



## Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale

Relever les défis, trouver des solutions

Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005

## Le point



### La prévention du suicide

« Je pensais en fait que Wendy allait un peu mieux et qu'elle devait tout simplement s'accrocher. Je me rends compte aujourd'hui que c'est précisément à ce moment-là que les êtres sont le plus vulnérables. Ils ont un peu d'énergie et, quand ils réalisent où ils en sont, c'est bien entendu à des années-lumière de ce qu'ils souhaiteraient. Tout leur semble tellement désespérant, comme cela a été le cas pour Wendy, ainsi qu'elle l'a mentionné dans sa lettre. »  
*(Communication adressée par un veuf au conseiller technique, Santé mentale, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe)*

#### Relever les défis

Le suicide n'est pas seulement une tragédie personnelle. C'est aussi un grave problème de santé publique, en particulier dans la Région européenne de l'OMS. De 1950 à 1995, le taux de suicide mondial (combiné pour les femmes et les hommes) a augmenté de 60 % (1). Chez les jeunes et les adultes, et en particulier les hommes, il constitue actuellement l'une des principales causes de décès.

D'après les dernières données disponibles, 873 000 personnes dans le monde, dont 163 000 dans la Région européenne, décèderaient chaque année par suicide (2). Alors que le suicide serait la treizième cause principale de décès à l'échelle de la planète, il est la septième cause de décès dans la Région. Les taux les plus élevés enregistrés en Europe sont aussi les plus élevés au monde.

#### Un problème de plus en plus fréquent

Dans les pays pauvres comme dans les pays riches, les troubles mentaux et les comportements autodestructeurs sont en hausse (3). Toutes les

prévisions montrent que les conduites suicidaires augmenteront de façon spectaculaire au cours de la décennie à venir si l'on ne prend pas de mesures efficaces de prévention.

Dans les pays de la Région européenne, le taux moyen de suicide est de 17,5 pour 100 000 habitants. Selon le

complément sur la mortalité de la base de données européenne de l'OMS de la Santé pour tous (dernière année disponible) (4), les taux varient considérablement dans la Région, passant de 44,0 en Lituanie, 36,4 dans la Fédération de Russie ou 33,9 au Belarus, à 5,9 en Italie, 4,6 à Malte ou 2,8 en Grèce. L'écart entre les nouveaux États indépendants de l'ex-Union soviétique (NEI) et les pays de l'Union européenne (UE) est de 15,8 pour 100 000 habitants. On observe aussi des différences notables selon les sexes, quels que soient les groupes d'âge. En Lituanie, par exemple, 81,7 sur 100 000 hommes se suicident contre 11,5 sur 100 000 femmes ; pour le Kazakhstan, les chiffres sont respectivement de 58,8 et 9,1 et, pour la Lettonie, de 48,8 et 10,4.

*Dans la Région européenne, pour le groupe d'âge 15-35 ans, le suicide est la deuxième cause de décès la plus fréquente après les accidents de la route.*

## Incidence sociale et coûts économiques

On ne peut mesurer l'incidence psychologique, sociale et financière du suicide sur les familles et la société. En moyenne, un suicide touche intimement au moins six personnes. Dans une école ou sur un lieu de travail, il a des effets sur des centaines de personnes.

*Le suicide et les tentatives de suicide entraînent des pertes économiques considérables.*

Outre la perte directe de la vie, le suicide implique un traumatisme psychique à long terme pour les familles et les amis ainsi qu'une perte de productivité économique pour la société.

La charge du suicide peut être estimée en années de vie corrigées du facteur incapacité (AVCI). En 2002, les automutilations représentaient 1,4 % de la charge totale de morbidité dans le monde (2) et 2,3 % pour la Région européenne. Les coûts directs tiennent compte du traitement et de l'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide, et les coûts indirects représentent la perte du revenu potentiel d'une vie entière due à une incapacité liée au suicide et à un décès prématuré.

## Facteurs de risque

Le comportement suicidaire a nombre de causes sous-jacentes. Il est associé à un ensemble complexe de facteurs indépendants les uns des autres auxquels les individus peuvent être exposés. Ces facteurs sont notamment les suivants :

- facteurs psychiatriques tels que la dépression grave, la schizophrénie, l'alcoolisme et la consommation d'autres drogues, ainsi que les troubles anxieux ;
- facteurs biologiques ou caractères génétiques (antécédents familiaux liés au suicide) ;
- événements marquants (perte d'un être cher, perte d'emploi) ;
- facteurs psychologiques tels qu'un conflit interpersonnel, des cas de violence ou des antécédents de sévices corporels ou sexuels dans l'enfance, et un sentiment de désespoir ;
- facteurs sociaux et environnementaux, et notamment les moyens auxquels on a accès pour se suicider (armes à feu, gaz toxique, médicaments,

dés herbants et pesticides), l'isolement social et des difficultés financières.

Certains facteurs de risque varient selon l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle et l'origine ethnique. Les groupes marginalisés tels que les minorités, les réfugiés, les personnes sans emploi, les détenus et les personnes sortant de prison, et ceux qui souffrent déjà de problèmes de santé mentale, sont particulièrement exposés.

*On peut réduire les taux de suicide si l'on traite la dépression et l'anxiété. Des études ont confirmé les effets bénéfiques des antidépresseurs et de la psychothérapie.*

## Facteurs de protection

Toutefois, la présence de solides facteurs de protection peut réduire le risque de suicide. Ceux-ci sont liés à plusieurs éléments : bien-être affectif, intégration sociale par la participation à des activités sportives, des cercles confessionnels, des clubs, etc., relations familiales et amicales, haute estime de soi, aspects physiques et environnementaux tels qu'un bon sommeil, un régime alimentaire équilibré et un environnement exempt de drogues, ainsi que différentes sources de plaisir gratifiants.

## Trouver des solutions

Face à ce grave problème de santé publique, des efforts considérables ont été déployés dans nombre de pays pour prévenir le suicide (5). L'OMS a dressé un inventaire actualisé des stratégies nationales adoptées en la matière par les États membres de la Région européenne (6).

À une réunion de l'OMS sur les stratégies de prévention du suicide en Europe, qui s'est tenue à Bruxelles les 11 et 12 mars 2004, des responsables de la santé et des experts en santé mentale et en comportements suicidaires de 36 États membres de la Région ont examiné les bases factuelles et les pratiques actuelles dans ce domaine et formulé des recommandations en vue d'élaborer des stratégies.

Les conclusions de cette réunion peuvent être résumées comme suit :

- Le suicide et les tentatives de suicide posent de graves problèmes de santé publique. Dans

certaines pays, il y a plus de décès dus au suicide que de tués sur les routes.

- En ce qui concerne les risques et les tendances suicidaires, il faut tenir compte d'aspects importants, tels que l'âge et le sexe, pour élaborer des programmes de prévention.
- Lorsque certains médias mettent en vedette des actes de suicide, cela peut avoir une influence négative sur le public et risque d'entraîner une augmentation des conduites suicidaires.

Les participants à la réunion ont formulé les principales recommandations suivantes :

- La prévention du suicide et des tentatives de suicide nécessite une approche de santé publique. La charge du suicide est telle que cette responsabilité devrait être assumée par l'ensemble du gouvernement, sous la houlette du ministère de la Santé.
- Il faut mettre au point des programmes de prévention du suicide qui prévoient des interventions adaptées aux divers groupes à risque (par exemple, en fonction de l'âge et du sexe), y compris des tâches à confier à tel ou tel secteur (éducation, marché du travail, affaires sociales, etc.) ; ces programmes devraient par ailleurs faire l'objet d'évaluations.
- Les professionnels de la santé, en particulier dans les services des urgences, devraient être formés pour déceler les risques de suicide et devraient coopérer à titre préventif avec les services de santé mentale.
- Il faudrait commencer à sensibiliser dès que possible les professionnels de la santé, mais aussi le public tant aux facteurs de risque qu'aux facteurs de prévention.
- Il convient de mener des travaux de recherche axés sur les politiques et d'évaluer les programmes de prévention.
- Les médias devraient être impliqués dans les programmes de prévention du suicide et être formés à cette question ; en outre, il faudrait promouvoir le code de conduite de l'OMS sur le comportement des médias lié au suicide (7).

Dans le Plan d'action qui devrait être adopté à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (Helsinki, janvier 2005), un certain nombre de mesures spécifiques sont proposées, et notamment les suivantes :

- évaluer les taux de base des indicateurs de stress et déterminer les groupes à risque ;
- cibler les groupes marginalisés dans le cadre de programmes d'éducation, d'information et de soutien ; et
- créer des groupes d'auto-assistance et mettre en place des numéros d'appel d'aide et des sites Web destinés aux personnes en situation de crise.

### Stratégies de prévention du suicide

Les stratégies de prévention du suicide visent à :

- déterminer et limiter la disponibilité et l'accès aux moyens permettant de se suicider (armes à feu, substances toxiques, etc.) ;
- améliorer les services de santé et promouvoir des services d'appui et de réadaptation pour les personnes ayant des tendances suicidaires ;
- améliorer les procédures de diagnostic et les traitements qui en découlent ;
- sensibiliser davantage le personnel médical à sa propre conduite et aux tabous liés à la prévention du suicide et à la maladie mentale ;
- faire mieux connaître les troubles mentaux et les moyens de les déceler à un stade précoce, grâce à l'éducation du public ;
- soutenir la couverture médiatique des actes et des tentatives de suicide ;
- promouvoir la recherche sur la prévention du suicide et encourager la collecte de données sur les causes de ce problème, en évitant les doubles emplois de statistiques.

### Quelques exemples

**La Stratégie nationale pour la prévention du suicide en Finlande** (1986–1996) (8) a été mise en œuvre dans l'ensemble du pays, moyennant des dispositions particulières aux niveaux local, régional et national. Elle a été évaluée méthodiquement, tant sur le plan interne que sur le plan externe, et peut être considérée comme un succès (9). Elle porte sur les domaines suivants : éducation du public, amélioration de l'accès aux services de santé mentale, intervention en situation de crise, limitation de l'accès aux moyens permettant de se suicider, formation des professionnels de la santé, sensibilisation aux

facteurs de comorbidité, suivi des tentatives de suicide et recensement des individus à risque pour lesquels il est nécessaire d'intervenir à titre préventif. Dans le cadre de ce programme, des actions ont été menées par des professionnels, des services sociaux et des organismes officiels, mais pas particulièrement par des personnes en deuil à la suite d'un suicide.

D'autres programmes nationaux en cours de mise en œuvre sont présentés ci-après à titre d'exemple.

« **Choose Life** » (*Choisir de vivre*) – **la stratégie et le plan d'action nationaux pour prévenir le suicide en Écosse** (2002) visent à réduire le taux de suicide de 20 % d'ici à 2013. Un réseau national regroupant des représentants des autorités locales, de différents services – police, ambulance, urgence en cas d'accident et administration pénitentiaire – et d'organisations non gouvernementales (ONG) de premier plan, ainsi qu'un programme national de formation et de renforcement des capacités ont été créés dans ce cadre. Ces mesures sont mises en œuvre dans 32 collectivités locales. Les plans au niveau local visent à atteindre les trois objectifs suivants :

- parvenir à coordonner les actions de prévention du suicide au niveau de différents services : soins de santé, protection sociale, éducation, logement, police, bien-être et emploi ;
- élaborer des programmes multiprofessionnels de formation afin de renforcer les capacités, le but étant d'appuyer les mesures de prévention du suicide ;
- soutenir financièrement les interventions au niveau local et de proximité (10).

**Le Plan d'action pour la prévention du suicide en Estonie** détaille des stratégies destinées à différents groupes cibles, des précisions étant données sur les points suivants : objectifs, programmes, délais, types de personnes responsables, résultats attendus, risques, etc. Il prévoit d'allouer des fonds pour créer un centre national qui serait officiellement chargé de coordonner et d'élaborer des programmes de prévention dans le pays. Des mesures essentielles telles que le suivi des tentatives de suicide et le recensement des individus à risque pour lesquels il est nécessaire d'intervenir à titre préventif sont également prévues.

**Le Programme national de prévention du suicide en Allemagne** (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland) (2003) (11) est remarquable en ce sens qu'il implique la participation de nombreux groupes de travail, organes administratifs et institutions fédérales. Il prévoit des interventions dans les domaines suivants : éducation du public, intervention en situation de crise, prévention du suicide chez les enfants et chez les jeunes, prévention du suicide sur les lieux de travail, limitation de l'accès aux moyens permettant de se suicider, détection et traitement de la dépression et de troubles connexes ainsi que de troubles psychiatriques spécifiques, formation des professionnels de la santé et sensibilisation aux facteurs de comorbidité.

Des groupes de travail distincts se penchent en particulier sur les problèmes de toxicomanie et sur les populations à risque, ainsi que sur les survivants et les membres de familles en deuil.

Le travail en coopération avec les médias est également essentiel dans le cadre de ce programme.

Pour prévenir le suicide chez les adolescents, le **Danemark** a mis au point un **programme éducatif** qui a permis de démarrer des projets pilotes dans des établissements d'enseignement, comme des écoles, et auxquels participent différents acteurs : enseignants, intervenants auprès des jeunes, clergé, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.

**Le programme « Driving licence for a teenager »** (*Comment agir avec un adolescent*) vise à donner aux parents des informations essentielles sur le dialogue et la frustration, et à leur apprendre à créer des liens avec leurs enfants (12).

### **Lutter contre la stigmatisation**

Longtemps considéré comme un sujet tabou, le suicide est toujours lié à un sentiment de honte, de peur, de culpabilité et de malaise. Beaucoup de gens ont du mal à discuter du comportement suicidaire, ce qui n'est pas surprenant puisqu'il est associé à des sanctions religieuses et juridiques extrêmement lourdes. Que l'idée de suicide soit noble ou détestable, courageuse ou lâche, rationnelle ou irrationnelle, il n'en demeure pas

moins qu'un appel à l'aide ou le refus d'accepter une forme de soutien contribuent à créer un sentiment de confusion, mais aussi d'incertitude à l'égard de la prévention. Dans nombre de pays, il a fallu attendre le XX<sup>e</sup> siècle pour que les sanctions religieuses soient supprimées et que les actes suicidaires cessent d'être considérés comme un crime. Le suicide est souvent perçu comme un acte prédestiné et même impossible à prévenir.

Les tabous et les sentiments de cette nature sont des facteurs importants qui entravent la mise en œuvre de programmes de prévention. Lorsqu'on travaille dans ce domaine, on doit être conscient qu'il faut non seulement améliorer ses connaissances de façon rationnelle, mais qu'il faut aussi faire abstraction des idées reçues et des attitudes en la matière. Cela est indispensable pour pouvoir élaborer des programmes de prévention qui permettent de transmettre des connaissances scientifiques, cliniques et pratiques sur le sujet.

## Participation des parties prenantes

L'ensemble de la Région européenne est riche d'exemples illustrant la participation des différentes parties prenantes.

L'**Association internationale pour la prévention du suicide** (AIPS), une ONG officiellement reconnue par l'OMS, qui rassemble des professionnels et des bénévoles de plus de 50 pays, se consacre à la prévention des conduites suicidaires et s'attache à en limiter les effets. Elle offre en outre une tribune pour les universitaires, les professionnels de la santé mentale, les intervenants dans les situations de crise, les bénévoles et les survivants du suicide.

D'autres organisations jouent un rôle essentiel grâce aux services d'aide gratuits qu'elles offrent à ceux qui ont des tendances suicidaires, par téléphone ou lors de rencontres, par courrier postal ou électronique, sans émettre de jugement et en toute confidentialité. L'une des plus anciennes organisations en Europe, **Samaritans**, a créé un réseau de services d'appui international, géré par des bénévoles formés pour être à l'écoute et faire preuve d'empathie, en vue d'apporter un soutien affectif et confidentiel à toute personne suicidaire et désespérée.

Plusieurs **centres de prévention du suicide** créés en Europe dispensent des services d'appui et d'intervention précoces – numéros d'appel d'aide en cas de crise, formation à l'intention des intervenants en contact avec le public et des généralistes, soutien aux survivants (amis et famille d'une personne s'étant suicidée) et mènent des activités de recherche et des campagnes de sensibilisation du public au suicide.

Le réseau **Verder** (*Aller de l'avant*), basé en Flandres (Belgique), apporte un soutien aux survivants du suicide. Fort de quinze groupes chargés de créer et de coordonner des activités visant à aider les survivants à surmonter leur chagrin et leur peine dans l'ensemble de la région flamande, ce réseau a publié une brochure (13) qui contient des informations essentielles sur le deuil à la suite d'un suicide et sur l'aide à donner aux survivants. Cette brochure est distribuée gratuitement auprès des généralistes, des hôpitaux, des centres de santé mentale, des centres d'appel d'aide, des groupes d'entraide, des centres de soins aux victimes et des services sociaux, et les médias en font la publicité auprès du grand public.

Parmi d'autres initiatives prises par ce réseau, on citera la représentation dans l'ensemble du pays d'une pièce de théâtre sur l'expérience des survivants et la remise d'une récompense à des journalistes ayant fait un portrait fiable et respectueux du suicide et des survivants du suicide. Verder est en outre à l'origine de la *Charte des droits des survivants du suicide*, qui a été approuvée et traduite par d'autres organisations en Europe.

*Le survivant a le droit :*

- *de connaître la vérité au sujet du suicide ;*
- *de vivre pleinement, dans la joie et la peine, sans être stigmatisé ni jugé ;*
- *de trouver un soutien auprès de sa famille, de ses amis et de professionnels, et de mettre son expérience au service d'autrui ;*
- *de ne jamais se comporter comme par le passé : il y a une vie avant et après le suicide.*

En Ukraine, où le taux de suicide chez les hommes est l'un des plus élevés au monde (61,8 pour 100 000 habitants) (14), l'ONG **Human Ecological Health** (Odessa), qui œuvre en particulier avec l'administration pénitentiaire et

l'armée ukrainiennes, forme des gardiens de prison et des médecins qui travaillent en milieu carcéral à la prévention du suicide.

En Serbie-et-Monténégro, l'association **Srce** (*Cœur*), active depuis plus de dix ans dans la région de Novi Sad, apporte un soutien affectif par téléphone aux personnes en situation de crise, et met au point des programmes d'information destinés aux adolescents des lycées.

**Santé mentale Europe**, une ONG européenne, milite pour sensibiliser davantage l'opinion à la charge du suicide et pour mieux faire connaître les programmes de prévention au niveau décisionnel. Elle aide ses organisations membres, en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale, à mener des actions et à mettre en place des projets en coopération avec des institutions nationales et locales, des groupes d'universitaires et de recherche européens, des utilisateurs des services de santé mentale et des organisations sociales.

## Références<sup>1</sup>

1. Bertolote JM, Fleischmann, S. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002, 1 (3): 181–186.
2. *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
3. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. Base de données européenne de la Santé pour tous – indicateurs de mortalité (HFA-MDB) [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1))
5. Guo B, Harstall C. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Rapport de synthèse du Réseau des bases factuelles en santé) (<http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>)
6. *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2002
7. *From the margins to the mainstream: putting public health in the spotlight: a resource for health communicators*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2003 ([http://www.euro.who.int/document/e82092\\_6.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82092_6.pdf))
8. *Suicide can be prevented: Fundamentals of a target and action strategy*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1993.
9. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. *Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1995: Goals, implementation and evaluation*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1999 (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/mu161.pdf>)
10. *Choose Life. A national action plan and strategy to prevent suicide in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2002 (<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/c/ss.pdf>)
11. *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2004 (<http://suizidpraevention-deutschland.de/>)
12. Pour de plus amples renseignements, s'adresser au :  
Centre de recherche sur le suicide  
Søndergade 17  
5000 Odense C  
Danemark  
(Tél. +45 66 13 88 11)
13. *WegWijzer voor Nabestaanden na Zelfdoding* [Guide pour les survivants du suicide]. Halle (Belgium), Werkgroep Verder, 2004 (<http://users.pandora.be/nazelfdoding.gent/WegWijzer2004.pdf>).
14. Krug EG et al. eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

## Autres références<sup>1</sup>

Association internationale pour la prévention du suicide  
<http://www.med.uio.no/iasp/index.html>

Samaritans  
<http://www.samaritans.org.uk/>

Verder  
<http://www.werkgroepverder.be/>

Srce  
<http://www.centarsrce.org.yu/>

Santé mentale Europe/Mental Health Europe  
<http://www.mhe-sme.org/>

<sup>1</sup> Tous les sites Web ont été consultés le 28 octobre 2004.

## Remerciements

Nous tenons à remercier le docteur Leen Meulenbergs, du ministère de la Santé (Belgique), le docteur José Manoel Bertolote, du Siège de l'OMS et Mme Roxana Radulescu, de l'organisation Santé mentale Europe, pour leur contribution à l'élaboration du présent document.

**Ce document est publié à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 12–15 janvier 2005.**

