant concerné. Ils ont pris la peine de rechercher un numéro — souvent relevé dans un article conservé depuis plusieurs mois —; ils ont eu le courage de décrocher le téléphone et de parler de ce qu'ils vivent, de leurs difficultés, de leurs inquiétudes. Combien, parce que moins bien informés, trop enfermés dans leur drame, restent muets, donc inconnus?

Face à cette grande détresse, quelles réponses? Quels recours, quelles solutions possibles? Force est de constater, pour nous, intermédiaires intervenant dans une démarche d'aide et de soutien, une certaine défaillance de nos structures sociales et éducatives ainsi qu'une grande carence en matière de soins appropriés en ce qui concerne principalement la toxicomanie au cannabis et la tentative de suicide. Si notre écoute bienveillante, voire la compassion qui s'y ajoute, favorise un soulagement immédiat de la tension et si l'éclairage neutre que nous apportons permet d'orienter, de conseiller, il n'en demeure pas moins que nous sommes souvent confrontés à un sentiment d'impuissance.

Deuxième constat : des dysfonctionnements et des carences

En matière de prévention du suicide, il est incontestable que nous pouvons noter depuis quelques années des évolutions qui vont dans le bon sens : des régions se sont mobilisées pour agir, mettre en place des actions concrètes, des associations qui se sont regroupées sous forme d'union, l'Union nationale pour la prévention du suicide (à la création de laquelle Phare Enfants-Parents a participé) ont contribué à faire avancer la prévention du suicide, de par leurs actions conjuguées et surtout à sensibiliser les pouvoirs publics et le grand public en organisant, depuis 1997, une Journée nationale de prévention du suicide le 5 février chaque année. Le tabou pèse un peu moins lourd, même s'il est toujours présent dans bien des esprits. Un plan national de prévention du suicide a été lancé en octobre 2000 ainsi qu'une conférence de consensus, dans la même période, qui, pour le premier, a permis d'affirmer une volonté politique et d'en définir les axes, pour la seconde, de publier des recommandations pour reconnaître et intervenir dans la prise en charge des crises suicidaires.

Toutes ces mesures et ces actions sont relativement récentes et n'ont pas encore porté tous leurs fruits. Néanmoins, on ne peut que constater, à ce jour, une grande lenteur dans la mise en place des mesures préconisées, concernant notamment la multiplication des lits d'accueil en milieu hospitalier pour les suicidants, la durée de leur séjour, la consultation systématique d'un psychiatre ou d'un psychologue, enfin la prise en charge de l'entourage.

Voici ce que nous sommes amenés à observer à travers les plaintes des parents.

Pour les primo tentatives de suicide :

- séjour à l'hôpital encore trop souvent extrêmement court : les soins médicaux pratiqués, le suicidant est renvoyé chez lui,
- entretien psychologique superficiel, parfois inexistant,
- absence de diagnostic ou, s'il est fait, ni le patient, ni l'entourage ne sont informés,
- absence de dialogue avec le suicidant et avec les parents ou proches sur l'interprétation du geste, la recherche des causes profondes de la souffrance ainsi exprimée,
- paroles maladroites, voire blessantes au suicidant ou aux proches,
- absence d'orientation vers une structure d'accueil, quand la demande est formulée ou s'avère nécessaire.

Aux parents qui expriment leur inquiétude, il est fréquemment répondu de ne pas s'inquiéter, les propos rassurants permettant sans doute d'éviter toute information précise sur l'état de santé du jeune. De même que la réponse laconique du psychiatre qui reçoit dix minutes les parents, « *il arrive fréquemment que des psychoses se développent à l'âge de l'adolescence* », ne renseigne absolument pas les parents et n'est pas de nature à les aider. Au contraire, ils rentrent chez eux un peu plus inquiets avec leur enfant, dont ils voient bien qu'il n'est pas complètement rétabli.

Pour les « récidivistes », même difficultés que pour les primo, auxquelles s'ajoutent :

- prescription de traitements médicamenteux trop lourds, transformant le sujet en zombie,
- parfois refus de rencontrer les parents, que l'on désigne *a priori* comme coupables du mal-être du suicidant,
- transfert souvent décidé dans un service psychiatrique non adapté, où la promiscuité avec des malades séniles ou gravement atteints de troubles mentaux plonge le suicidant dans une plus profonde désespérance et provoque chez lui le rejet de toute prise en charge psychiatrique,
- absence de soutien aux parents.

Pour ceux qui sont suicidaires mais ne sont pas encore passés à l'acte :

La plupart des appels que nous recevons concernent ces personnes… Les parents, les mères généralement, perçoivent le mal-être de leur enfant. Les questions que nous leur posons nous permettent d'évaluer s'il est potentiellement en danger.

Bien souvent, les parents sont confrontés à des situations paradoxales : l'enfant est déjà suivi par un psychologue ou par un psychiatre, mais il ne va pas mieux pour autant; ou bien l'enfant refuse catégoriquement toute consultation d'un « psy » et s'enfonce dans un mal-

être sous le regard des parents impuissants, complètement démunis.

Dans le meilleur des cas, les parents, aidés par nos soins à comprendre la situation, acceptent et obtiennent le consentement de l'enfant pour la consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre. Mais il n'en demeure pas moins que la solution idéale n'est pas forcément trouvée et que le risque suicidaire peut perdurer.

C'est dans cette phase, si importante de l'évolution de la crise suicidaire, que l'absence de structure adaptée se fait cruellement sentir. Combien de parents nous demandent s'il existe des centres pour accueillir leur enfant suicidaire en consultation et en thérapie ? Les centres médico-psychologiques sont généralement saturés et des semaines voire des mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous, et les services psychiatriques traditionnels ne sont absolument pas adaptés à la problématique des suicidaires. Le modèle des centres de prévention du suicide, tels qu'ils sont conçus au Québec, serait le plus conforme aux besoins exprimés aujourd'hui.

Quand le geste suicidaire a été fatal :

De la bouche des parents d'enfant suicidé, nous entendons souvent qu'ils ont la conviction, à tort ou à raison, que tout n'a pas été fait pour sauver leur enfant. « Tout » au sens médical, psychologique et humain. Ils pointent souvent l'erreur de diagnostic : « *je savais que ma fille allait très mal et il m'a été répondu que c'était moi qui allait mal* ». Tel père accuse la psychiatrie d'avoir aggravé l'état de sa fille. On l'avait soignée pour une schizophrénie ; puis changement de diagnostic, c'était une psychose. Les séjours répétés en psychiatrie fermée l'ont déstructurée, « achevée », affirme ce père meurtri. Dans le cadre des groupes de parole, il est souvent évoqué cette dureté de vie imposée par la psychiatrie : gavage de médicaments, peu de paroles, peu de surveillance, peu de moments favorables pour se reconstruire. En quelque sorte, une forme de maltraitance.

D'autres ont à déplorer le suicide de leur enfant dans l'enceinte du service hospitalier. Ils avaient placé leur confiance dans la médecine, ils étaient rassurés de savoir leur enfant « pris en charge ». Trop de suicides se produisent en milieu hospitalier ! Ne pourraient-ils pas être évités si le personnel était plus attentif, plus vigilant, plus sensible au risque suicidaire ?

Si les statistiques présentent une diminution du nombre de morts par suicide de 1994 (12 041 suicides) à 2000 (10 837), il semble que le nombre de tentatives de suicide augmente. Mais en l'absence de chiffres précis, cela reste difficile à évaluer. Néanmoins, ce que l'on observe sur le terrain nous conforte dans l'idée qu'il est urgent que la prévention du suicide soit réellement une priorité de santé publique.

tribunes

Prévention du suicide : une priorité des Pays de la Loire

Les Pays de la Loire ont mis en œuvre un programme régional de santé de prévention des suicides et des tentatives de suicide permettant d'œuvrer au plus près des intervenants.

Juliette Daniel
Chef de projet du programme régional de santé « Prévention des suicides et des tentatives de suicide », médecin inspecteur de la santé publique, Ddass de Loire-Atlantique

La région des Pays de la Loire est l'une des trois régions qui ont expérimenté, depuis déjà près de dix ans, la conduite des programmes régionaux de santé. Même si les termes ont changé, la programmation d'actions de santé connue sous le terme de « PSAS » a été la toute première étape d'une démarche qui n'a fait que se poursuivre au cours de ces dix ans. Ainsi, le 18 décembre 1995, se tenait à Nantes une conférence régionale de santé expérimentale, la seconde du genre après celle de Strasbourg qui a eu lieu en septembre 1995. Les ambitions de ces conférences étaient claires : parler de santé publique, mais surtout déjà définir pour la région des priorités de santé. Cette conférence disposait d'un jury et a bénéficié de travaux préparatoires conséquents. Ils ont associé une synthèse actualisée de la connaissance sur l'état de santé de la population des Pays de la Loire réalisée par l'observatoire régional de la santé et une enquête réalisée par la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) des Pays de la Loire à partir d'une méthodologie proposée par la direction générale de la Santé. Cette enquête a sollicité un ensemble de 200 acteurs repérés de la région et répartis équitablement dans chacun des cinq départements de la région. Ces acteurs ont répondu à trois questions : les problèmes de santé prioritaires, les déterminants de santé les plus importants et les populations qui devraient bénéficier d'actions spécifiques. Le jury de la conférence, formé de représentants issus de quatre groupes (décideurs financeurs, professionnels, institutions et représentants d'associations), a eu pour rôle de formuler un choix de priorités de santé pour les cinq ans à venir.

Un contexte favorable à la préparation et la mise en œuvre

Dès 1995, le thème du suicide est apparu comme une question prioritaire pour la région, exprimée sous un intitulé plus vaste : suicides, tentatives de suicide et dépressions. Les déterminants principaux étaient la précarité et les conduites d'alcoolisation. Enfin, les populations prioritaires repérées ont été les jeunes et les personnes en situation de précarité.

La décision de mettre en œuvre un programme régional de santé sur le thème du suicide fut prise en 1996 dans un contexte radicalement modifié par les ordonnances d'avril 1996. Elles confèrent à ces dispositifs de programmes et de conférence régionale de santé une base légale.

La région lançait alors simultanément trois programmes de santé sur les thèmes du suicide, de la précarité et du sida. Ce lancement simultané rendait la démarche plus conséquente en créant une vraie dynamique. Pour conduire ces projets, un appel large à candidatures a été réalisé en insistant sur trois critères : la motivation, l'engagement sur une année à conduire le programme et le volontariat. Le chef de projet, nommé par le préfet, avait comme rôle de conduire et d'animer la démarche en bénéficiant d'un soutien méthodologique de l'École nationale de la santé publique et du département de santé publique du professeur Chaperon de l'Université de médecine de Rennes.

Cette question du suicide a fait l'objet déjà en 1996 d'une étude détaillée réalisée par l'observatoire régional de la santé pour la caisse régionale d'assurance maladie des

Pays de la Loire. Elle constitue un état des lieux détaillé et complet pour élaborer un programme. D'un point de vue synthétique, on peut résumer ce constat en cinq points essentiels :

- en Pays de la Loire, le suicide provoque plus de décès que les accidents de la route (soit à l'époque plus de 800 décès par an dans la région),
- le suicide est pour la région la première cause de mortalité prématurée chez les hommes,
- la mortalité régionale en Pays de la Loire dépasse de 25 % la moyenne nationale,
- les disparités sont nombreuses, tant concernant la répartition géographique dans la région (milieu rural, départements plus touchés même au sein de la région) que les catégories socioprofessionnelles concernées,
- environ 8 000 personnes ont été admises en 1995 dans les hôpitaux de la région pour tentatives de suicide.

Le groupe projet a donc été constitué en début d'année 1997, incluant 26 membres avec le chef de projet. Ils sont originaires de la région : médecins hospitaliers, directeurs d'établissement, représentants des services de l'État (ministère de la Santé, Éducation nationale), assurance maladie (CPAM, Cram, Mutualité sociale agricole, Service médical), associations, collectivités locales (municipalités et conseils généraux), et praticiens libéraux (généralistes ou spécialistes).

Le programme régional de santé (1998/2002)

Le choix des objectifs du programme a été une étape importante au cours de cette élaboration, compte tenu de la période de cinq ans pour le mettre en œuvre, à savoir 1998-2002. Fallait-il sur une période aussi courte afficher des objectifs quantifiés ? Si des objectifs quantifiés étaient affichés et retenus, lesquels étaient les plus pertinents ?

Concernant le premier point, l'élément décisionnel a été de permettre à terme une évaluation des résultats, évaluation considérée comme intégrée à tout programme de santé publique. Afficher un objectif quantifié était à l'époque, d'une certaine façon, osé mais témoigne d'une volonté de transparence et d'évaluation sachant qu'à tout moment sur cette question si complexe nous savions que de nombreux facteurs allaient agir sans que l'on puisse forcément les quantifier ou même parfois les envisager, voire les connaître. Le choix des 20 % trouve son origine dans le bilan de l'existant qui identifie une surmortalité régionale de 25 % par rapport à la moyenne nationale. Il nous a semblé déjà ambitieux de se rapprocher de cette donnée nationale et l'application de cet objectif spécifique aux suicidants s'explique par l'importance quantitative de ces derniers. Ils représentent une réelle population à risque de suicide avéré.

Ainsi, les objectifs ont été exprimés de la manière suivante :

- Objectif général : réduire dans les 5 ans à venir la mortalité par suicide dans la région des Pays de la Loire.
- Objectifs spécifiques : réduire de 20 % en cinq ans le taux de mortalité par suicide dans la région ; réduire de 20 % en cinq ans le taux de récidive des primosuicidants accueillis dans les hôpitaux de la région des Pays de la Loire.

Pour atteindre ces objectifs, cinq grands champs d'action ont été envisagés par les membres du groupe pour ce programme :

1. Des actions dans le champ de la communication : actions de toutes sortes tant concernant les supports utilisés que les publics visés. Ainsi, il est envisagé : des plaquettes, des journées thématiques, des forums, des documents spécialisés ou grand public.
2. Des actions de formation de toute nature : formation à l'écoute, formation à l'accueil, formation au repérage de la crise suicidaire ensuite.
3. Des actions concernant l'organisation des soins.
4. Des actions de lutte contre l'isolement et les dispositifs d'aide.
5. Des actions de recherche.

L'évaluation a fait l'objet d'un chapitre, certes ténu mais bien individualisé.

Chaque point précédemment cité fait l'objet d'un développement précisant les modalités des actions envisagées. L'ensemble a abouti en une année à l'élaboration du programme présenté à la conférence régionale de santé en 1998. Le programme d'une durée de cinq ans (1998/2002) a été diffusé très largement aux acteurs de la région : professionnels, associations, établissements, institutions…

Mise en œuvre du programme dans la région

La mise en œuvre s'est appuyée sur plusieurs piliers :

- L'inclusion du volet « organisation des soins » dans les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire a permis de réellement considérer cette question du suicide comme une priorité budgétaire et d'utiliser l'outil qu'est le contrat d'objectifs et de moyens pour mettre en œuvre ces objectifs. La réelle implication du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans cette démarche a permis en particulier de renforcer les dispositifs d'accueil de suicidants aux urgences, en conformité avec les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, et de développer les dispositifs de soins en faveur de publics à risque élevé (santé mentale, addictions…)
- Le choix a été de mettre en œuvre un comité de pilotage régional restreint. Celui-ci, qui a peu varié durant ces cinq années, avait une fonction de suivi et de coordination. La mise en œuvre et l'impulsion ont été jugées plus pertinentes au niveau départemental, associant autant que possible un binôme « État/assurance maladie ». Chaque département a opté pour une stratégie de mise en œuvre différente. Certains ont rapidement constitué des comités de pilotage co-animés et d'autres ont privilégié des liens plus directs des membres référents du comité de pilotage avec les acteurs du département concerné.
- La stratégie nationale d'actions contre le suicide (2000/2004) a été considérée comme un atout et un élément structurant de ce programme, permettant l'impulsion d'actions cohérentes. Elles ont concerné principalement trois grands champs du programme : la formation concernant la prise en charge de la crise suicidaire suite à la conférence de consensus d'octobre 2000 [16], les audits cliniques dans le champ sanitaire et des actions de communication sous forme de colloques régionaux ou inter-régionaux.
- Une dynamique régionale évidente, sachant que les acteurs de tous les champs tant sociaux que sanitaires se sont engagés dans cette mise en œuvre. Des manifestations exceptionnelles, comme la Conférence européenne de septembre 2000, qui s'est tenue à Nantes sur la prévention du suicide chez les jeunes, ont contribué à cette mobilisation mais ont aussi permis de valoriser des actions réalisées dans la région. Cette manifestation a permis de comparer des pratiques et d'inciter encore à agir. De même les actions de formation au repérage de la crise suicidaire ont connu un essor exceptionnel, sachant que plusieurs binômes de formateurs ont pu donner à cette action phare une véritable ampleur et une reconnaissance parmi les acteurs concernés par le repérage des personnes à risque suicidaire. Le fait d'avoir bénéficié en Loire-Atlantique de l'organisation des formations de formateurs a donné une chance

de disposer de plus de binômes (psychiatres et psychologues) engagés ensuite dans cette réalisation.

Les difficultés et les points positifs

Les actions réalisées sont nombreuses et elles ont concerné tous les champs du programme tel qu'il avait été conçu. Il serait impossible de lister toutes ces actions.

Néanmoins, je souhaite mettre en avant les points forts, mais aussi les difficultés rencontrées pour cette mise en œuvre.

Les difficultés majeures sont à mon sens au nombre de trois.

- Les réelles difficultés à mobiliser et à impliquer les acteurs du secteur libéral, et tout particulièrement les médecins généralistes, dans des actions de prévention et d'information auprès des usagers, mais aussi de pouvoir leur permettre de participer à des formations interdisciplinaires, comme celle du repérage de la crise suicidaire. La prise en compte de leurs contraintes a permis néanmoins d'organiser occasionnellement ces formations le soir, mais sans le caractère pluridisciplinaire si spécifique de cette formation.
- Les modalités de financement des actions sous forme d'appel à projet d'une année sur l'autre, et donc avec en général peu de perspective en termes d'actions pluriannuelles, sont un frein à la mobilisation des acteurs. Cela est particulièrement visible dans les actions partenariales en milieu scolaire, ainsi que le champ de la postvention, mais aussi les lieux d'écoute.
- Les difficultés à disposer de données épidémiologiques fiables et en temps réel, tant concernant les données de mortalité que celles, par exemple, concernant les tentatives de suicide admises dans les établissements hospitaliers.

Les points positifs à valoriser sont aussi au nombre de trois.

- Le suicide a été réellement reconnu comme une priorité pour la région, c'est-à-dire par les acteurs et donc leurs institutions. Cette priorité reconnue favorise ainsi la mobilisation des acteurs et leur engagement dans l'action.
- La stratégie nationale d'actions contre le suicide a permis d'impulser des actions de qualité, comme celle de la formation au repérage de la crise suicidaire qui s'appuie sur une conférence de consensus et des méthodes pédagogiques adaptées. Il en est de même pour les actions d'évaluation, comme celle de l'accueil des suicidants aux urgences en lien avec l'Anaes.
- La région a bénéficié des opportunités de mobilisation des acteurs sur ce thème au travers de manifestations très exceptionnelles. Il convient de retenir tant la toute première conférence de santé expérimentale de 1995 que la conférence européenne de prévention du suicide des jeunes dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne ou le colloque interrégional sur « la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale », en partenariat avec la direction générale de la Santé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Fédération nationale de la Mutualité française, a permis la promotion du guide d'action *Prévention primaire du suicide des jeunes : recommandations pour les actions régionales et locales* en partenariat avec la Mutualité et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

L'impact direct du programme en termes de mortalité et de morbidité est difficile à définir précisément, compte tenu de la complexité de cette question et donc des multiples facteurs susceptibles d'interférer. Les données chiffrées actuellement disponibles laissent envisager une baisse de la mortalité, mais il convient de les prendre avec prudence et modestie.

Conclusion

Les programmes régionaux de santé et les conférences régionales de santé ont permis un réel développement d'une culture de santé publique. Les « outils » que sont les programmes de santé et les conférences régionales de santé ont favorisé cette démarche de santé publique et ont été mobilisateurs. Le choix d'un affichage d'objectifs quantifiés nous permet une évaluation quantitative des résultats tant au niveau de la région que pour chacun des cinq départements. Sur des thèmes reconnus comme des priorités, les acteurs de la région ont pu œuvrer avec des objectifs communs. Une réelle dynamique s'est mise en place. Cette première étape permet maintenant d'aller plus loin, tant sur le travail par objectif que le développement de l'évaluation et de la programmation. Elle a placé la prévention au cœur des enjeux de santé publique à venir, même s'il reste encore beaucoup à faire. La loi d'orientation en santé publique sera l'occasion de faire passer cette démarche de l'adolescence à l'âge adulte.

tribunes

Prévenir le suicide des 15-34 ans : priorité du Poitou-Charentes

Le programme de prévention du suicide de Poitou-Charentes est basé sur le partenariat des institutions et un fonctionnement en réseaux des intervenants

Anne Barbail
Médecin inspecteur régional adjoint,
Drass Poitou-Charentes

Les conférences régionales de santé ont permis l'expression des priorités de santé, traduction des besoins locaux de ce que veulent les individus. C'est ainsi qu'en 1996, la première conférence régionale de santé du Poitou-Charentes retient comme une des priorités régionales de santé « le suicide et la dépression ».

Sur l'initiative du préfet de région, la déclinaison spécifique d'un programme régional sur le thème du suicide en Poitou-Charentes est engagée dès 1997. Le choix d'une population cible, les 15-34 ans, a été discuté, privilégiant un raisonnement en termes de potentiel d'années de vie perdues, une vision sanitaire qui favorise les jeunes tranches de population.

C'est un choix de santé publique, même si en Poitou-Charentes la surmortalité par suicide reste modérée : 420 décès par suicide par an, dont 70 suicides de jeunes entre 15 et 34 ans avec une dominance féminine. Mais les tentatives de suicide accueillies dans les établissements hospitaliers sont d'environ 4 000 par an, concernant 70 % de jeunes, ce qui justifie un effort de prise en charge. Il était espéré que le programme se répercute sur toute la population, en particulier chez les personnes âgées dont le nombre de suicides est plus élevé.

Le programme se devait de proposer, sur cinq ans, des orientations susceptibles de réduire ou limiter la morbidité et la mortalité liées aux dépressions, aux suicides et aux tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune. Pour en définir le plan d'actions, une consultation de 400 institutions et associations dans les quatre départements du Poitou-Charentes a été conduite en 1997. C'est ainsi que les quatre objectifs généraux du programme se déclinent en quinze actions qui intéressent les domaines de :

- l'information,
- la formation,
- la promotion de la santé,
- la prise en charge et le suivi des patients et des familles,
- la connaissance épidémiologique,
- la mise en réseau et la coordination des professionnels.

Ce programme est prévu sur cinq ans, soit 1998-2002. Un calendrier prévisionnel de réalisation a été élaboré en tenant compte de six actions estimées prioritaires par les acteurs consultés, à savoir :

- la création de réseaux départementaux,
- le renforcement de l'accueil spécialisé dans les services d'urgence,
- la formation inter-institutionnelle des professionnels,
- le développement des programmes de promotion de santé,
- la mise en place de recommandations concernant la prise en charge des tentatives de suicide,
- l'amélioration des conditions d'incarcération.

La troisième conférence régionale de santé, en mars 1998, a été le lieu de présentation du programme.

Une déclinaison locale du programme par une coordination départementale

La mise en place d'une coordination départementale de réseau est une des priorités

d'actions du programme. Elle a pour finalité d'impulser et d'animer la mise en réseau des professionnels et de mettre en œuvre, avec eux, les différentes actions du programme au niveau départemental ou infra-départemental. Cette action a fait l'objet d'un appel d'offres de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé pour porter ce projet de coordination qui comprend un temps plein de cadre de santé, un temps de supervision médicale et un temps de secrétariat.

Depuis 1999, cinq établissements hospitaliers, un par secteur sanitaire, ont été soutenus pour promouvoir cette coordination locale du programme. Elle est, dans la plupart des cas, portée par un secteur de psychiatrie, mais il convient de souligner l'implication du centre d'examens de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, en lien avec le centre hospitalier psychiatrique pour ce qui concerne le réseau Charente.

Ces réseaux départementaux de prévention, prise en charge et suivi sont en bonne voie grâce à l'impulsion donnée par les coordinateurs départementaux du programme. Les coordinations ont initié le fonctionnement en réseau en cooptant les partenaires concernés, professionnels, institutions et associations volontaires. La mobilisation des acteurs s'est faite grâce au développement de la communication sur le thème du suicide par le biais de forums ou de séminaires, qui ont été proposés dans chaque département, mais également à travers les actions concernant l'information sur les professionnels et les structures spécialisées, la mise en place de l'accompagnement des familles de suicidants et suicidés, le développement de projets de promotion en santé mentale.

Les formations favorisant la mise en réseau

Une des actions du programme est consacrée à la mise en place de formations inter-institutionnelles des professionnels des divers champs d'intervention auprès des jeunes (justice, éducation nationale, mission locale, santé, etc.). Cette action, organisée par territoire, vise à faciliter le repérage et l'orientation des adolescents et adultes jeunes présentant un risque de dépression ou un risque suicidaire.

Depuis 1999, plus de 450 professionnels ont suivi cette formation, organisée sur trois jours et financée par l'État et l'assurance maladie. L'évaluation des premières sessions a montré l'intérêt des professionnels, l'importance du caractère inter-institutionnel et territorial dans la réalisation de ces formations pour la connaissance des uns et des autres. Les professionnels engagés se sont révélés par la suite être des relais aux autres actions du programme.

En 2002, et en lien avec la stratégie nationale de prévention du suicide impulsée par la direction générale de la Santé, cette formation est relayée par les formations sur la crise suicidaire. Chaque coordination départementale du programme (médecin et cadre de santé) a suivi une formation de formateurs à la crise suicidaire, lui permettant ainsi de former les acteurs de son réseau local.

Le thème du suicide intégré dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Le renforcement de l'accueil spécialisé des suicidants dans les services d'urgence trouve sa mise en œuvre au travers des volets urgences et psychiatrie des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ils ciblent prioritairement l'accueil psychiatrique aux urgences, le développement d'unités d'hospitalisation spécialisée pour adolescents. L'inscription de ces orientations dans les schémas en fait une priorité d'accompagnement budgétaire, qui s'est traduite par le renforcement en personnel des services d'urgence et de psychiatrie, la mise en place de lits-portes supplémentaires aux urgence ou le renforcement de services de post-urgences, la création d'unités intersectorielles pour adolescents.

En parallèle, l'élaboration des recommandations de prise en charge des tentatives de suicide était également inscrite dans le programme. Cette action, souhaitée également dans d'autres régions, a été reprise au niveau national (conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Anaes). Dans le même temps, l'Anaes a proposé, sur la base des recommandations sur la prise en charge hospitalière des tentatives de suicide parues en 1999, une évaluation des pratiques professionnelles selon la méthode de l'audit clinique. Sous le pilotage du correspondant régional de l'Anaes, treize établissements de santé du Poitou-Charentes se sont engagés dans la démarche d'audit. L'analyse des pratiques a montré que les actions correctives ont concerné surtout l'organisation de la prise en charge aux urgences et moins souvent l'articulation de la sortie ou la qualité des relations avec l'environnement du suicidant, alors que l'évaluation montrait des écarts au référentiel plus fréquents sur ces deux catégories de critères.

La prévention

Le développement des programmes de promotion de santé s'est concrétisé par le financement de plus d'une centaine de projets de promotion en santé mentale qui ont concerné des actions telles que les ateliers bien-être, les soirées théâtre-débats, les forums-santé, etc. Leur développement s'est accompagné du renforcement de l'aide méthodologique aux porteurs de projet, aide apportée par le comité régional d'éducation en santé en lien avec les comités départementaux. Des groupes prévention, en partenariat avec l'Éducation nationale et les associations, se sont mis en place dans les départements sous l'égide des coordinations du programme.

Les actions d'information (plaquettes, répertoire, divers produits d'information) et de communication, par l'organisation de congrès, communications ou manifestations autour du thème par chaque coordination départementale, ont été accueillies très favorablement par les partenaires du réseau.

Les actions en milieu carcéral

L'importance des suicides en milieu carcéral a justifié de décliner une action spécifique sur l'amélioration des conditions de détention dans ce programme, d'autant que sept établissements pénitentiaires en Poitou-Charentes accueillent chaque année plus de trois mille détenus. Les formations inter-institutionnelles, puis ensuite les formations à la crise suicidaire, ont associé à la fois le personnel de l'administration pénitentiaire et celui des unités de consultations et de soins ambulatoires. En 2003, au moins une formation aura été réalisée dans chaque établissement pénitentiaire. D'autres projets ont émergé, en lien avec les associations et les services de probation et d'insertion : livret d'accueil, mise en place de groupes de parole, de permanences associatives pour traiter les difficultés médicales, sociales et psychologiques rencontrées lors de l'incarcération. Une réflexion est actuellement en cours avec l'administration pénitentiaire pour coordonner et harmoniser ensemble les projets d'éducation à la santé en milieu carcéral.

L'accompagnement des familles

Ce volet du programme proposait de mettre en place un accompagnement aux familles de suicidants et suicidés sur chaque département. Ce travail s'est appuyé sur les nombreuses associations œuvrant déjà dans ce domaine : Estuaire, Jonathan Pierres Vivantes, Vivre son deuil, l'association Phare

Enfants-Parents, etc., ou le réseau hospitalier psychiatrique et l'Union nationale des amis et familles de malades (Unafam). C'est ainsi que les lieux d'écoute et d'accompagnement ont été recensés, identifiés ou mis en place si besoin.

Il convient de souligner l'action originale développée par la coordination de Charente-Maritime en partenariat avec l'Éducation nationale, qui a permis d'élaborer un guide de recommandations lors d'un événement traumatique dans une communauté éducative ; ce guide sera diffusé à tous les établissements scolaires du département. Une diffusion sur les trois autres départements est actuellement envisagée.

Résultats et enseignements

Le programme régional de santé « Suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune » a fait l'objet d'une mise en œuvre concrète depuis mi-1999, période à laquelle l'ensemble des cinq coordinations départementales ont été mises en place. À ce jour, douze des quinze actions prévues du programme ont été réellement réalisées, dont les six actions définies initialement comme prioritaires.

L'analyse des résultats en 2003 permet de dégager des éléments favorisant la mise en œuvre du programme. Tout d'abord, un tel programme n'a pu se faire sans un indispensable engagement commun de l'État, de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. C'est grâce à ce partenariat, qui a fait du suicide une thématique régionale prioritaire, qu'il a été possible de soutenir :

- la mise en place des coordinations départementales du programme, par appel à projet de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé,
- le renforcement des services d'urgence et de la psychiatrie dans les centres hospitaliers,
- le développement privilégié des projets de promotion en santé mentale inscrits dans l'appel à projet commun État-Urcam.

D'autre part, une déclinaison locale de programme implique un effecteur, en l'occurrence un pilotage local par une coordination avec l'aide du réseau d'acteurs. Cette organisation soutenue par l'agence régionale de l'hospitalisation a servi la légitimation du programme. En ce sens, la labellisation hospitalière de la coordination est déclarée comme facilitant la reconnaissance institutionnelle.

Trois actions portées par les coordinations locales apparaissent comme particulièrement fédératrices pour la mise en place de réseaux locaux :

- la formation inter-institutionnelle au repérage et à l'orientation du sujet présentant un risque suicidaire, qui a permis de réunir des professionnels ayant des intérêts et des interrogations en commun, mais qui ne se connaissent pas ni parfois ne se reconnaissent, de partager un même savoir et de révéler leur souhait d'être acteur de prévention ;
- les actions de communication et d'information, en raison de l'intérêt marqué des partenaires du réseau à disposer de supports d'information, de leur forte mobilisation autour des questions « qui fait quoi ? pour qui ? à quel moment ? » ;
- la structuration du réseau d'accompagnement des familles compte tenu de l'intérêt majeur pour cette action reconnue à la fois par les professionnels, les associations et le grand public.

À l'inverse, des difficultés ont pu être identifiées dans la déclinaison de ce programme, à savoir :

- les possibilités réduites d'accéder dans de brefs délais à des consultations spécialisées en psychiatrie en raison soit de la saturation du dispositif, soit de l'absence de psychiatres sur certains secteurs ;
- la difficile mobilisation des médecins généralistes, des psychiatres libéraux ; le dispositif de formation médicale continue reste peu lisible et le rôle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville dans la constitution de réseaux demeure complexe. L'identification de médecins leaders sur certains territoires pourrait être un objectif pour développer, en lien avec le secteur psychiatrique, des réseaux gradués de prise en charge ;
- le développement des actions de prévention s'est heurté à l'insuffisance du réseau d'acteurs locaux formés à la méthodologie de projets, probablement en lien avec l'absence d'un cadrage national sur les objectifs et les contenus d'une politique de promotion en santé mentale. Par ailleurs, bien que, à l'instar d'autres régions, un appel à projet commun entre l'État et l'assurance-maladie ait été mis en place en Poitou-Charentes, les acteurs soulignent la complexité des financements dédiés à la prévention et la multiplicité des financeurs potentiels ;
- trois des actions du programme n'ont pas été déclinées sous la forme prévue initialement, soit parce qu'elles relevaient d'un niveau national (par exemple : mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique, développement des programmes de recherche) soit parce qu'elles n'ont pas été jugées pertinentes (par exemple : la création d'un registre des suicides et des tentatives de suicide non retenue par le Comité national des registres). Cependant, elles ont été reprises à travers la création, localement, de lieux d'accueil et d'écoute, et la réalisation d'études régionales contribuant à la connaissance des suicides.

Enfin, il convient de poser la question de la mesure de l'impact du programme en termes de réduction de mortalité et de morbidité. L'absence de données facilement « collectables » sur les tentatives de suicide, la disponibilité des données de mortalité en temps réel restent des obstacles pour mesurer les évolutions des tendances épidémiologiques au fur et à mesure du déroulement de la programmation.

Conclusion

La mise en œuvre d'un programme régional de santé sur le thème du suicide, tel que celui proposé en Poitou-Charentes, a nécessité un engagement prioritaire des trois principaux partenaires institutionnels régionaux que sont les services déconcentrés de l'État, l'agence régionale de l'hospitalisation et l'Urcam. Ce partenariat a largement contribué à instaurer une dynamique et à dégager les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le programme d'actions. En ce sens, la mise en place de coordinations départementales a été le relais indispensable pour fédérer les partenaires locaux autour de la déclinaison territoriale des actions.

Au terme des cinq années prévues pour ce programme régional, il s'agit d'envisager de nouvelles perspectives. En lien avec les orientations du schéma régional d'éducation et de prévention en santé et du projet de loi d'orientation en santé publique, quatre domaines d'interventions sont à privilégier dans le champ de la santé mentale : la promotion de la santé, l'information, la formation et l'animation du travail en réseau. Quatre populations seraient prioritairement ciblées : les jeunes, les précaires, les détenus et les personnes âgées. Pour cela, il s'agit de faire évoluer le rôle des coordinateurs départementaux vers une coordination territoriale en suicide-santé mentale, tout en conservant leur positionnement à partir des centres hospitaliers.

Tel est le sens des réflexions actuelles qui devront nous conduire à définir le contenu et les modalités de réalisation des orientations retenues pour cette évolution du programme régional de santé vers la déclinaison régionale de cette priorité de santé publique.

bibliographie

1. Beck A. T., Schuyler D., Herman I. « Development of suicidal intent scales ». In : Beck A., Resnick H., Lettierri D (eds). *The Prediction of Suicide*, 1974 : 45-55.
2. Benoit M. « Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire ? » *In* : *La Crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*. Paris : John Libbey Eurotext. 2001, 21-31.
3. Caplan G. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York : Basic Books, 1964.
4. Chappert J.-L., Pequignot F., Pavillon G., Jougla E. *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention*. Drees série Études, avril 2003, 45 p.
5. De Leo D. « Why are we not getting any closer to preventing suicide ». *British Journal of Psychiatry,* 2002 ; 181 : 372-374.
6. Debout M. *La France du suicide*. Paris : Stock, 2002.
7. Debout M. « Les Français et la prévention du suicide ». In : *L'état de l'opinion 2001*. Paris : Éditions du Seuil.
8. Garraud P. « Politiques nationales : élaboration de l'agenda ». *L'Année sociologique*, 1990, n° 40, p. 27.
9. Gunnel D., Frankel S. « Prevention of Suicide : aspirations and evidence ». *British Medical Journal*, 1994 ; 308 : 1227-1233.
10. Haim A. *Les Suicides d'adolescents*. Paris : 1,d. Payot, 1969.
11. Isacsson G. « Suicide prevention : a medical breakthrough ? » *Acta Psych Scandinavica*, 2000, 102 : 113-117.
12. Isacsson G., Lesage A., Grunberg F., Séguin M. « Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression : une stratégie efficace de prévention du suicide ? ». *Santé mentale au Québec,* 2002, XXVII, 2 : 235-259.
13. Jougla E., Pavillon G., Rossollin F., De Smedt M., Bonte J. « Improvement of the quality and comparability of causes of death statistics inside the European Community ». *Rev. Epidémiol. santé publique* 1998 [46] : 447-456.
14. Jougla E., Pequignot F., Chappert J. L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. « La qualité des données de mortalité sur le suicide ». *Rev. Epidemiol. santé publique*, 2002 ; 50 : 49-62.
15. Jougla E., Rossollin F., Niyonsenga A., Chappert J. L., Johansson L. A., Pavillon G. « Comparability and quality improvement in European causes of death statistics ». Eurostat, Project 96/S99-5761/EN., 2001 : 190 p. http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_1998_frep_04_en.pdf
16. *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus ; 19-20 octobre 2000*. Paris : John Libbey/ eurotext/FFP, 2001.
17. Lecomte D., Hatton F., Renaud G., Le Toullec A. « Les suicides en Île-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans. Résultats d'une étude coopérative ». *BEH* 1994 ; 2 : 5-6.
18. Leguay D. « Quelles campagnes de prévention contre le suicide ? » In : *Prévention du suicide et santé publique.* Batt. A., Jourdain A. (dir.). Rennes : 2004 (à paraître).
19. Minois G. *Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire*. Paris : Fayard, 1995.
20. Pommereau X. *L'Adolescent suicidaire*. Paris : Dunod, 1996.
21. Rutz W., von Knorring L., Walinder J. « Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression ». *Acta Psychiatr Scand*, 1992, 85 [1] : 83-88.
22. Séguin M. « Les stratégies de prévention a Québec ». *In* : *Prévention du suicide et santé publique.* Batt. A., Jourdain A. (dir.). Rennes : 2004 (à paraître).
23. Séguin M. « Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? Place de la prise en charge psychologique ». In : [16] : 235-242.
24. Séguin M., Huon P. *Le Suicide. Comment prévenir, comment intervenir ?* Outremont (Québec) : Éd Logiques, 1999, 194 pages.
25. Silverman, M. M., Felner, R. D. « Suicide prevention programs : Issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness ». *Suicide and Life-Threatening behavior,* 1995 ; 25 [1], 92-104.
26. Taylor S. J., Kingdom D., Jenkis R. « How are nations trying to prevent suicide ? An analysis of national suicide prevention strategies ». *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 1997 ; 95, 457-463.
27. Terra J.-L. *Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, décembre 2003, 222 p.
28. Tilhet-Coartet S., Hatton F., Lopez C., Péquignot F., Miras A., Jacquart C., Jougla E., Malicier D. « Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès ». *La Presse Médicale,* 2000 ; 29 : 181-185.
29. Tudor, K. *Mental Health Promotion. Paradigms and practise*. London : Routledge, 1996.
30. Upanne M. « A Model-based analysis of professional practices in suicide prevention ». *Scandinavian Journal of Public Health*, 2001 ; 29, 1-5.
31. Vedrinne J. *et al*. *Suicide et conduites suicidaires.* Paris : Masson, coll. Médecine légale et de toxicologie médicale, 2 tomes, 1981-1982.
32. Walter M. « Évaluer le risque suicidaire ». *Revue du Praticien*, 2003, 53 : 1186-1190.
33. Walter M. « Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien ». In : [16] : 35-44.
34. Zurcher K. *Santé publique et subjectivité : déterminants et conséquences d'une spécialisation dans l'organisation des soins en psychiatrie*. Thèse de médecine, Brest, 2002.

adresses utiles

UNPS
Union nationale pour la prévention du suicide
4-6, place de Valois
75001 Paris
téléphone : 01 40 20 43 34
www.infosuicide.org

Phare Enfants-Parents
13, rue Caumartin
75009 Paris
téléphone : 01 42 66 55 55
www.phare.org

Direction générale de la Santé
Sous-direction Santé et Société
Bureau Santé mentale
8, avenue de Ségur
75007 Paris

Le management des risques à l'hôpital

Eytan Ellenberg
Interne de santé publique,
doctorant en sciences du langage,
Espace éthique
de l'Assistance publique–Hôpitaux
de Paris, CHU Saint-Louis

Manager les risques à l'hôpital, c'est mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques. L'approche doit être transversale, basée sur la collaboration et l'échange d'informations entre tous les acteurs concernés par la sécurité.

La gestion des risques à l'hôpital est une activité qui émerge depuis quelques années dans le paysage français de la santé. Elle nécessite une définition opérationnelle, tant dans son organisation que dans ses méthodes. Auparavant, elle suppose un constat précis de ce qui se fait dans ce domaine. Cet article a pour but de décrire l'activité de la sécurité hospitalière, de critiquer son fonctionnement et de proposer des mesures en vue de son amélioration. Il s'appuie sur une enquête réalisée en 2002 au sein du service de Santé publique de l'hôpital Robert Debré de Paris. Elle a constitué en l'étude des principaux documents relatifs à la réglementation sanitaire et des interviews semi-directives avec les principaux responsables de la sécurité hospitalière. Cette enquête s'est déroulée au moment de la mise en place de la procédure d'accréditation, ce qui nous a permis de mobiliser les principaux acteurs pour cette recherche afin d'établir une *cartographie des responsabilités de la sécurité sanitaire* dans l'hôpital ; un *état des lieux* qui permet ensuite de proposer des *pistes managériales*.

Un constat de la sécurité sanitaire

La législation française et européenne a appuyé et pressé la création, au sein de chaque hôpital, de multiples structures spécialisées. Des articles de lois, des décrets et des circulaires ont ainsi dessiné une « sécurité » hospitalière.

On peut distinguer deux types de structures : celles « en secteur » et celles en « tuyaux d'orgue ». Les structures qui s'occupent de gérer les risques techniques tels que le risque incendie, le risque électrique, l'impact environnemental sont organisées *en secteur*. Leur objectif premier est d'agir en amont pour prévenir l'apparition d'un incendie, d'une panne technique… Leur rôle reste interne à l'institution.

Depuis les années 1993-1994, la loi a également mis en place des organisations dénommées *vigilances*. Leurs missions : signaler aux autorités centrales les incidents sérieux qui pourraient se produire avec les produits sanguins, les matériels biomédicaux, les médicaments, les réactifs de laboratoire et les produits d'origine humaine. Leurs actions sont repérables autant en interne qu'en externe. Cette double configuration — horizontale dans l'institution de soins et verticale, constituant des sources d'informations vers les autorités — les différencie de l'approche sectorisée ; c'est pour cette raison que l'image communément employée est celle de tuyaux d'orgue.

Ces deux types d'organisation peuvent être assimilés à des structures auto-organisées utilisant chacune leurs propres méthodes, leurs propres possibilités d'actions et agissant suivant leurs propres responsabilités. Elles semblent fonctionner en système fermé, comme séparées l'une de l'autre, n'échangeant que peu entre elles.

La description d'unités auto-organisées agissant en système fermé fait apparaître le problème des dysfonctionnements aux interfaces. Si un produit frontière n'est pas

identifié clairement, comme la bombonne à O2 (qui en est responsable ? Le médecin, le pharmacien, l'ingénieur, une autre personne ?) une question de responsabilité se pose et persistent ainsi des risques non identifiés, non pris en charge.

Pour aller plus loin, deux grandes approches peuvent être retrouvées dans la gestion des risques : l'approche réactive et l'approche proactive. L'approche réactive part d'un incident et tente d'apporter des corrections pour éviter sa réapparition ou limiter ses conséquences, tandis que l'approche proactive tente d'appréhender les problèmes en amont avant leur apparition. L'analyse des incidents internes à l'hôpital pèche par le manque de méthode d'analyse réactive performante, mais l'expérience permet pourtant, dans la plupart des cas, de déceler les principaux problèmes. Se pose la question d'une analyse plus poussée et plus large dans le cas où l'accident ou l'incident révéleraient des problèmes organisationnels sous-jacents.

L'approche proactive est peu développée à l'hôpital. Toutefois, une procédure d'assurance qualité est souvent mise en place et participe de cette vision. À la différence de la qualité qui entend viser le « zéro défaut », la gestion des risques se concentre plutôt sur les conséquences éventuelles. Gérer des risques, c'est prophétiser le malheur et éviter qu'il ne survienne, ou du moins, minimiser ses conséquences : « *La prophétie du malheur est faite pour éviter qu'elle ne se réalise* » [5].

Des points forts et faibles sont donc retrouvés : des structures en place sont formalisées et des responsables identifiés ; mais également des interfaces à risque, la priorisation sur la réaction face à l'accident, l'analyse incomplète des incidents, le faible retour bénéfique de l'information sur le terrain. On se rend compte surtout d'une très grande hétérogénéité sans politique générale, cohérente et structurée, un hôpital morcelé et vulnérable mais aussi l'absence de structure consacrée aux risques cliniques non réglementés, constituant un véritable talon d'Achille dans le contexte actuel.

Mais attention de ne pas se méprendre sur ce propos ; il ne s'agit pas de déconsidérer leur opérationnalité dans la gestion quotidienne des risques qu'elles ont en charge : elles font régulièrement preuve d'efficacité. Finalement, les risques hospitaliers réglementés sont pris en charge conformément à la loi. Ainsi, chacun travaille dans son coin, souvent très bien, à l'abri de sa réglementation. Mais est-ce suffisant ? La loi a t-elle répondu à l'ensemble de la problématique « risques à l'hôpital » ? Vaut-il pour ces unités d'échanger entre elles des informations leur permettant d'améliorer, par la confrontation des méthodes, leur fonctionnement et leur action sur l'hôpital ? Peut-être serait-il pertinent de créer un lieu d'échange entre les différentes unités d'un même hôpital (ou d'un autre) pour qu'ils s'informent respectivement de leur façon de travailler, car les approches face aux risques sont différentes.

Des risques non pris en charge

Tous les risques ne sont pas pris en charge. En effet, les risques cliniques non réglementés sont divers et représentent une dangerosité pour les patients. Quels sont-ils ? La mauvaise perfusion ; le mauvais côté opéré ; le mauvais médicament, l'oubli de soin ; mais aussi : l'absence d'information correcte et compréhensible, la personne allongée réclamant un calmant en vain… Finalement, les risques cliniques comme ceux que peuvent endurer les patients dans leur lit d'hôpital — c'est dire l'éventail possible des champs intéressés.

Concourent à l'émergence de ces risques plusieurs contextes sociologiques ou juridiques qui fusionnent en quelque sorte et pressent les décideurs à leur prise en compte. En premier lieu, la récente loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a mis en place des organismes permettant la *réparation des conséquences des risques sanitaires*. Si la loi fut constructive, on peut légitimement penser qu'elle restera l'impulsion principale de tout mouvement de prévention des risques à l'hôpital. S'il faut penser en termes de levier, n'oublions pas la *sinistralité* grandissante, tant en nombre qu'en coût. Ainsi, en dix ans, le nombre de déclarations de sinistres corporels (+251 %) et le coût de ces sinistres (+239 %) a plus que doublé[1]. Sur 1 450 établissements publics et privés, 52 % des déclarations étaient dues à des causes cliniques et ont représenté 88 % des coûts.

Aussi, une certaine démocratisation du soin consacre une place de plus en plus importante aux usagers du système de soins. Elle s'accompagne d'une demande de transparence de la part du public vers les professionnels de santé. La relation patient/médecin a évolué dans le sens d'une diminution tangible de la confiance du patient vers le praticien. Ce fossé entraîne un appel d'air d'informations ; ainsi, les rapports d'accréditation de l'Anaes sont disponibles sur Internet ; certains magazines ont fait leur une avec le classement des hôpitaux et des cliniques de France, attribuant selon les données du PMSI, à l'époque peu fiable, des notes permettant aux patients de *choisir* leur hôpital ou clinique.

Quelques autres considérations d'ordre sociologique éclairent une diminution de l'acceptabilité du public envers les risques en général. La perception d'un risque, ce n'est pas seulement une analyse rationnelle, mais aussi — voire surtout — en trouver la (les) cause(s), identifier le (les) responsable(s). Si, autrefois, les risques étaient imputables aux dieux ou à la nature, ils s'inscrivent aujourd'hui dans une *construction scientifique et politique*, et ce dans un triple sens : « *La science devient cause (partielle), médium de définition, et source de solution des risques* » [2]. La rationalité scientifique, à volonté explicative, a donc perdu de son efficacité.

Qu'appelle-t-on gérer et manager des risques ?

Les objectifs que pourrait se fixer une organisation de gestion des risques sont généralement : la prévention, c'est-à-dire agir en amont pour diminuer la fréquence des événements indésirables ; la protection c'est-à-dire agir en aval pour diminuer la gravité potentielle des événements indésirables par la mise en place de moyens de détection précoce du risque et de barrières effectives ; le tout afin de faire passer le risque d'une zone inacceptable à une autre plus acceptable ; réduire les plaintes et contentieux en les utilisant plutôt comme des sources d'informations pertinentes sur les risques à l'hôpital ; augmenter la sécurité des patients en augmentant leur confiance. La sécurité du patient est un concept qui présente deux dimensions : la sécurité objective ou technique ; la mise en confiance du patient, et celle-ci passe fondamentalement par l'information et la communication.

Face à ces objectifs, la gestion des risques présente quatre étapes.

- Identifier les risques et les caractériser. La démarche s'appuie sur les deux

1. Statistiques de la SHAM.

types d'approches précitées : réactive et proactive.

- Évaluer et hiérarchiser les risques en fonction de leurs impacts sur la structure.
- Définir un plan d'action face aux risques non acceptables.
- Gérer les risques résiduels consiste, face à une certaine corrosion sociale du risque et à l'illusion du « risque zéro », à prendre en compte ceux qui persistent malgré la mise en place d'actions de prévention.

Le tout doit se situer dans une approche globale, transversale du risque : des problèmes d'information à la lutte contre les infections nosocomiales. Si la gestion des risques à l'hôpital peut être définie comme la fonction qui vise à identifier, évaluer, éviter ou réduire des risques, manager les risques revient, par contre, à mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques qui pourraient compromettre la réalisation des objectifs de l'établissement ; approche fondamentalement multidisciplinaire car le risque est une entité qui ne connaît pas de frontières disciplinaires ou géographiques.

Méthodes et concepts fondamentaux

Approche proactive

Les méthodes d'identification des risques, éprouvées dans d'autres secteurs, sont des appuis novateurs et possiblement importants dans la gestion des risques à l'hôpital. L'analyse préliminaire des risques (APR) est une méthode d'analyse qualitative et inductive qui, partant d'événements primaires, tente d'établir un scénario pour aboutir à de possibles événements redoutés ou accidents. Cette scénarisation permet la manipulation des concepts dans une démarche intellectuellement dynamique et de formaliser plus précisément le processus étudié. Nous avons étudié — en utilisant cette méthode — les risques liés à la gestion des déchets radioactifs, mais cette méthode est applicable à d'autres processus hospitaliers. Résultant de cette expérience, nous pouvons dire que l'APR a de nombreux avantages pour la gestion des risques à l'hôpital :

- Analyse inductive systématique et exhaustive,
- Travail de groupe multidisciplinaire,
- Échange d'informations,
- Intégration des concepts de gestion des risques,
- Flexibilité
- Adaptation aux processus à risques.

Elle présente cependant des limites : en premier lieu, la nécessité d'un engagement fort de la direction des services concernés. La méthode nécessite, de la part des intervenants et du coordinateur, un sérieux d'objectivité, une application pour rechercher l'exhaustivité des informations.

Approche réactive

L'approche réactive engendre *de facto*, par l'accumulation progressive des données du terrain, la nécessité d'un système d'informations efficace. Si nous voulons nous rapprocher du patient et des risques qu'il subit, une option serait d'instituer, dans chaque service clinique, un retour d'expérience, qui consiste souvent en la mise en place d'un signalement des événements indésirables. Ce retour d'expérience entend constituer une boucle qui part du terrain : récupérer l'information, analyser les erreurs, les omissions, les carences, pour, après analyse, y revenir : faire ressortir une action pertinente pour le service d'où a émergé l'information, mais aussi vers les autres services qui peuvent affronter les mêmes problèmes : véritable boucle rétroactive d'amélioration continue à partir des données du terrain. Cela peut se faire sous forme de fiches de signalement ou de mini-staffs, diverses options sont possibles et peuvent s'adapter au contexte de chaque service. L'important est de s'engager dans une dynamique de l'apprentissage de l'erreur, qui passe, bien entendu, par l'acceptation du « je peux me tromper ». Pour fonctionner, il nécessite une réponse rapide aux dysfonctionnements ainsi identifiés, le respect du soignant et de son travail, etc. Ce type d'organisation peut être menée autant localement dans un service que de façon centralisée par une direction. L'important est l'engagement induit par ces méthodes envers la sécurité du patient.

Les concepts fondamentaux d'une telle approche sont exposés dans les travaux de James Reason*. Son modèle le plus pertinent est celui du fromage suisse à trous : les tranches de fromage représentent les barrières protégeant d'un accident, et les trous les failles. En effet, ce modèle montre comment les défenses, les barrières, les protections peuvent être franchies par la trajectoire d'un accident.

* Reason J. *L'erreur humaine*. Paris : PUF, 1993.

Si les barrières mises en place défaillent ou deviennent poreuses, elles nécessitent d'être consolidées, c'est-à-dire les remettre en cause, les interroger à la lumière des possibles accidents et incidents, voire de ceux qui ont déjà eu lieu.

L'analyse des accidents doit systématiquement dépasser l'erreur de l'acteur de première ligne, et chercher les vulnérabilités profondes et les défenses inadéquates. Les failles actives — qui sont des actions dangereuses commises par des gens qui sont en contact direct avec le patient ou le système — et les conditions latentes qui sont les inévitables « résidents pathogènes » dans le système doivent être identifiés pour être corrigées. C'est dire qu'une analyse d'accident ne saurait s'arrêter à la faute d'un individu, mais doit concerner l'ensemble du processus.

Que peut-on proposer ?

Afin d'élaborer une structure spécifique, il convient de s'interroger sur les options déjà prises dans d'autres hôpitaux ou dans d'autres secteurs. La stratégie qualité, l'*infection control*, le *risk manager* américain et la prévention des risques en industrie, par exemple, font ressortir, après une analyse rapide, quelques éléments pertinents pour notre problématique : les alliances existantes entre la qualité et la gestion des risques ; la création d'une cellule opérationnelle composée de professionnels formés spécifiquement et d'un comité de suivi compris comme un lieu d'échange ; la nécessité d'une impulsion de la direction — tout en convenant que l'impact hiérarchique peut retenir certaines informations par crainte de reproches ou réprimandes ; l'approche méthodologique de l'ingénieur sécurité ou du qualiticien.

Options américaines

Depuis les années soixante-dix, un mouvement émerge aux États-Unis ayant pour volonté la mise en place d'actions de management de risques telles qu'elles se pratiquent dans les entreprises et l'assurance. La préoccupation reste financière, axée sur la prévention des plaintes et la réduction des coûts des contentieux. Toutefois, émergent depuis quelques années des *Patient safety officers*, qui s'occupent d'un peu plus près des risques cliniques. Les chiffres d'un rapport récent de l'Institute of Medicine (près de 100 000 victimes d'erreurs médicales aux États-Unis par an) n'y sont sûrement pas étrangers.

Options françaises

La coordination des vigilances — proposition avancée par certains établissements — est une option intéressante, bien que probablement insuffisante, parce que les vigilances ne prennent pas en compte tous les risques. Des propositions émergent, ici et là, pour un véritable management global et transversal des risques à l'hôpital. Aventure qui nécessite des moyens humains et techniques ; des compétences spécifiques et donc le développement de formations spécialisées ; une implication forte de la direction : des éléments qui sont autant de barrières potentielles à l'entrée d'une telle démarche. Le processus d'accréditation de l'Anaes peut toutefois constituer un levier, tant l'on voit émerger dans de nombreux hôpitaux, au cours de ce processus d'évaluation, des réflexions sur la qualité et la gestion des risques, faisant suite aux préconisations du manuel d'accréditation (voir référentiel qualité et prévention des risques).

Une approche transversale par méthodes et processus

La démarche de gestion des risques est nécessairement transversale, étant donné certaines caractéristiques de l'hôpital qui font de lui un système à risques transversaux. En effet, un événement indésirable peut être dû à une ou plusieurs causes qui ont pu se produire tout au long du processus engagé. L'analyse doit donc concerner l'ensemble du processus. L'objectif est d'instaurer un retour d'expérience dans chaque service, ainsi que d'appliquer des méthodes d'analyse de risques sur les divers processus hospitaliers à risques.

Ainsi que nous l'avons montré, les risques sanitaires à l'hôpital sont gérés par plusieurs personnes et chacune d'elles s'occupe dans son coin de son ou ses risques qui semblent le/la concerner. Un moyen d'améliorer la sécurité à l'hôpital serait d'utiliser ces périphéries qui s'auto-organisent en favorisant leur coordination, et cela dans une volonté d'optimisation. Ces lieux, divers tant dans leur nature, leur organisation que dans leur culture, peuvent être mis en relation. Il faut envisager surtout une meilleure circulation du flux d'informations entre les diverses structures. Le gestionnaire de risques organisera les liens et flux qui parcourent le réseau de la gestion des risques et permettra une auto-organisation fiable des différentes unités. Le gestionnaire de risques est donc une fonction transversale de coordination, d'optimisation, d'orientation, de contrôle, donc de management.

Une telle organisation doit se situer dans une boucle de progrès permanent ou d'amélioration continue. Il s'agit d'être réaliste, pragmatique, de considérer la mise en place d'actions d'optimisation qui, si elles sont répétées, pourraient créer une dynamique de sécurité. Cette nouvelle mise en perspective permet à chacun de ne plus se sentir seul face à l'adversité de l'hôpital, mais de s'engager dans une logique de sécurité plutôt valorisante.

La sécurité comme une éthique

À l'instar d'autres domaines à risques, tels que le nucléaire, la culture de sécurité représente un des aspects les plus importants qu'il s'agit de favoriser. La culture de sécurité peut être comprise comme l'ensemble des caractéristiques et attitudes d'une organisation établissant comme priorité la sécurité du patient. Celle-ci s'acquiert progressivement, s'appuyant sur les questionnements sur ses erreurs et la pratique renouvelée de méthodes spécifiques.

La sécurité à l'hôpital, c'est aussi et surtout l'engagement de chacun, un engagement éthique, un questionnement quotidien sur ses pratiques. La relecture du corpus hippocratique permet de resituer notre propos. Ainsi, les médecins de la collection hippocratique associeront très tôt l'idée de prudence dans ce qu'il appelle l'art médical. Un passage captivant dans *Le Traité de l'ancienne médecine*, compare l'exercice médical à un pilotage — tels les spécialistes du *risk management* d'aujourd'hui : « *La plupart des médecins ressemblent aux mauvais pilotes. Tant que le calme règne, leurs fausses manœuvres ne sont pas apparentes ; mais viennent un violent orage et un vent impétueux, ils laissent périr le bâtiment, et il n'est personne qui ne reconnaisse, dans le désastre, leur maladresse et leur ignorance. Il en est de même des mauvais médecins* […] *: tant qu'ils traitent des maladies peu graves, où les fautes les plus grossières ne pourraient produire de sérieux accidents* […] *leurs bévues ne sont pas visibles pour le vulgaire ; mais qu'il leur échoie une affection grave, violente, redoutable, alors leurs faux pas se voient ; leur inhabileté se manifeste ; car la punition des fautes du pilote et du médecin ne se fait pas attendre, elle vient aussitôt.* » Citation intemporelle qui montre la particularité de l'exercice médical, celui de soigner, de tenir la vie de l'autre entre ses mains. Cela a aussi comme conséquence la difficulté, pour les soignants, de repenser leurs erreurs et donc le souci rencontré, par certains gestionnaires de risques dans les hôpitaux, de récupérer un maximum d'informations sur les incidents et accidents. *Primum non nocere…*

références

1. Anaes. *Manuel d'accréditation des établissements de Santé*. Anaes, février 1999.
2. Beck U. *La Société du risque*. Aubier : Alto, 2001, 521 p.
3. *Strategor, Politique générale de l'entreprise : stratégie, structure, décision, identité*. Paris : Dunod, 1997, 551 p.
4. Gottot S., Ellenberg E., Quenon J.-L., Brodin M. « L'organisation de la gestion des risques à l'hôpital », *Technologie et santé*, n° 48, novembre 2002, p. 59-64.
5. Jonas H. *Le Principe responsabilité*. Paris : Flammarion, 1979, 470 p.
6. Mintzberg H. *Le Management, voyage au centre des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation, 2001, 570 p.
7. Sécurité sanitaire dans les établissements de santé. Réglementation applicable. DHOS. ministère de l'Emploi et de la Solidarité. www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/secu_san3/secusan3.pdf
8. Sfez M., Sérézat M., Pibarot M.-L., Quaranta J.-F., Lillo-Le Louët A., Ancellin J., Cazalaà J.-B. « Vigilances : outil de la gestion des risques dans les établissements de santé », *Revue hospitalière de France*, n° 4, juillet- août 2000, p. 59
9. Soury F., Caria A., Rybak C. « Gestion des risques : une fonction nouvelle à l'hôpital », *Gestions hospitalières* 2001 ; 410 : 722-726.
10. Thiveaud D. « Vigilances sanitaires, vers une harmonisation des pratiques », *Soins*, n° 642-janvier/février 2000, p. 35.

Usagers et politique de santé
Un exemple en Franche-Comté

Pierre-Henri Bréchat
Médecin inspecteur de santé publique, Ddass du Doubs, chargé de recherches, LAPSS, ENSP
Michel Goguey
Médecin conseil de l'assurance maladie, conseiller à l'ARH de Franche-Comté
Christian Magnin-Feysot
Représentant des usagers insuffisants rénaux francs-comtois
Loïc Geffroy
Directeur de l'ARH de Franche-Comté

Les usagers, insuffisants rénaux chroniques de Franche-Comté, ont été associés au processus régional de planification sanitaire et à la création d'un réseau de soins destiné à la prise en charge globale de cette pathologie.

On constate à l'heure actuelle en France, une tentative d'introduction de la participation des usagers [4, 10] dans le système de soins (conseil scientifique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé, Anaes ; et conseils d'administration des établissements de santé) et dans le système de santé (États généraux de la santé, conférences nationale et régionales de santé, CNS et CRS ; programmes régionaux de santé, PRS ; commission régionale d'organisation sanitaire et sociale, Cross ; et schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération, Sros II) [9]. Les ordonnances d'avril 1996 ont consacré ces Sros II et érigé les réseaux en leviers incontournables de la planification sanitaire. Un des enjeux de leurs développements est de favoriser la prise en charge globale d'une priorité régionale de santé publique en y associant les usagers. Les pouvoirs publics sont en train d'apprendre à informer et à faire participer les usagers pour que s'opère un nouvel équilibre de la position de l'État, de l'assurance maladie, des professionnels de santé, des experts et des usagers afin de continuer à améliorer l'organisation sanitaire dans des domaines aux enjeux importants. Malgré cette place donnée aux usagers dans les récentes réformes, nous pouvons nous demander quelle est la réalité de la négociation de projets concrets issus des procédures de planification sanitaire [2] et notamment lors de la construction des Sros II [2, 3, 5, 12, 13, 14] et des réseaux de soins [6]. C'est pour cela que le choix a été fait de chercher à repérer la réalité de l'impact des actions des usagers pendant la construction du Sros II [7] et d'un réseau de soins prenant en charge l'insuffisance rénale chronique, priorité de santé publique dans une petite région comme la Franche-Comté.

Cet article a été rédigé en 2001 et 2002. Il est toujours d'actualité.
Les affectations des auteurs suivants ont changées : Pierre-Henri Bréchat (DGS), Michel Goguey (médecin conseil régional de la caisse maladie régionale de Franche-Comté) et Loïc Geffroy (Fédération de l'hospitalisation privée).

L'insuffisance rénale chronique devient une priorité de santé publique

Après le diagnostic préalable au Sros II de 1995, le bilan suivant a été dressé :

- besoin de spécialisation de plus en plus importante couplé à la nécessité de trouver des alternatives à la dialyse dans les établissements de soins,
- retard au dépistage de l'insuffisance rénale chronique en Franche-Comté (250 patients par million d'habitants dépistés, contre une moyenne nationale de 550),
- insuffisance de réponses aux besoins de la population concernant le dépistage et le développement des alternatives à la dialyse en centre,
- offres alternatives à la dialyse en centre (autodialyse, dialyse péritonéale) insuffisantes,
- insuffisance de prélèvement de reins entraînant un allongement de la liste d'attente pour les greffes rénales,
- offre néphrologique concernant les

ressources médicales et hospitalières réduite à un seul service pour la région au centre hospitalier universitaire de Besançon, avec peu d'unités individualisées et quatre néphrologues (aucun n'exerçant à titre privé),

- peu de prévention de l'insuffisance rénale chronique dans le cadre du suivi post-greffes.

Cette phase préliminaire du Sros II a permis de retenir la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique comme une priorité de santé publique régionale pour les cinq années suivantes.

Ce constat a aussi favorisé l'élaboration d'une politique régionale (gestion des postes d'internes, du poste internat) qui dépend également d'une politique nationale au regard des problèmes de démographie médicale (*numerus clausus* ; filières de l'internat, post-internat).

La participation des usagers est déterminante lors de la construction du Sros II et du réseau

En amont de la construction du Sros II et du réseau de soins (années 1993 à 1995)

Un représentant des usagers membre de l'Association des insuffisants rénaux régionaux (AIR), rattachée à la Fédération nationale des associations d'insuffisants rénaux (Fnair) a su conseiller les « artisans de la planification » [7] sur les orientations stratégiques relatives à la construction d'un réseau global de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (réseau « Espoir ») en Franche-Comté et en Bourgogne. Depuis 1993, cet usager, insuffisant rénal chronique en dialyse qui avait conservé une activité professionnelle, se déplaçant dans toute la France, regrettait « *que le centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon soit le dernier CHU de France à ne pas permettre le maintien d'une activité professionnelle* ». Ce constat était élaboré à partir d'une prise de conscience que le maintien de l'insertion sociale est source d'équilibre psychologique pour les insuffisants rénaux chroniques qui connaissent des difficultés (relations de couple, tentative de suicide, précarité). Il avait effectué l'observation que près de 80 % des insuffisants rénaux chroniques en dialyse perdaient leur travail, ce qui les plaçait en situation de précarité. Devenu représentant des usagers, il a su convaincre le milieu médico-administratif de faire démarrer une séance nocturne de dialyse dans ce CHU. Il a participé au soutien de la démarche d'individualisation d'une association de prise en charge des dialysés (association « Osmose », de prise en charge des dialysés de Franche-Comté). Il a intégré une délégation pluridisciplinaire reçue à la préfecture de région pour la constitution de l'association (loi 1901). Ainsi, en 1995, la prise en charge était effectuée par un réseau associatif polyvalent (prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique et de l'insuffisance rénale chronique) géré par des réanimateurs hospitaliers du CHU de Besançon.

Pendant le diagnostic préalable au Sros II (année 1995)

Dans ces conditions, le représentant de l'AIR a soutenu la démarche de santé publique qui a présidé à la constitution d'un réseau spécifique de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. L'association « Osmose » a ainsi vu le jour en 1995.

Pendant la construction du Sros II et du réseau de soins (années 1998 à 2000)

D'octobre 1998 à décembre 1999, la construction du Sros II de Franche-Comté a été un moment décisif qui a favorisé l'intégration de la prise en compte des besoins des usagers insuffisants rénaux chroniques à travers la participation de leurs représentants dans le comité d'orientation stratégique, au même titre que des représentants de la société civile (préfet de région, président du conseil économique et social) et de la société médicale universitaire (doyen de la faculté de médecine, directeur de l'Etablissement français du sang des régions de Bourgogne et de Franche-Comté). Cette instance a donné son avis sur les thèmes des travaux retenus pour la préparation du Sros II et sur ses priorités [1].

Les usagers ont ainsi pu contribuer au choix de l'insuffisance rénale chronique comme l'un des thèmes régionaux prioritaires de santé publique, tout comme ils ont contribué à ce que le thème transversal des réseaux soit retenu.

La nécessité d'une prise en charge globale de l'insuffisance rénale chronique grâce à des liaisons entre établissements de soins et secteur ambulatoire a été prise en compte par la construction du Sros II « insuffisance rénale chronique » et d'un réseau de soins appelé « Espoir ». Les usagers insuffisants rénaux chroniques ont pu orienter des choix de la coordination médico-administrative. L'association « Osmose » a intégré une fondation reconnue d'utilité publique : la Fondation des techniques de suppléance et des fonctions vitales (FTSFV), située à Strasbourg. La mise en place du réseau, à partir des orientations du Sros II, a affirmé la nécessité d'une organisation coordonnée et hiérarchisée de l'offre hospitalière : cinq pôles néphrologiques s'articulant avec le réseau ambulatoire ont été créés sous la forme de pôles hospitalo-associatifs. Les usagers ont contribué à la mise en œuvre de ce réseau qui allie accessibilité, formation, information, coordination, évaluation et suivi. Des actions de coordination auprès des médecins du secteur ambulatoire (dépistage de l'insuffisance rénale chronique grâce à la détection précoce des patients à partir d'un taux de créatininémie à 200 micro-moles par litre) ont été menées en réalisant :

- des informations et des formations aux familles des 800 insuffisants rénaux chroniques adhérents à l'AIR sur le thème du dépistage de cette pathologie,
- des interventions dans les laboratoires d'analyses médicales pour que les patients ayant atteint le taux de créatininémie supérieur ou égal à 200 micro-moles par litre soient systématiquement signalés au siège de la coordination médicale du réseau situé au CHU de Besançon,
- des informations périodiques transmises par l'intermédiaire de la revue *AIR* (seulement 5 à 6 représentations régionales possèdent une publication régulière de proximité),
- la communication des objectifs du réseau « Espoir » à l'occasion de l'université ouverte de Franche-Comté qui touche un public cosmopolite,
- le choix de certains éléments du parc immobilier concernant les alternatives à la prise en charge en établissements de soins (auto-dialyse), et tout particulièrement dans le cadre de difficultés de cohabitation entre ces structures alternatives et le voisinage : problème de déchets et suspicions de riverains quant à d'éventuelles contaminations notamment virales (VIH, etc.).

L'insuffisance rénale chronique est devenue une priorité du Sros II de Franche-Comté. Des moyens financiers lui ont été donnés dans les contrats d'objectifs et de

Méthodologie

Dans un premier temps, le diagnostic préalable au Sros II (Art. R. 712-4 du Code de santé publique), réalisé en 1995 pour l'insuffisance rénale chronique, a été recueilli pour servir de point de départ et de référence pour estimer l'impact des actions qui seront repérées.

Dans un deuxième temps, un historique de la participation des usagers à la construction du Sros II et du réseau « insuffisance rénale chronique » de Franche-Comté a été établi pour en retirer les actions clés des usagers et des artisans de la planification.

Un troisième temps a permis de recueillir les avis des usagers et des professionnels de la planification sanitaire sur la participation des premiers au Sros II et au réseau « insuffisance rénale chronique » de Franche-Comté. Ces données ont été recueillies lors d'une enquête nationale [7, 8] réalisée à partir d'un échantillon par choix raisonné permettant de prendre en compte la différence des rattachements institutionnels (4 catégories d'acteurs : usagers et représentants d'usagers, directeurs et médecins de centre hospitalier, élus et professionnels des services de l'Etat et de l'assurance maladie), et l'unité de lieu et de problème : le réseau. Les personnes interrogées ont été choisies par nos correspondants à l'agence régionale de l'hospitalisation. Les seules consignes données ont porté sur la profession de la personne (un directeur d'établissement de santé, un médecin, un élu, un représentant de la tutelle et un usager) et sur la nécessité qu'elle soit impliquée dans une opération de réorganisation du système de soins (constitution de réseaux de soins, travail d'un groupe technique sur une priorité régionale de santé publique).

Pour la région de Franche-Comté, il a ainsi été réalisé 28 entretiens semi-dirigés au cours de deux interviews d'une heure chacune à 6 mois d'intervalle, à partir d'une grille d'entretien préalablement validée par le Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (ENSP) et la direction des hôpitaux (DH). Les fonctions réelles de ces personnes dans le système de soins, leur opinion sur le Sros II, l'état d'avancement de la situation test ou du projet dans lequel elles sont impliquées et les effets du Sros II sur ce projet ont été prises en compte. La garantie de confidentialité des entretiens (noms, fonctions et lieu d'exercice) a favorisé la restitution de propos libres et riches.

Cette étude s'est déroulée d'octobre 1998 à décembre 1999.

- La première vague d'entretiens (série 1) a eu lieu en décembre 1998 lors de la première phase du Sros II, dite de « mise sous tension », qui s'est déroulée au cours du deuxième trimestre 1998 et s'est terminée par la diffusion du rapport de cadrage vers la mi-1998 [13]. Elle a consisté notamment à l'organisation, par l'ARH, de groupes de travail sur les thèmes principaux proposés, en y associant des usagers.
- La seconde vague d'entretiens (série 2) a eu lieu en novembre 1999 lors de la seconde phase du Sros II. Cette phase, dite de « diagnostic et d'études », s'est déroulée de mi-1998 à début 1999 et s'est terminée par la réalisation du rapport d'orientation stratégique diffusé début 1999 [1, 13].

Cela a permis d'avoir le point de vue des mêmes artisans de la planification au début et à la fin de la mise en œuvre de la construction du Sros II (série 1 = série 2).

Les 28 entretiens ont été enregistrés et une analyse thématique a été réalisée et rendue anonyme par le LAPSS de l'ENSP selon la grille d'entretien précitée [7].

moyens avec les établissements de soins et l'association « Osmose ».

Après la construction du Sros II et du réseau de soins (années 2000 à 2002)

Les représentants des usagers sont associés au suivi du Sros II de Franche-Comté à plusieurs niveaux. Un représentant des usagers insuffisants rénaux chroniques a été intégré au groupe de travail permanent de l'ARH sur le thème des réseaux depuis le début de l'année 2001. Le comité régional de suivi du Sros II « insuffisance rénale chronique », appelé comité technique régional (Coter) de l'insuffisance rénale chronique, s'est réuni le 6 décembre 2001. Ce Coter est une instance essentiellement professionnelle qui est chargée du suivi, des recommandations de bonnes pratiques et des orientations stratégiques générales en matière de prise en charge de l'insuffisance rénale. Il s'est aussi réuni le 10 janvier 2002 pour mettre en place le comité d'évaluation du réseau avec le représentant des usagers insuffisants rénaux chroniques. Le comité régional de suivi global du Sros II a réuni, en février 2002, les représentants des usagers et des associations de patients, dont celui des insuffisants rénaux chroniques, pour la mise en place et la discussion des indicateurs du suivi du Sros II. L'ARH de Franche-Comté a préconisé l'intégration d'un représentant d'usagers, comme ceux des insuffisants rénaux chroniques, dans les comités de pilotage et dans les comités d'évaluation des réseaux qui veilleront au respect des objectifs du Sros II déclinés dans les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les associations comme « Osmose ». Ils s'assureront notamment du respect des réinvestissements de leurs bénéfices dans la création de structures alternatives à l'hospitalisation en établissements de soins.

L'avis des usagers et des professionnels de la planification sanitaire sur cette participation

Les actions des usagers pour la prise en compte de l'insuffisance rénale chronique pendant la construction du Sros II [7]

L'usager permet une meilleure prise en compte de ses besoins et de ce qu'il souhaite quand il s'investit fortement dans un groupe de travail de l'ARH dans le cadre du Sros II.

Pour diminuer le nombre d'insuffisants rénaux chroniques de la région, les usagers, en partenariat avec les néphrologues et les médecins généralistes, tentent de sensibiliser les médecins d'autres disciplines concernées à plus de partenariat (endocrinologues, médecins internistes) et de donner plus de moyens aux chirurgiens qui greffent des reins pour diminuer le nombre d'insuffisants rénaux chroniques. L'action des usagers tend à favoriser la prise en

compte d'un problème de santé dans sa globalité pour améliorer la prise en charge, en diminuer la gravité et l'ampleur. Sur une pathologie particulière comme l'insuffisance rénale chronique, les usagers peuvent tenir un rôle de premier plan alors qu'ils sont largement au deuxième dans les autres domaines.

Les usagers peuvent être un contre-pouvoir vis-à-vis des administratifs et des gestionnaires et permettre une autre information passant par les médias et les usagers eux-mêmes.

Un réseau bien construit fédère l'énergie des acteurs sur une priorité du Sros II [7]

Un projet de réseau permettant d'associer les médecins et les usagers eux-mêmes à une prise en charge continue des patients est une solution judicieuse pour répondre aux besoins des insuffisants rénaux chroniques. Ce projet est discuté en groupe de travail et repris dans les propositions du Sros II. L'ARH de Franche-Comté définit les conditions de fonctionnement des réseaux et agrée les propositions qui lui sont faites. Cette solution originale trouvée pour une priorité régionale intègre l'agenda de la planification : le projet a été bouclé au moment de la phase de consultation–concertation. Le projet est porté par les membres d'une association d'usagers qui imprime son dynamisme. Les médecins hospitaliers sont étroitement associés et intéressés par un mode de prise en charge qui permet un suivi continu des usagers sur des centres hospitaliers proches du domicile. L'association prend à sa charge une partie du coût de fonctionnement des équipements, ce qui évite une surcharge financière pour les établissements. Tous ces éléments du projet expliquent qu'il reçoit un soutien important des différents acteurs qui y sont associés. Le médecin hospitalier considère qu'il répond à ses propres contraintes, la tutelle qu'elle permet de compenser rapidement le déficit en services initialement constaté, les directeurs d'établissements de santé pensent que le projet s'intègre bien dans leur projet d'établissement. Le calendrier comme le contenu du projet et les acteurs associés expliquent que l'association des partenaires a été jugée importante.

La réussite de la prise en charge globale d'une pathologie par le Sros II et le réseau de soins

Cela favorise l'enracinement du Sros II dans la réalité et tend à le rendre plus pratique et utile que technocratique [7].

Les usagers contribuent concrètement aux actions d'organisation des soins en cours et à venir. Aux postes avancés de ces réformes, ils sont sur le terrain, participent aux projets de l'hôpital de demain, sans toutefois maîtriser le processus de décision [7]. Leur introduction dans les procédures d'élaboration des Sros II ne semble pas un moyen évident pour favoriser la construction de consensus entre les acteurs de la planification sanitaire. Avant d'arriver à ce résultat, il faudrait que soit résolue la question de la représentation d'un groupe qui n'existe pas, sauf pour des cas particuliers de maladies. Nous sommes aujourd'hui dans une période de transition vers de nouvelles formes de participation des usagers avec de nouveaux professionnels de santé publique. Cette transition se traduit par une remise en question récente de la légitimité de l'État à prendre seul les décisions relatives au système de soins. L'assurance maladie préconise, elle-même, d'inviter le patient à ne plus être un consommateur aveugle et passif.

Le rapport de force qui semble habiter les relations entre Sros II et réseau de soins peut aussi se transformer en jeu « gagnant-gagnant ». En définissant une pathologie comme prioritaire, l'ARH donne toute légitimité au travail d'organisation fait par les professionnels de cette discipline. Ceux-ci peuvent alors se prévaloir de la priorité régionale et des ressources qui y seront affectées pour faire avancer leur travail. La mise en phase du Sros II et du réseau de soins est donc une condition nécessaire à l'efficacité de ces modes de régulation du système de soins. C'est à cette occasion que la tutelle obtient la

références

1. Agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté. *Schéma régional d'organisation sanitaire de Franche-Comté : schéma général*. Besançon : ARH de Franche-Comté, 1999.
2. Basset B., Lopez A. *Planification sanitaire : méthodes et enjeux*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 1997.
3. Bréchat P.-H. *Comment les acteurs du système de santé, dont le médecin inspecteur de santé publique, apprennent-ils à construire les schémas régionaux d'organisation sanitaire ?* ENSP : mémoire inédit de fin de formation de médecin inspecteur de santé publique, 1999.
4. Bréchat P.-H., Danzon A., Schaetzel F. *Évaluation de la qualité des soins et accréditation : prise en compte de l'usager au Québec. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, coll. « recherche santé sociale », 2000 : 31-36.
5. Direction des Hôpitaux. *La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire*. Paris : novembre 1999.
6. Goguey M., Geffroy L. R. « Réseaux et agence régionale de l'hospitalisation : expérience de deux années en Franche-Comté ». *Rev Med Ass Maladie* 1999 ; 3/4 : 75-80.
7. Jourdain A., Bréchat P.-H., Cotard B., Maffeïs R., de Turenne I. *Enquête sur les artisans des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération : Le point de vue des acteurs*. Contrat d'étude de la direction des Hôpitaux. Rennes, ENSP/LAPSS, 2000.
8. Jourdain A., Bréchat P.-H. « Enquête sur les artisans des réformes du système de soins. Le point de vue des acteurs des Sros II en 1998 ». *L'année gérontologique* ; 2000, 14 supplément : 34-44.
9. Lahoute C. *Droit des usagers du système de santé. Le rôle des services du ministère chargé de la Santé en matière de droit des patients hospitalisés. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, coll. « recherche santé sociale », 2000 : 17-24.
10. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994.
11. Haut Comité de la santé publique. La santé en France : 1994-1998. Paris, La documentation française, 1998.
12. Jourdain A., Frossard M. (coor.). « Les nouveaux outils de planification sanitaire ». *Adsp*, n° 11, 1995, p. I-XL.
13. Polton D. *Rapport du comité de pilotage sur la révision des Sros : tome 1-Rapport*. Paris : ministère du Travail et des Affaires sociales, octobre 1997.
14. Viñas J.-M. « La définition d'un Sros ». *L'année gérontologique* ; 2000, 14 supplément : 32-34.

garantie que les ressources qu'elle va affecter au système de soins seront productives. Dans ces conditions, on est au-delà de l'effet d'entraînement provoqué par le Sros II quand il oblige les établissements à faire des projets en commun sur le papier. Une véritable dynamique peut naître de la conjonction de ces deux facteurs.

La participation des usagers au Sros II et aux réseaux semble faire évoluer la représentation que les professionnels se font des usagers. Le respect des droits de l'usager [9] semble être un moyen de dépasser les corporatismes et les cloisonnements. La tentative d'introduction de l'usager dans la sphère de la santé peut contribuer à faire progresser la qualité des décisions et la qualité des soins [10] au moment où la population a une perception moins optimiste de l'évolution future de l'état de santé, qui peut être rapproché de sa prise en compte grandissante des facteurs sociaux comme déterminants de l'état de santé et de sa perception beaucoup plus aiguë des risques liés à l'environnement [10, 11].

Ces nouvelles formes de participation des usagers doivent aussi, pour réussir, faire davantage place à la formation, à la préparation [3] et à la représentativité [7]. La formation des usagers, désormais membres de droit des conseils d'administration des établissements publics de santé, impliqués dans la politique des comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) des établissements, est une condition *sine qua non* afin qu'ils rendent des avis de profanes éclairés.

Une participation modélisable

Les pouvoirs publics sont en train d'apprendre à faire participer les usagers à la prise en compte de leurs besoins de santé. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, lors de la construction du Sros II et d'un réseau de soins centré sur la population dans la région de Franche-Comté, en constitue un exemple. Ce développement traduit aussi une volonté politique d'associer les usagers aux nouveaux outils de planification sanitaire comme le Sros II et le réseau. La participation des usagers à la prise en compte d'une priorité de santé publique comme l'insuffisance rénale chronique en région de Franche-Comté a démontré toute sa pertinence. Cette réussite fait souhaiter que le processus de démocratisation sanitaire engagé continue, dans l'attente du prochain schéma dans lequel les usagers pourraient devenir le pivot [7]. Cela peut participer à la promotion de la santé et favoriser l'amélioration de l'état de santé de la population [10] avec une participation plus grande des usagers aux décisions et au fonctionnement global du système de santé, mouvement de fond citoyen auquel les crises sanitaires récentes ont servi de catalyseur.

Remerciements

Nous remercions Jean-Marc Chalopin, Alain Jourdain et Elisabeth Monnet également signataires de cet article.
Nous remercions Martial Mettendorff, Marie-Claire L'Helgoualc'h qui ont soutenu ce travail.
L'enquête sur les « artisans des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération : le point de vue des acteurs » a bénéficié du soutien financier et logistique de la direction des Hôpitaux (DH) devenue direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS).
Nous remercions Bruno Cotard, Isabelle de Turenne et Régine Maffeis qui ont participé à l'enquête.

alcoologie et addictologie

2004 ; 26 [1] : 1-80

Éditorial

- L'alcool ou le paradigme de la prévention, *Jean-Louis San Marco*

Mémoires

- Buprénorphine haut dosage. Évaluation d'une intervention éducative sur le temps de prise sublinguale, *Emmanuel Brunelle, Stéphane Robinet*
- Alcool, exclusion sociale et troubles de la personnalité. Mesures de leurs interactions chez les hommes sans domicile fixe, *Serge Combaluzier*
- L'alcoolisation des femmes en France. Typologie des contextes d'usage, *François Beck, Cécile Brossard*
- Abus et dépendance à l'alcool. Comparaison des patients hospitalisés en psychiatrie et dans d'autres services, *Isabelle Sabbah-Lim, Jean Adès, Michel Lejoyeux*

Pratique clinique

- Sur des femmes et l'alcool, *Stéphane Déroche*

Varia

- Une situation d'alcoolisation en milieu indien, *Brigitte Tison*

Congrès

- 18e journée de tabacologie, *octobre 2003, Le Kremlin-Bicêtre*

Libres propos de...

- Vincent Dodin, *Addiction et évolution des fonctions parentales*

Vie de la SFA

- Nouveaux membres
- 25e anniversaire de la fondation de la SFA. *Alcool, tabac, cannabis, 7 et 8 novembre 2003, La Réunion*
- Groupes
- Prochaine réunion
- Adhésion

Informations

- Annonces
- Thèses et mémoires.
- Recherche
- Actualités
- Livres
- Agenda

Alcoologie et addictologie. Pr Michel Lejoyeux. 64, avenue du Général-de-Gaulle. 92130 Issy-les-Moulineaux. Télécopie : 01 40 95 72 15. www.sfalcoologie.asso.fr.

Institut national d'études démographiques

INED

Sigle
Ined

Statut
L'Ined est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST), placé sous la double tutelle des ministères chargés de la Recherche et de l'Emploi et de la Solidarité.

Historique
1945 : création de l'Ined
1986 : devient établissement public à caractère scientifique et technologique

Chiffres clés
- Budget annuel de 15 millions d'euros
- 170 agents dont 70 chercheurs titulaires, auxquels s'ajoutent 20 chercheurs associés et 30 doctorants et post doctorants, ce qui en fait l'un des plus importants instituts de démographie au monde.

Coordonnées
Institut national d'études démographiques
133, boulevard Davout
75980 Paris cedex 20
France
téléphone : 01 56 06 20 00
télécopie : 01 56 06 21 99
www.ined.fr

Les missions de l'Ined
L'Ined étudie les populations de la France et des pays étrangers dans une perspective démographique associée à d'autres approches : histoire, géographie, sociologie, anthropologie, économie, épidémiologie, biologie de la reproduction. Parmi ses tâches de base figurent le suivi de la conjoncture démographique nationale et internationale et la reconstitution du mouvement démographique de la France depuis quatre siècles. L'Ined mène en outre des recherches sur la dynamique des populations et s'intéresse aux facteurs de changements. Les phénomènes étudiés sont simples et universels : la naissance, les unions, les séparations, les migrations, la mort, etc.

Des recherches sur des thèmes variés
Pour assurer ses missions de statistique publique, l'Ined entretient des liens multiples avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les chercheurs de l'Ined analysent également les bases de données démographiques des pays étrangers et celles qui émanent des organisations internationales, en particulier les Nations unies.
Mais l'Ined produit aussi ses propres données grâce à un réseau d'enquêteurs et d'observateurs autonomes. Sur des sujets sensibles (IVG, comportement sexuel, adoption) ou dans des secteurs en marge (sans-abri, prisons, quartiers difficiles, personnes sous tutelle), l'Ined effectue en France des travaux que l'Insee ne peut réaliser, en s'efforçant d'y appliquer le savoir accumulé sur les techniques d'enquête et les acquis de la recherche démographique. L'Ined mène également des enquêtes originales dans plusieurs pays du Sud (en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud), contribuant ainsi à une meilleure connaissance des changements sociaux, démographiques et sanitaires en cours dans ces régions du monde.

12 unités de recherche
- Dynamique et renouvellement des populations
- Fécondité, famille, sexualité
- Démographie, genre et sociétés
- Mortalité, santé, épidémiologie
- Mobilité, habitat et espaces urbains
- Population et développement
- Migrations internationales et minorités
- Démographie économique
- Histoire et populations
- Histoire critique des sources et des méthodes
- Comparaisons internationales : analyse et prospective
- Épidémiologie, démographie et sciences sociales

Des collaborations internationales
L'Ined a noué de longue date des liens étroits avec ses homologues de plusieurs pays. Il accueille chaque année plus d'une trentaine de chercheurs étrangers dans le cadre de projets de recherche. Des collaborations ont été notamment engagées avec les pays de l'ex-URSS, les pays des Balkans, le Canada, le Chili, le Brésil, la Tunisie, le Sénégal, le Mali, la Thaïlande, etc.

Des publications, pour spécialistes et aussi un large public
Population et sociétés, bulletin d'information mensuel de quatre pages traitant de sujets variés et accessible au grand public ;
Population, revue spécialisée bimensuelle, publiée en français et en anglais ;
Les Cahiers de l'Ined, collection d'ouvrages présentant les résultats d'enquêtes ou d'études réalisées à l'Ined ou en dehors.
Les Classiques de l'économie et de la population, rééditions, le plus souvent annotées, d'ouvrages de grands auteurs du passé, par exemple Malthus, Condorcet ou Süßmilch.
Autres collections, notamment les *Manuels*, et la collection *Méthodes et savoirs*, outils de formation aux techniques de la démographie, destinés à l'enseignement supérieur.

Université d'été francophone en santé publique

Besançon, France

Promoteurs

- Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon
- Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté
- Avec le concours de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne et de nombreux autres partenaires universitaires, institutionnels et associatifs francophones.

Responsables

François Baudier, union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté
Elisabeth Monnet, département de santé publique, Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon

Candidatures

Cette formation est destinée prioritairement à des professionnels en activité et des élus œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs. Pour s'inscrire, les candidats sont invités à décrire succinctement leur formation initiale, leur parcours professionnel (ou d'élu) et leurs motivations.

Renseignements administratifs

Pour la première université (Besançon 5 au 9 juillet 2004), il est possible de retirer les dossiers immédiatement.
Contacts :

- www.urcam.org/univete/index.htm.
- Caroline Guillin, cguillin@urcam.org

Secrétariat de l'Université d'été francophone en santé publique,
Faculté de médecine et de pharmacie,
place Saint-Jacques,
25030 Besançon Cedex

Objectifs

Organiser tous les ans une formation en santé publique, sous la forme d'une université d'été d'une semaine avec 15 modules d'enseignement, des forums débats, des conférences... Cette formation est ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique. La première université d'été se déroule à Besançon du 5 au 9 juillet 2004. Le cadre conceptuel de l'enseignement est celui de la promotion de la santé (charte d'Ottawa OMS).

Contenu pédagogique

Un choix de 15 modules de formation différents est proposé autour de trois axes :

L'organisation du système de santé

1. connaissance du système de santé et de protection sociale
2. planification en santé publique
3. réseaux de santé
4. démographie des professions de santé
5. permanence des soins

Les méthodes pour l'intervention et l'évaluation

6. enquêtes périodiques de santé
7. éducation pour la santé
8. éducation thérapeutique
9. évaluation des interventions en santé

Des approches par population, lieu de vie ou thématique

10. santé des adolescents
11. santé et milieu rural
12. promotion de la sécurité et prévention des traumatismes : violence, suicide, accidents (enfants et personnes âgées)...
13. cancers et société
14. rythmes biologiques
15. nutrition et promotion de la santé

Équipe pédagogique

Les enseignants sont des universitaires, des chercheurs, mais aussi des professionnels, tous impliqués à leur niveau dans une démarche de réflexion active au sein du système de santé. Responsables de programmes nationaux ou régionaux francophones, auteurs de recherches et de publications, ils appartiennent pour la majorité d'entre eux à des organismes partenaires ou associés à l'université d'été.

Organismes partenaires ou associés

Institutions ou associations nationales

- Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées (direction générale de la Santé) et direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) de Franche-Comté
- Caisses d'assurance maladie et leurs réseaux
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- Fédération nationale de la mutualité française
- Société française de santé publique

Universités (autres que Franche-Comté et Lausanne)

- École de santé publique, Faculté de médecine Université Henri Poincaré de Nancy
- Département de santé publique, Université libre de Bruxelles (Belgique)

Réseaux francophones ou organismes de pays francophones

- Réseau francophone en santé «Vers l'unité pour la santé»
- Réseau francophone international de promotion de la santé (RéFIPS)
- Réseau francophone de promotion de la sécurité et de la prévention des traumatismes
- Institut national de santé publique du Québec
- Direction générale de la Santé, république et canton de Genève (Suisse)
- Educa-Santé (Belgique)

Neurogénétique et stress

UMR1243 INRA — Université Victor Segalen Bordeaux 2

Directeur
Pierre Mormède,
directeur de recherche

Effectif
20

Objectifs

- Analyser les variations génétiques de l'activité de l'axe corticotrope (glucocorticoïdes), en rapport avec les pathologies métaboliques (obésité, diabète).
- Analyser les variations génétiques de réactivité émotionnelle chez le rat en rapport avec la consommation excessive d'alcool.
- Rechercher les bases moléculaires de ces variations génétiques, dans le but de développer de nouvelles approches thérapeutiques ciblées sur les caractéristiques individuelles de vulnérabilité.

Thèmes de recherche

Stress et pathologie

Le stress est souvent invoqué dans l'étiologie d'un grand nombre d'affections, comme facteur principal ou le plus souvent comme facteur favorisant ou déclenchant. Ces affections concernent des grandes pathologies dont l'importance sur la santé publique n'est pas à démontrer : troubles de l'humeur (anxiété, dépression), troubles des comportements consommatoires (anorexie, boulimie, toxicomanies), maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle et maladies coronariennes) et digestives, pathologies liées au système immunitaire (infections opportunistes, maladies auto-immunes, voire cancer).

Les conceptions actuelles sur les mécanismes de l'adaptation et du stress décrivent ceux-ci comme le résultat d'une interaction complexe entre les caractéristiques de la situation et les particularités individuelles de réactivité psychologique et biologique. Lorsqu'elle se manifeste, l'issue pathologique du processus d'adaptation n'est plus conçue comme la conséquence inéluctable d'une série linéaire de mécanismes réflexes, mais comme le résultat d'une combinatoire complexe de facteurs liés (i) aux caractéristiques de l'environnement et à la façon dont cet environnement est perçu (ii), à la réactivité psychobiologique générale de l'individu, à ses possibilités d'action comportementale et à l'efficacité de cette démarche, et enfin (iii) aux caractéristiques individuelles du fonctionnement des systèmes biologiques impliqués qui orientent la « sortie » pathologique.

Génétique et stress

Chacune de ces composantes des réponses de stress présente une importante variabilité interindividuelle qui est en partie d'origine génétique, ainsi que l'ont montré les expériences de sélection divergente sur des critères de réactivité comportementale ou neuroendocrinienne. Cette prédisposition génétique sera ensuite modulée par des facteurs d'environnement, en particulier pendant les périodes sensibles du développement du cerveau (fin de gestation et période néonatale). Notre projet vise à analyser les influences génétiques sur les mécanismes de l'adaptation et les réponses de stress, au niveau neuroendocrinien (principalement l'axe corticotrope), comportemental (caractéristiques de réactivité émotionnelle) et physiopathologique (troubles des comportements consommatoires et obésité en particulier).

Les recherches expérimentales sont menées chez le porc et le rat. Ces espèces fournissent de nombreux modèles spontanés de variabilité génétique pour les différents caractères que nous étudions. Les recherches cliniques sont réalisées dans le cadre de la clinique de l'obésité chez l'adulte et l'enfant. Des cohortes multicentriques (Bordeaux, Toulouse, Marseille, Lyon) sont en cours de constitution.

Physiopathologie différentielle et gènes candidats

La démarche expérimentale est multiple. L'analyse physiopathologique détaillée des modèles animaux disponibles permet de décortiquer les relations entre variabilité fonctionnelle de l'axe corticotrope et désordres métaboliques, et de suggérer l'intervention de gènes candidats dans la structure desquels il sera ensuite recherché des polymorphismes (exemple : récepteurs aux corticostéroïdes).

Cartographie génétique

Les techniques modernes de cartographie génétique permettent de corréler les variations fonctionnelles et les variations moléculaires au niveau du génome sans hypothèse préalable sur les processus impliqués. Il est ainsi possible de mettre en évidence la participation de gènes dont le rôle ne pouvait pas être suggéré, voire de gènes inconnus. Nous avons ainsi montré chez le porc des associations entre le niveau circulant de cortisol, l'obésité et des variants moléculaires de la transcortine, protéine liant spécifiquement le cortisol et régulant ainsi sa biodisponibilité tissulaire.

Expression différentielle des gènes

Cette approche expérimentale permet l'analyse simultanée de l'expression d'un grand nombre de gènes dans un tissu donné ; elle fournit ainsi une cartographie des systèmes différentiellement exprimés selon les génotypes ou les conditions physiologiques. Cette approche est utilisée pour rechercher les gènes impliqués dans les variations de réactivité de la glande surrénale à l'ACTH, source importante de variation génétique de l'activité de l'axe corticotrope.

Ce travail s'inscrit dans le cadre des études de génomique fonctionnelle, et devrait nous permettre de mettre en évidence le support biologique des vulnérabilités individuelles aux pathologies liées au stress, et ainsi ouvrir la voie à des approches préventives ou thérapeutiques nouvelles.

Coordonnées

UMR 1243
INRA-Université Bordeaux 2
Institut François Magendie
1, rue Camille-Saint-Saëns
33077 Bordeaux Cedex
téléphone : 05 57 57 37 51
télécopie : 05 57 57 37 53
mél. : gstress@bordeaux.inserm.fr

personnes handicapées

Accès des personnes handicapées aux droits sociaux en Europe
Rapport élaboré par Marc Maudinet
Éditions du Conseil de l'Europe, novembre 2003, 170 pages.

Ce rapport constitue l'une des principales contributions du Conseil de l'Europe à l'Année européenne des personnes handicapées 2003. Il décrit les principes généraux et les mesures qui ont pour but d'améliorer l'accès des personnes handicapées aux droits sociaux en Europe. Il recense par ailleurs les obstacles qui continuent d'entraver l'exercice de ces droits et empêchent de ce fait les personnes handicapées de participer pleinement à la société. Il donne de nombreux exemples concrets de bonnes pratiques, c'est-à-dire de mesures prises par des États membres pour remédier à ces obstacles. Enfin il formule des recommandations recoupant plusieurs domaines, en vue de la définition de politiques intégrées destinées à améliorer l'accès des personnes handicapées aux droits sociaux en Europe.

santé

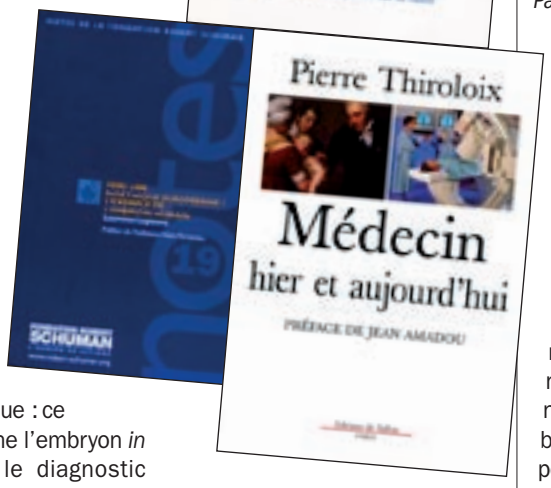
La santé observée dans les Pays de la Loire : tableau de bord régional sur la santé
Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, en partenariat avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie
Nantes : Édition 2003-2004, janvier 2004, 188 pages, 10 euros.

Ce tableau de bord, réalisé par l'observatoire régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire, permet d'étudier et de situer cette région (composée des départements de la Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée) dans le contexte national. Il concerne les données démographiques et sociales (population, économie, emploi, pauvreté et précarité), l'état de santé des populations selon les âges et les disparités de santé, les problèmes de santé et les pathologies, les comportements et environnements (usages de drogues, d'alcool ou de tabac, vie sexuelle, accidents dont accidents du travail, suicide) et les soins et la prévention (professionnels de santé, établissements de santé, consommation de soins, aides et soins aux personnes âgées et handicapées, services de prévention). Grâce aux ORS, créés dans les années quatre-vingt, la connaissance de la santé en région a été très approfondie (gestion et suivi des programmes de santé) et a permis d'en déterminer les priorités non seulement à l'échelle régionale mais aussi plus largement au plan national.

bioéthique

Vers une bioéthique européenne ? L'exemple de l'embryon humain
Laurence Lepienne, préface du Professeur Alain Pompidou
Paris : Fondation Robert Schuman, l'Europe en Actions, novembre 2003, 144 pages, 10 euros.

Après avoir défini les différents aspects propres au « statut » de l'embryon humain en tenant compte à la fois de critères biologiques, mais également socioculturels et religieux, l'auteur, Laurence Lepienne, aborde les modalités de protection de l'embryon humain dans le droit français. Elle explique ensuite les problèmes des recherches menées sur l'embryon humain liés à deux courants d'éthique différents. Le premier considère l'ovule humain fécondé comme étant déjà une personne ; dans ce cas, la seule recherche acceptable pour ce courant est la recherche thérapeutique. Le second considère l'ovule fécondé comme n'étant pas encore une personne humaine, aussi n'y seraient pas attachés les mêmes droits qu'au nouveau-né. C'est dans ce cadre, qu'un certain nombre de pays ont choisi un délai de 14 jours après la fécondation comme limite de l'expérimentation. L'auteur aborde alors la technique du diagnostic génétique préimplantatoire, qui a pour objet de poser un diagnostic précoce de maladie génétique : ce diagnostic concerne l'embryon *in vitro*, alors que le diagnostic prénatal détecte une affection grave chez l'embryon ou le fœtus *in utero*. L'auteur traite dans un dernier chapitre des études portant sur les cellules souches embryonnaires avant de terminer sur la disparité des pratiques qui existent dans les pays européens, sur la bioéthique malgré un ensemble de règles communes.



professions médicales

Médecin hier et aujourd'hui
Pierre Thiroloix, préface de Jean Amadou,
Paris : Éditions de Fallois, 224 pages, 18 euros.

Pierre Thiroloix, médecin, fils et petit-fils de médecin, raconte la pratique de la médecine qu'il a exercée à l'hôpital et en ville et les relations qu'il a eues pendant un demi-siècle avec ses confrères et ses patients. Il explique comment il a vu évoluer son métier, surtout au cours des dernières années avec l'arrivée des nouvelles technologies. Ce livre, bien qu'écrit sous forme ludique, permet de percevoir, à travers les souvenirs personnels de l'auteur, les transformations importantes qui ont eu lieu tant scientifiquement que socialement dans l'exercice du métier de médecin au cours du XXe siècle.

« âges, santé, société » : collection d'ouvrages

Cette collection d'ouvrages intitulée « Âges, santé, société », dirigée par le Dr Danièle Mischlich, propose une approche des pratiques professionnelles novatrices aux acteurs du système de santé et à ses usagers. Elle se présente comme un cadre de réflexions s'appuyant sur les impératifs de santé publique, tout en gardant à l'esprit le concept fondamental de la relation soignant-soigné.

Soleil et peaux : bénéfices, risques et prévention
Avril M.-F., Brodin M., préface de J.-L. Schmutz
Paris : Masson, collection Âges, santé, société, juin 2002, 280 pages, 35 euros.

Si le soleil a des effets bénéfiques incontestables sur la santé, en particulier sur la dépression saisonnière, le rachitisme chez l'enfant ou l'ostéoporose chez la personne âgée, il peut aussi être dangereux lors d'une exposition trop intensive et de ce fait être facteur de cancers cutanés. Cet ouvrage, écrit par une équipe de dermatologues, de chercheurs et de spécialistes en santé publique, nous montre le paradoxe des bienfaits et des méfaits du soleil sur la peau.

Femmes, médecins et ménopauses
Ringa V., Hassoun D., Attali C., Bréart G., Delanoë D., Lachowsky M., Lopes P., Mischlich D., préface et postface de J. Ménard.
Paris : Masson, réédition, collection Âges, santé, société, novembre 2003, 220 pages, 35 euros.

En écrivant cet ouvrage, les auteurs se sont référés à une triple légitimité : celle des chercheurs, des cliniciens et des usagers. Ils démontrent que l'application des recommandations basées sur les niveaux de preuves scientifiques doit s'accompagner d'une approche individualisée prenant en compte les caractéristiques biomédicales, psychologiques et sociales de chaque personne. En effet, s'il peut y avoir des traitements pour pallier certains symptômes liés à des phénomènes biologiques dus à l'âge, la ménopause n'est pas une maladie et s'inscrit dans une perspective générale de vieillissement vécue différemment selon chaque personne. Cet ouvrage fait le point sur les connaissances biomédicales et l'évolution sociologique qui accompagne la représentation de ce phénomène biologique.

Nutrition de la personne âgée
Ferry M., Alix E., Brocker P., Constans T., Lesourd B., Mischlich D., Pfitzenmeyer P., Vellas B.
Paris : Masson, Collection Âges, santé, société, février 2002, 328 pages, 34,90 euros.

De nombreux aspects nutritionnels, liés au vieillissement physiologique, apparaissent chez la personne âgée (vieillissement buccodentaire, perturbations du goût, vieillissement de l'appareil digestif, besoins en eau et en énergie, en protéines…). Cet ouvrage permet l'actualisation des connaissances dans le domaine de l'alimentation chez la personne âgée avec ses situations cliniques particulières (anorexie, refus alimentaire, diabète, constipation, malnutrition…) et ses aspects psychosociaux (recherche d'équilibre alimentaire chez les jeunes seniors, préférences et symboles alimentaires chez les sujets âgés). Cet ouvrage, réalisé par les membres du Club francophone gériatrie et nutrition, témoigne de la progression rapide des connaissances en matière de nutrition de la personne âgée et de l'amélioration de la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition.

La douleur des femmes et des hommes âgés
Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischlich D., préface de B. Kouchner
Paris : Masson, collection Âges, santé, société, mai 2002, 324 pages, 34,90 euros.

Cet ouvrage appréhende les multiples aspects de la douleur chez les personnes âgées et les soins qui leur sont donnés tant par les soignants que par les médecins. Tout en se faisant l'écho d'un plan de lutte contre la douleur, en proposant une formation pratique des professionnels, il aborde les différentes prises en charge des douleurs et les possibilités thérapeutiques qui peuvent être offertes aux patients.

La maladie d'Alzheimer : quelle place pour les traitants ?
Colvez A., Joël M-E., Mischlich D., préface de J-F. Girard
Paris : Masson, collection Âges, santé, société, 288 pages, 34,90 euros.

Cet ouvrage permet de connaître les expériences innovantes et les perspectives européennes dans l'appréhension de cette maladie.

jeunes

L'action publique malgré les jeunes, les politiques de jeunesse en France de 1870 à 2000
Loncle Patricia
Paris : L'Harmattan, collection Logiques politiques, 2003, 337 pages, 27, 45 euros.

Patricia Loncle, docteur en sciences politiques et chercheur au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires explore dans cet ouvrage une hypothèse fort intéressante concernant les politiques de la jeunesse. La jeunesse ne serait «qu'un mot» selon la formule célèbre de Pierre Bourdieu, autrement dit, elle ne serait pas un objet d'analyse en sciences sociales, et les politiques menées vers cette population seraient impossibles à évaluer, trop soumises aux *a priori* des acteurs sociaux. Pourtant, la jeunesse est un objet constant de préoccupation du politique.

L'auteur nous montre de manière convaincante que cette question est, en effet, devenue une préoccupation politique dès la fin du XIXe siècle, partagée entre le souci d'inculquer l'esprit national par l'école publique, et la tentative de limitation du pouvoir de l'État sur la jeunesse par des acteurs locaux. De cette époque reste l'idée que la jeunesse doit être avant tout une préoccupation locale.

Plus tard, les acteurs du secteur bénévole vont émerger, après le traumatisme de la guerre, forts du renouveau vers une société où le loisir acquiert un droit de cité. Mais avec la crise économique le pacte tacite entre les mouvements de jeunesse et l'État va se rompre à nouveau et ce dernier va occuper encore la place centrale, comme gestionnaire de la crise de l'emploi. Tendance que la période récente ne fera que confirmer.

Derrière cette histoire se profile un double jeu, de l'État et du local que Patricia Loncle va démêler grâce à l'observation comparée de deux sites : Lille et Rennes. De cet examen fouillé émerge l'idée qu'il faut accorder une place centrale à l'échelon local, qui par les réseaux qu'il mobilise, donne sa forme aux politiques nationales.

Finalement, y a-t-il des politiques de la jeunesse au même titre qu'il en existe pour d'autres populations (personnes âgées, handicapées…)? La réponse est «non» car les enjeux politiques, économiques et sociaux ne sont pas de même nature. Mais à la réflexion la réponse devient «oui» si l'on fait l'effort avec Patricia Loncle de désigner par politique de la jeunesse, un investissement des hommes politiques vers la transmission de formes de citoyenneté, en changement perpétuel depuis la fin du XIXe, et qu'il conviendrait maintenant d'étudier du point de vue européen.

Alain Jourdain

jeunes et alcool

Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 : comportements et contextes en France
Marie Choquet, Laure Com-Ruelle, Nicole Leymarie
Issy-les-Moulineaux : Éditions Princeps, Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb) 126 pages.

La présente enquête, réalisée par l'Ireb, est une enquête «transversale» donnant une description de la consommation à un moment donné. Son originalité réside dans la méthodologie : elle inclut, au sein de l'échantillon interrogé (1 028 adolescents de 13 à 20 ans), des jeunes non scolarisés, elle donne une estimation du volume d'alcool consommé (nombre de verres standard par mois) et situe l'alcoolisation dans une perspective plus large, incluant le mode de boire, le mode de vie, les opinions et les valeurs. Outre la prévalence de la consommation des jeunes Français par sexe et par âge (deux caractéristiques individuelles déterminantes à l'adolescence), elle permet d'étudier les associations (qui peuvent exister ou non) entre leur consommation d'alcool et des facteurs socio-économiques, scolaires, relationnels, comportementaux et psychologiques. Cette enquête faisant suite à une précédente conduite en 1996, on a pu observer que la consommation d'alcool avait légèrement baissé chez les jeunes. De nombreux graphiques et tableaux illustrent cet ouvrage.

maladies cardio-vasculaires

L'hypertension artérielle
Xavier Girerd
Paris : Éditions Narratives, 2001, 30 pages.

Le Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle a sorti une bande dessinée *Tension sous les Tropiques* qui, sous les aspects ludiques d'une histoire, donne des conseils pour améliorer la connaissance du public sur les risques vasculaires et sur les moyens de les enrayer. En annexe, quelques recommandations générales font suite à l'histoire.

Site Internet :
www.comitehta.org

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : rapport

On constate que sur les dernières décennies, l'assurance maladie a puissamment contribué au développement du système de santé et à l'égalité des chances dans l'accès aux soins. Mais ce système favorable de prise en charge explique la forte croissance des dépenses de soins et les perspectives de croissance des dépenses constituent un défi majeur : en effet, le niveau de déficit est insupportable et le sera de plus en plus si une réforme n'est pas envisagée (il passerait de 29 milliards d'euros en 2010 à 66 milliards d'euros en 2020). Face à ces contraintes, la conservation d'un système d'assurance maladie solidaire et plus économe en prélèvements obligatoires passe par la conjugaison de trois actions : l'amélioration du fonctionnement du système de soins, l'ajustement des conditions de prise en charge et l'action sur les recettes des régimes de base. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie considère qu'une clarification et une meilleure répartition des pouvoirs et des responsabilités entre l'État et les organismes d'assurance maladie serait souhaitable pour le bon fonctionnement du système de soins. Sur la base de l'état des lieux, il propose une hiérarchisation dans les priorités de financement des soins afin d'établir un développement durable s'appuyant sur des choix efficaces et de qualité.
www.sante.gouv.fr

Clôture de l'année européenne des personnes handicapées

Le lundi 15 décembre 2003 a été organisée à l'Unesco, à l'initiative du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes

handicapées et du secrétariat d'État aux Personnes handicapées et avec le Conseil de l'Europe, la clôture de l'année européenne des personnes handicapées. À cette occasion a été signée une convention entre l'État et la SNCF pour améliorer l'accessibilité des gares et des trains aux personnes handicapées et plusieurs chefs d'entreprises (ACCOR, SNCF, RATP, EDF, Arc International, Air France, France Télévision) ont pris des engagements pour une meilleure accessibilité des personnes handicapées. Si de nombreuses initiatives ont eu lieu en Europe au cours de l'année 2003, une prochaine loi française (prévue pour 2004) vise à confirmer l'intégration des handicapés (5 millions en France) aussi bien dans la vie professionnelle (quota des 6 % des personnes handicapées dans les entreprises) que dans la vie sociale : accessibilité au sens large (transports, culture, loisirs, logements, scolarisation, enseignement, emploi), compensation du handicap (pour répondre au souhait global de non-discrimination) et simplification des institutions (une maison départementale du handicap est prévue pour chaque département, sorte de « guichet unique » pour la personne handicapée).

Une publication du secrétariat d'État aux Personnes handicapées, intitulée *Intégration : l'engagement de tous* rappelle les engagements pour améliorer l'accessibilité des handicapés dans leur vie quotidienne.

Intégration : l'engagement de tous. Secrétariat d'État aux Personnes handicapées, 2003 : l'année européenne des personnes handicapées, 64 pages.
www.handicap.gouv.fr.

biovigilance

Organisation de la biovigilance et modification du Code de la santé publique (partie réglementaire)
Décret n° 2003-1206 du 12 décembre 2003, JO du 19 décembre 2003

Un décret insère dans le chapitre Ier du titre Ier du livre II du Code de la santé publique une nouvelle section 3 comportant 7 sous-sections concernant la biovigilance et les dispositions générales s'y rapportant. Pour mémoire, la biovigilance a pour objet la surveillance des incidents et des risques d'incidents relatifs aux éléments et produits du corps humain utilisés à des fins thérapeutiques et aux produits, autres que les médicaments, qui en dérivent, aux dispositifs médicaux les incorporant et aux produits thérapeutiques annexes, ainsi que les effets indésirables résultant de leur utilisation. Le rôle de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est décrit dans la sous-section 3.

praticiens

Statut des praticiens attachés et praticiens attachés associés
Circulaire de la DHOS/M2/2003/ n° 462 du 1er octobre 2003

La direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins a publié une circulaire relative à la mise en œuvre du nouveau statut des praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé, conformément aux dispositions du décret n° 2003-769 du 1er août 2003. Cette réforme touche plus de 34 000 praticiens.

surdité néonatale

Création d'un groupe de travail sur le dépistage néonatal de la surdité
Arrêté du 19 novembre 2003, JO du 13 décembre 2003

Ce groupe de travail est chargé de déterminer les conditions de mise en place, au plan national, d'un dépistage néonatal de la surdité. En effet, il n'existe actuellement pas en France d'organisation générale permettant de réaliser un dépistage systématique précoce (avant l'âge de six mois) de la surdité.

médicaments vétérinaires

Importations et exportations de médicaments vétérinaires : transposition de directives européennes et modification du Code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)
Décret n° 2003-1126 du 25 novembre 2003, JO du 27 novembre 2003

Un décret, en date du 25 novembre, précise les conditions dans lesquelles les aliments médicamenteux doivent être certifiés selon les règles de prescription et de délivrance prévues par le Code de la santé publique (coordonnées du fabricant, composition et nom du produit médicamenteux à usage vétérinaire, coordonnées du destinataire, autorisation de mise sur le marché…). Cela concerne aussi bien l'importation des produits que leur exportation et dans les deux cas un modèle de certificat est fixé par décision du directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

médicaments à usage humain

Importations de médicaments à usage humain et modification du Code de la santé publique (deuxième partie : partie réglementaire).
Décret n° 2004-83 du 23 janvier 200, JO du 27 janvier 2004

Ce texte concerne toute la réglementation et les conditions attachées à l'autorisation d'importation des médicaments à usage humain en vue d'une mise sur le marché en France, y compris l'autorisation de l'importation parallèle d'une spécialité pharmaceutique dans lesquelles cela doit se faire.

Les rubriques *Brèves européennes*, *Lectures*, *Lois et réglementation* et *En ligne* ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau, sauf mention spéciale.

cancer

Dépistage du cancer
Recommandations du Conseil du 2 décembre 2003. JOCE du 16 décembre 2003

Le cancer est une maladie et une cause de décès très importantes dans toute l'Europe, y compris dans les futurs États membres. Aussi les principes de dépistage en tant qu'outil de prévention sont-ils nécessaires pour lutter contre cette maladie.

sécurité alimentaire

Admission de la Communauté européenne à la commission du Code alimentaire
Décision du Conseil du 17 novembre 2003, JOCE du 26 novembre 2003

Le 26 novembre 1991, la Communauté européenne est devenue membre, à côté des États membres, de l'Organisation de l'alimentation et de l'agriculture (FAO). Elle demande de ce fait à être admise au sein de la commission du Code alimentaire car elle estime être en mesure d'exercer ses compétences et de jouer son rôle lors de l'élaboration, de la négociation et de l'adoption de normes, orientations ou recommandations concernant les produits de l'agriculture et de la pêche, les denrées alimentaires, les aliments des animaux, les médicaments vétérinaires, les pesticides, les pratiques d'hygiène… En effet, les objectifs de la commission du Code alimentaire sont conformes à ceux de la Communauté européenne en ce qui concerne les mesures prises pour protéger la vie et la santé humaine, les animaux, les plantes et l'environnement en général et assurer des pratiques loyales dans les échanges internationaux.

Fixation de teneurs maximales pour certains résidus de pesticides sur et dans les céréales, les denrées alimentaires d'origine animale et certains produits d'origine végétale, y compris les fruits et légumes
Directive 2003/113/CE de la Commission du 3 décembre 2003. JOCE du 11 décembre 2003

Cette directive ajoute aux annexes des directives 86/362/CEE, 86/363/CEE et 90/642/CEE du Conseil tous les résidus de pesticides générés par l'utilisation non autorisée de produits phytosanitaires afin de permettre une surveillance et un contrôle adéquats de l'interdiction de leur utilisation et de protéger le consommateur. Il importe de fixer des teneurs maximales en résidus (TMR) provisoires pour les combinaisons produit/pesticide concernées à un niveau correspondant au seuil de détection.

Fixation de modes de prélèvements d'échantillons et de méthodes d'analyse pour le contrôle officiel des teneurs maximales pour certains contaminants dans les denrées alimentaires
Directive 2003/121/CE de la Commission du 15 décembre 2003. JOCE du 19 décembre 2003

Cette directive modifie la directive 98/53/CE pour inclure des dispositions spécifiques pour le maïs destiné à un traitement de triage ou à d'autres traitements physiques, avant toute consommation humaine ou toute utilisation comme ingrédient de denrées alimentaires. En effet, il est d'une importance majeure que les résultats analytiques soient consignés et interprétés de façon uniforme afin de garantir une mise en œuvre harmonisée dans l'ensemble de l'Union.

surveillance de zoonoses

Programmes d'éradication et de surveillance de certaines maladies animales et programmes de prévention des zoonoses présentés par les États membres pour l'année 2004 fixant le montant du concours communautaire
Décision de la Commission du 28 novembre 2003. JOCE du 9 décembre 2003

L'aide financière de la Communauté pour des programmes d'éradication de certaines maladies animales (rage, brucelloses bovine, ovine ou caprine, tuberculose bovine, salmonelles…), visés aux articles 1 à 68 de la présente décision est accordée aux États membres concernés sous réserve que la mise en œuvre de leurs programmes s'effectue dans le respect des dispositions applicables du droit communautaire. (1er janvier 2004).

Contrôle des salmonelles et d'autres agents zoonotiques spécifiques présents dans la chaîne alimentaire
Règlement (CE) N° 2160/2003 du Parlement européen et du Conseil du 17 novembre 2003. JOCE du 12 décembre 2003

Les zoonoses transmissibles par les aliments peuvent causer des souffrances humaines ainsi que des pertes économiques tant à la production qu'à l'industrie alimentaire. Aussi des laboratoires communautaires et nationaux de référence sont chargés de l'analyse et de la recherche de zoonoses. Les États membres doivent adopter et publier les dispositions législatives, réglementaires et administratives pour se conformer à ce règlement européen, au plus tard le 12 avril 2004 et appliquer ces dispositions au plus tard le 12 juin 2004.

drogues

Mesures de contrôle et sanctions pénales relatives aux nouvelles drogues de synthèse 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 et TMA-2
Décision 2003/847/JAI du Conseil, JOCE du 6 décembre 2003

La prise de ces drogues de synthèse n'a entraîné aucun cas d'intoxication mortelle mais il s'agit néanmoins de drogues hallucinogènes qui présentent des risques communs à d'autres substances hallucinogènes comme le 2C-B, le DOB, le TMA et le Dom, déjà classifiés dans la liste I ou II de la Convention des Nations unies de 1971 sur les substances psychotropes. Un risque de toxicité aiguë ou chronique n'étant pas exclu, et ces drogues n'ayant aucune valeur thérapeutique ni d'application industrielle, elles doivent être soumises aux mêmes mesures de contrôle et de sanctions pénales prévues dans la législation concernant les substances psychotropes.

Paris
Le 1er avril 2004

Le devenir des enfants de familles défavorisées en France

Journée organisée par le Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la direction de l'Évaluation et de la Prospective (DEP), la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)

Renseignements

Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale
113, rue de Grenelle
75007 Paris
Téléphone : 01 53 85 15 00
Télécopie : 01 53 85 15 21
Mél. : cerc@cerc.gouv.fr
Site : www.cerc.gouv.fr

Paris
Le 1er avril 2004

Assurance maladie, les pistes du Haut Conseil

5es auditions de la santé organisées par Merck Sharp & Dohme

Renseignements

Docteur Muriel Haïm
3, avenue Hoche
75114 Paris Cedex 08
Téléphone : 01 47 54 87 00
Télécopie : 01 47 66 99 91

Reims
Les 9 et 10 avril 2004

XXIIes journées de Reims « Pour une clinique du toxicomane »

Thème abordé : « institutions de santé : entre déclin du politique et re-naissance de la clinique »

Renseignements

CAST
27, rue Grandval
51100 Reims
Téléphone : 03 26 02 78 67 ou 03 26 02 19 43
Télécopie : 03 26 02 33 54
Mél. : journee-reims@nerim.net

Bordeaux
Du 8 au 11 juin 2004

Congrès national de médecine et santé au travail

Journées organisées par la Société de médecine du travail d'Aquitaine

Renseignements

Association du Congrès national de médecine et santé au travail
Congress Rive droite
47, cours Le Rouzic
33100 Bordeaux
Téléphone : 05 56 32 82 29
Télécopie : 05 56 32 79 53
Mél. : contact@medecine-sante-travail.com
Site : www.medecine-sante-travail.com/index.php

Narbonne
Les 10 et 11 juin 2004

Toxicomanie-Addictions : le risque dans tous ses états

XXVes journées nationales organisées par l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT)

Renseignements

ANIT
28, chemin des Moulins
69230 Saint-Genis-Laval
Téléphone : 04 78 50 78 50
Télécopie : 04 78 50 78 76
Site : www.anit.asso.fr

Paris
Les 17 et 18 juin 2004

XXVIIes journées des économistes français de la santé : « approches économiques des inégalités de santé »

Renseignements

Florence Naudin
Credes
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
téléphone : 01 53 93 43 58
Télécopie : 01 53 93 43 50
Mél. : naudin@credes.fr

Paris
Les 16 et 17 septembre 2004

Atelier d'écriture et de senteur dans une structure de soin en alcoologie

Séminaire organisé par la Société française d'alcoologie

Renseignements

Princeps/SFA
64, avenue du Général-De-Gaulle
92130 Issy-les-Moulineaux
Téléphone : 06 62 19 72 15
Télécopie : 01 40 95 72 15
Mél. : princeps.m-aug@wanadoo.fr

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom

Prénom

Profession

Adresse

Code postal

Localité

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

☐	France	39,10 euros TTC
☐	Europe	41,80 euros TTC
☐	DOM-TOM et RP	42,30 euros H. T. avion éco.
☐	Autres pays	43,30 euros H. T. avion éco.
☐	Supplément avion	4,80 euros

☐ Le numéro 12,20 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 3,05 euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française

☐ Par carte bancaire

date d'expiration ⌊⌊⌊⌊⌋

numéro ⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌊⌋

Date Signature

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
décembre 2003 numéro 45

éditorial

1 **La prévention du suicide**
William Dab

actualité

4 **Physiopathologie et prévention des troubles liés à l'exposition à la chaleur ou au froid**
Quels sont les effets de la chaleur et du froid sur l'organisme et comment prévenir les troubles liés à ces facteurs ?
Gustave Savourey, Jean Claude Launay, Bruno Melin

rubriques

international

10 **En Finlande, un système de santé « municipal »**
Deuxième volet de la série d'articles sur les systèmes de santé des pays nordiques : la Finlande
Sandrine Chambaretaud, Diane Lequet

addictologie

14 **Le tabagisme des adolescents**
Niveaux d'usage et évolutions récentes
Les jeunes Français de 16 ans sont parmi les premiers consommateurs de tabac des pays européens.
François Beck, Stéphane Legleye

La prévention du suicide

Dossier coordonné par **Jean-Louis Terra** **p. 19**

20 Prévenir le suicide : repérer et agir
Dépasser les idées reçues pour intervenir de façon adéquate durant la crise suicidaire permet d'éviter le passage à l'acte.

20 Prévenir le suicide
Jean-Louis Terra

24 La limitation de l'accès aux moyens du suicide : l'exemple des armes à feu
Jean-Louis Terra

25 La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention
Michel Walter

26 Dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience
Agnès Batt

31 Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide
Le suicide est la cause de plus de 10 000 décès par an. Il est reconnu comme problème de santé publique depuis une vingtaine d'années.

31 Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide
Eric Jougla, Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, Martine Bovet, Marc Mellah

35 De l'histoire de la prévention du suicide en France
Arnaud Campéon

39 Les programmes de prévention
En France et dans plusieurs pays européens, des programmes de prévention du suicide sont mis en œuvre.

39 La stratégie nationale d'actions face au suicide
Murielle Rabord

40 La prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires
Jean-Louis Terra

44 Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe
Agnès Batt

50 tribunes

50 Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide
Michel Debout

53 Parole d'un représentant d'association
Thérèse Hannier

56 Prévention du suicide : une priorité des Pays de la Loire
Juliette Daniel

59 Prévenir le suicide des 15-34 ans : priorité du Poitou-Charentes
Anne Barbail

62 bibliographie adresses utiles

rubriques

études

63 **Le management des risques à l'hôpital**
Gérer les risques à l'hôpital est une activité récente qui nécessite une organisation et des méthodes.
Eytan Ellenberg

régions

67 **Usagers et politique de santé : un exemple en Franche-Comté**
Exemple d'une collaboration fructueuse des usagers du système de santé au processus régional de planification et à la création d'un réseau de soins.
Pierre-Henri Bréchat, Michel Goguey, Christian Magnin-Feysot, Loïc Geffroy

repères

72 **organisme**
Institut national d'études démographiques

73 **formation**
Université d'été francophone en santé publique

74 **recherche**
Neurogénétique et stress

75 **lectures**

77 **en ligne**

78 **lois & réglementation**

80 **calendrier**

HCSP
Haut Comité de la Santé Publique
www.hcsp.ensp.fr

3 303335 300454

Prix 12,20 euros
ISSN 1243-275X.
CP : 1008 B 05201

La **documentation** Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris cedex 07

Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr