

LES AVIS
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL

Suicide : Plaidoyer pour une prévention active

Didier Bernus

Février 2013

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ



CONSEIL ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

Les éditions des
JOURNAUX OFFICIELS

2013-08

NOR : CESL1100008X

Lundi 25 février 2013

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2010-2015 – Séance du 12 février 2013

SUICIDE : PLAIDOYER POUR UNE PRÉVENTION ACTIVE

Avis du Conseil économique, social et environnemental

présenté par

M. Didier Bernus, rapporteur

au nom de la

section des affaires sociales et de la santé

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 24 avril 2012 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à section des affaires sociales et de la santé la préparation d'un avis sur *Suicide : plaidoyer pour une prévention active*. La section des affaires sociales et de la santé, présidée par M. François Fondard, a désigné M. Didier Bernus comme rapporteur.

Sommaire

■ Avis	4
Introduction	4
■ Les principales étapes de construction des pratiques préventives	5
↳ Des données épidémiologiques encore à améliorer	6
↳ La recherche	9
↳ La crise suicidaire	10
↳ Les facteurs de risque	11
↳ Une réponse construite progressivement	14
↳ Les exemples étrangers	17
■ Les nouvelles orientations en faveur d'une prévention active	18
↳ Articuler plus étroitement le Programme national d'actions contre le suicide et le Plan psychiatrie et santé mentale	18
↳ Promouvoir les dispositifs d'alerte	19
↳ Prendre en charge	21
↳ Favoriser un travail en réseau et le pérenniser	21
↳ Créer un observatoire national des suicides travaillant en réseau avec des centres territoriaux	22
↳ La prévention du suicide, affaire de tous	24
Conclusion	25
■ Déclaration des groupes	27
■ Scrutin	43

Annexes	45
Annexe 1 : composition de la section des affaires sociales et de la santé	45
Annexe n° 2 : liste des personnalités auditionnées	47
Annexe n° 3 : table des sigles	48
Annexe n° 4 : glossaire	49
Annexe n° 5 : bibliographie	50

SUICIDE: PLAIDOYER POUR UNE PRÉVENTION ACTIVE¹

Avis

Introduction

Presque 11 000 morts et 220 000 tentatives par an, tels sont les chiffres du suicide en France. Au regard de leur importance, le suicide doit-il être considéré comme une fatalité ne laissant pas de place à la prévention ? Une politique de prévention routière volontariste, au-delà de sa seule dimension répressive, a permis de rompre avec une telle fatalité grâce à une large prise de conscience individuelle et collective. Le nombre de tués sur les routes est passé de 12 000 en 1993 à moins de 4 000 à ce jour.

Déjà en 1993, suite à l'étude présentée par Michel Debout au Conseil économique et social, le suicide est défini comme un problème de santé publique. Ce travail faisait le constat des ravages occasionnés par le suicide et préconisait de se doter d'outils d'observation. L'étude avait suscité une forte attention et les associations existantes s'étaient immédiatement mobilisées et de nouvelles s'étaient créées. Dès lors, s'imposait l'idée de la mise en place d'une politique préventive au niveau national et depuis 2000, le ministère de la Santé prend en compte la prévention du suicide dans les plans nationaux de santé publique, notamment le Programme national d'actions contre le suicide 2011/2014. Des résultats encourageants ont été obtenus. En un quart de siècle, le nombre de décès par suicide a baissé de 20 % en France. Ce chiffre atteint 50 % chez les adolescents grâce à des stratégies spécifiquement ciblées. Pour autant, est-ce suffisant ?

Aujourd'hui, les effets du suicide doivent être considérés non seulement pour le suicidant mais également pour son entourage et pour la société toute entière. On comprend que le suicide soit une question de santé publique et que sa prévention ne se résume pas à sa seule dimension médicale.

Aussi, vingt ans après, le Conseil économique, social et environnemental a-t-il jugé utile de faire une mise au point sur la prévention du suicide en France. Pour être le plus fidèle possible aux réalités de terrain, un état des lieux s'impose comme préalable à toute nouvelle orientation et mobilisation. Le Conseil économique, social et environnemental consacre donc un avis aux pratiques préventives et à leur évolution. Leur prise en compte déterminée engage à l'élaboration de préconisations rapidement opérationnelles.

Cet avis reprend les principales étapes qui ont permis de penser et de construire les pratiques préventives actuelles. Il propose de nouvelles orientations et mobilisations fortes en faveur d'une prévention active, au regard de l'expérience française, de ses réussites et de ses manques, en tenant compte des pratiques étrangères, notamment anglo-saxonnes, pionnières dans ce domaine.

Délibérément, deux questions ne sont pas traitées par cet avis : le suicide comme expression de liberté « ultime » (en lieu et place de l'accompagnement de la fin de vie instauré par la loi Léonetti) et l'euthanasie.

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 123 voix et 43 abstentions (voir le résultat du scrutin en annexe).

Définition des termes utilisés

Suicide

Mort volontaire.

Tentative de suicide (TS)

Passage à l'acte auto-agressif dans l'intention de se donner la mort mais sans y parvenir.

Suicidé

Individu qui s'est donné la mort volontairement.

Suicidant

Individu qui a réalisé une tentative de suicide

Suicidaire

Qualifie un individu, une pensée, un processus, une crise, un risque, un acte, lorsque la mort est appréhendée par l'individu comme seul recours, seule solution à une situation.

Les principales étapes de construction des pratiques préventives

La prévention du suicide a évolué au fil des ans car la perception même du suicide dans nos sociétés a également été modifiée. Un propos sur l'histoire du suicide serait trop long aussi nous ne retiendrons que quelques étapes déterminantes dans ce processus.

A partir de la fin du 18^e siècle, le suicide, sujet tabou, ne fait plus uniquement l'objet de considérations religieuses et philosophiques. La révolution française le dépénalise dans le code pénal de 1791. Au 19^e siècle, le suicide entre dans le domaine médical par le regard des aliénistes qui établissent un lien avec la maladie mentale. Émile Durkheim, à la même période, met en évidence que l'état de la société et le lien social influent sur le suicide : plus l'intégration dans la société est faible, plus le taux de suicide est élevé.

En 1953, en Angleterre, le Pasteur Chad Varah met en place le premier service d'écoutes téléphoniques au monde. Cette étape décisive met en lumière que des actions volontaristes (aller à la rencontre des personnes en détresse, les sortir de leur isolement) sont efficaces en matière de prévention du suicide.

En 1993, l'étude du Conseil économique et social consacrée au suicide marque, en France, une nouvelle étape déterminante dans son appréhension et sa prévention.

Enfin en 2013, nombre de constats établis par le Conseil économique, social et environnemental dans son avis relatif aux « *enjeux de la prévention en matière de santé* »² sont applicables à la prévention du suicide : une épidémiologie lacunaire, une politique de dépistage à affiner, une évaluation des politiques de prévention assez pauvre et une prise en compte de la dimension territoriale des politiques de prévention encore insuffisante.

La prévention doit être partie intégrante de toute politique de santé. Pour le suicide, elle est particulièrement complexe à mettre en œuvre car tout l'éventail des contextes, (individuels, familiaux, professionnels...), doit être pris en compte.

Des données épidémiologiques encore à améliorer

L'examen des chiffres relatifs au nombre de morts par suicide, aux tentatives de suicides et même aux pensées suicidaires, pour les différentes tranches d'âge, permet de mieux connaître le phénomène du suicide.

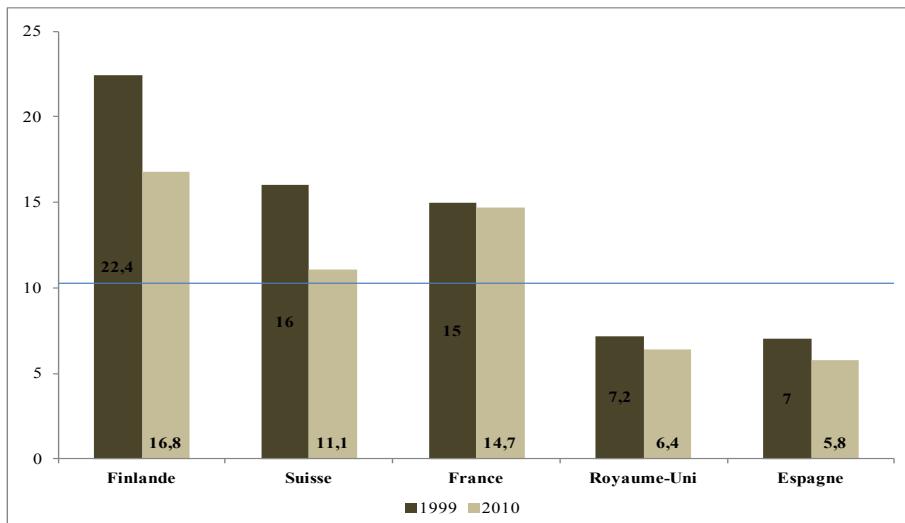
Quelle est la situation du suicide en France, comment a-t-elle évolué au fil des années ?

Les décès par suicide

Données globales

Une politique active de prévention a contribué à la baisse de l'ordre de 20 % du nombre de décès par suicide en France entre 1986 et 2010. Au cours de ces vingt-cinq années, le nombre de morts est passé de 12 525 à 10 334³. En 2010, le taux de mortalité par suicide est de 14,7 pour 100 000 habitants. Il se situe nettement au-dessus de la moyenne européenne (10,2 pour 100 000 habitants). Des progrès supplémentaires pourraient être accomplis au regard des résultats obtenus par d'autres pays sur la même période (Cf. tableau ci-dessous).

Graphique 1 : Évolution du taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants



Source : Eurostat – dernières mises à jour 14 décembre 2012. Graphique section affaires sociales

² *Les enjeux en matière de prévention de la santé*, Avis du CESE, rapporteurs Jean-Claude Etienne et Christian Corne, 2012.

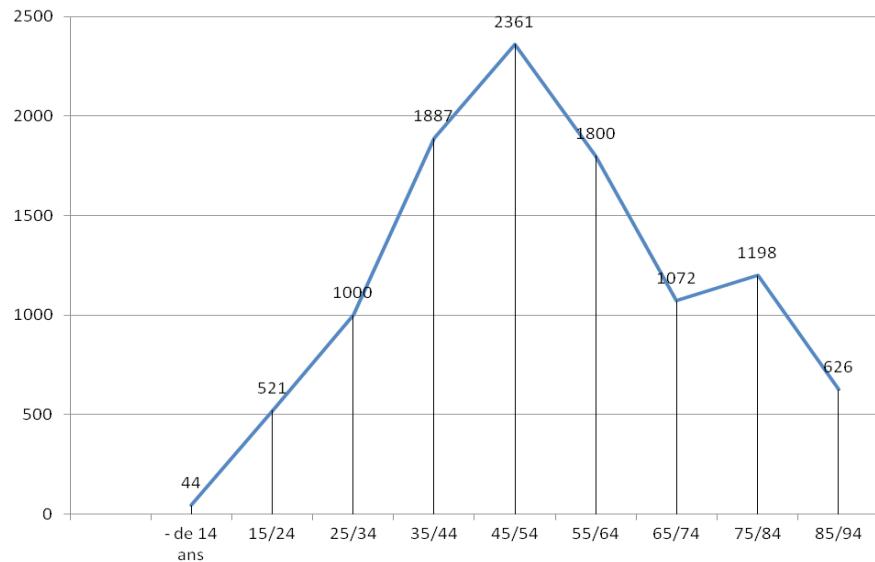
³ Source Insee.

Ces comparaisons doivent être interprétées avec prudence en raison des différences dans la collecte de l'information.

▣ Évolution du nombre de décès par suicide selon les âges

L'épidémiologie met en évidence une forte corrélation entre le nombre de suicides et l'âge.

Graphique 2 : Nombre de décès par suicide par âge en 2010



Source : Inserm. Graphique section des affaires sociales et de la santé

Ces données font apparaître que plus de 57 % des décès par suicide interviennent entre 35 et 64 ans. Ce constat engage à une double prise de conscience :

- le suicide des adultes doit faire l'objet d'une attention soutenue ;
- compte tenu du nombre de décès intervenant après une ou plusieurs tentatives de suicide, il est indispensable de prendre en compte toutes les tentatives de suicide, notamment celles des adolescents et des jeunes adultes.

Par ailleurs, plus on avance en âge, plus le taux de suicide augmente :

Graphique 3 : Nombre de décès par suicide pour 100 000 habitants en 2010

Moyenne générale	75-84 ans	85-94 ans
14,7	29,5	41,5

Source : Infosuicide.org

▣ Disparités régionales

Ces disparités, déjà observées en matière de prévention sanitaire, se retrouvent dans le domaine du suicide. La Bretagne est la région la plus touchée par le suicide (50 % au-dessus du taux moyen de la France métropolitaine). Viennent ensuite les régions Nord Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Limousin, Pays de Loire, Picardie, Franche Comté, Basse-Normandie,

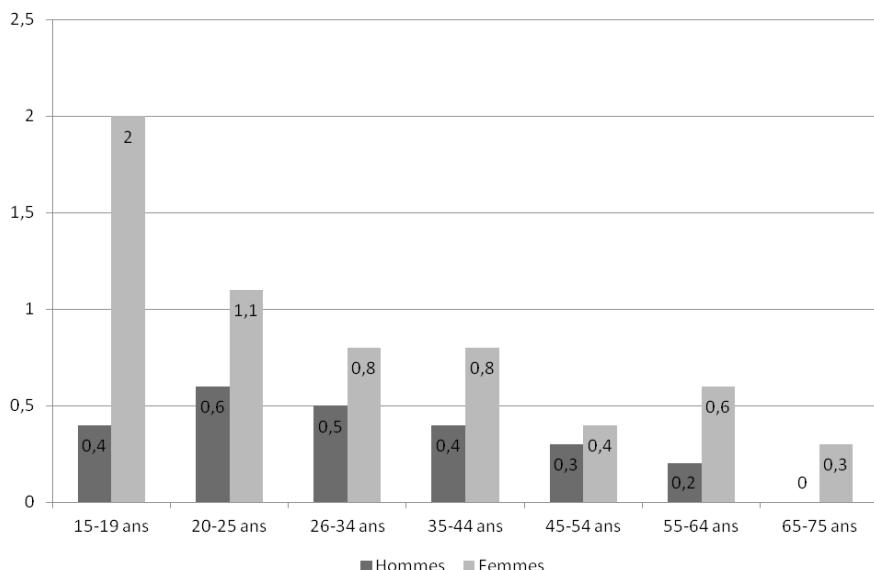
Haute-Normandie (20 % au-dessus du taux de France métropolitaine⁴). En Outre-mer, les départements Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion présentent des taux de mortalité par suicide inférieurs à la moyenne de la métropole⁵.

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide

Selon une étude menée en 2010⁶ sur douze mois, 3,9 % des personnes interrogées, âgées de 15 à 85 ans, déclaraient avoir eu des pensées suicidaires⁷ et 0,5 % avoir fait une tentative de suicide. Une extrapolation de ces données à l'ensemble de la population montre donc que plusieurs dizaines de milliers de personnes seraient concernées.

La fréquence des tentatives de suicide déclarées pendant ces douze mois diminue avec l'âge, tandis que la survenue d'idées suicidaires est maximale entre 45 et 54 ans. Le genre est une variable importante : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et à avoir effectué une tentative au cours de l'année. Le nombre des tentatives de suicide est supérieur chez les jeunes femmes (15-20 ans). Chez les jeunes hommes, l'expression du mal-être peut recouvrir d'autres formes : l'ivresse, parfois mortelle, la délinquance, les agressions, les réactions de violence en général. Depuis quelques années, ces phénomènes touchent de plus en plus de jeunes filles.

**Graphique 4 : Prévalence des tentatives de suicide
au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge en France en 2010 (en %)**



Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 47-48- 13 décembre 2011. Graphique section des affaires sociales et de la santé.

⁴ État de santé de la population en France 2011- chiffres 2008.

⁵ Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

⁶ Étude conjointe menée par l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), le Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes), l'Inserm, et l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

⁷ Cf. Glossaire.

Toujours selon cette étude, les facteurs principaux associés aux pensées suicidaires et/ou aux tentatives de suicides sont le fait de vivre seul, la situation de chômage, un faible niveau de revenu et la consommation de tabac.⁸ L’Institut de veille sanitaire (InVS) a analysé les données disponibles sur la période 2004-2007 en France métropolitaine. En moyenne 90 000 hospitalisations pour tentatives de suicide sont réalisées chaque année. Elles concernent 70 000 patients, montrant ainsi le nombre considérable de récidives. Les admissions pour tentatives de suicide sont importantes chez les adolescent(e)s de 15 à 19 ans.

Données combinées et colligées

La production de statistiques, combinée aux données épidémiologiques, est essentielle pour définir ou orienter des politiques (nationales ou régionales) de prévention. La connaissance des spécificités épidémiologiques régionales, conjuguée aux fruits de la recherche internationale et française, permettent de mieux les adapter à un territoire. Ces éléments constituent des bases de données utiles même si les acteurs déplorent encore l’insuffisance des données épidémiologiques. De nombreux chiffres existent, mais ne renseignent pas ou insuffisamment les faits. Par exemple, parmi les 521 jeunes de 15 à 24 ans suicidés en 2010 combien étaient scolarisés ou non, occupaient un emploi ou non, vivaient chez leurs parents, seul, en couple, etc. ?

La recherche

La recherche revêt une importance déterminante en matière de prévention du suicide. La recherche se propose également d’améliorer l’analyse des données relatives au suicide et aux tentatives de suicide.

L’InVS pilote actuellement un programme associant la direction générale de l’offre de soins (DGOS) et l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH), afin d’enrichir les statistiques des tentatives de suicide, en croisant plusieurs sources. Cette analyse s’appuie sur les données d’hospitalisation (programme de médicalisation des systèmes d’information en médecine-chirurgie-obstétrique), le recours aux urgences et les déclarations des tentatives de suicide du baromètre santé de l’Institut de prévention et d’éducation pour la santé (INPES). Ces travaux en population générale sont complétés par des études ciblées sur certaines catégories de la population. Par exemple, pour les personnes incarcérées, l’InVS, en lien avec l’administration pénitentiaire, étudie la faisabilité d’une utilisation des dossiers médicaux à des fins de surveillance épidémiologique des tentatives de suicide. Un programme de surveillance de la santé mentale selon l’activité professionnelle est également développé par l’InVS (programme Samotrace)⁹. Actuellement en phase pilote en région Rhône-Alpes, ce programme tend à décrire le risque suicidaire selon le sexe, l’âge, la catégorie sociale et le secteur d’activité. L’objectif de ces travaux est d’aboutir à la mise en place d’actions de prévention spécifique. Plusieurs projets innovants de prévention du suicide sont d’ailleurs inscrits dans des programmes hospitaliers de recherche clinique, dans le cadre de la recherche médicale appliquée aux soins.

Le taux de récidive est maximum dans les 4 à 6 mois qui suivent une tentative de suicide. Des programmes de recherche pour prévenir cette possible récidive sont donc développés, des procédures d’amélioration de la continuité des soins sont expérimentées.

⁸ Données Programme de médicalisation des systèmes d’information (PMSI).

⁹ Les personnes incarcérées et programme Samotrace, Direction générale de la santé (DGS).

Les travaux menés sous l'égide du CHU de Lille et du Professeur Guillaume Vaiva sont un exemple significatif de recherche sur ce point particulier. Un dispositif de veille destiné aux personnes ayant fait une tentative de suicide est en cours d'expérimentation. Il vise à proposer au suicidant, après sa (souvent) brève hospitalisation dans un service d'urgence, une ressource valide, au cas où elle se révélerait nécessaire, pendant une période de 6 mois. Ainsi, de façon non intrusive et sans se substituer à la prise en charge existante, le lien est maintenu avec le suicidant après sa sortie de l'hôpital. Ce lien peut prendre diverses formes, selon les circonstances : envoi régulier d'une carte postale personnalisée, appels téléphoniques ou SMS systématiques, envoi de courriers ou remise d'une carte mentionnant un numéro de téléphone permettant de joindre un soignant 24 heures sur 24. Si la personne appelle ou si une crise est identifiée, une consultation est proposée. Ce type de dispositif s'avère particulièrement pertinent auprès des primo-suicidants et des jeunes. L'évaluation du programme¹⁰ met en évidence une diminution du nombre de récidives et de décès et une baisse des conduites à risque.

Autre exemple, au CHU de Brest, une étude spécifique a été effectuée. Pour les jeunes de 17 à 25 ans qui l'acceptent, une hospitalisation brève est proposée dans une structure répondant à certains critères. Le premier d'entre eux est de favoriser une réflexion sur le geste commis par un isolement total de 48 heures au minimum. Progressivement, le jeune sera remis en contact avec l'extérieur et en premier lieu sa famille. À l'issue de l'hospitalisation, de l'ordre d'une dizaine de jours, l'équipe médicale instaure un contact régulier avec le jeune et sa famille pendant six mois. Cette prise en charge a permis une diminution de 50 % du nombre de récidives.

Enfin, grâce à la recherche, un certain nombre de techniques ont été mises au point afin de mieux cerner, et donc mieux prévenir, le risque suicidaire. En effet, si la prédictibilité de l'acte suicidaire reste très incertaine, différents facteurs de risques ont pu être identifiés, notamment par l'autopsie psychologique. Elle se définit par la collecte d'informations sur un grand nombre de paramètres : détails de la mort, paysage familial, contexte social, parcours de vie, conditions de travail, santé physique et mentale, conduites suicidaires antérieures...¹¹ Cette méthode reconnue comme outil de prévention est utilisée pour affiner les facteurs de risque du comportement suicidaire.

D'autres voies sont également explorées. Ainsi, l'approche épidémiologique peut être enrichie par l'expérimentation menée dans le domaine des neurosciences. Les données obtenues devraient contribuer à l'identification du lien éventuel entre la dépression, des lésions au niveau du cerveau et le suicide.

La crise suicidaire

La crise suicidaire est définie par la conférence de consensus¹² comme « *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des*

¹⁰ ALGOS : Cf. annexe glossaire.

¹¹ Autopsie psychologique – Inserm – 2008.

¹² Recommandations du jury de la conférence de consensus de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) sur la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge - octobre 2000.

sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité ». La crise suicidaire est encore plus grave s'il n'y a pas de contacts avec des professionnels de santé.

Évaluer une crise suicidaire suppose d'apprécier :

- les antécédents de tentative de suicide ;
- le degré de souffrance psychique (intensité du désespoir, dévalorisation de soi, sentiment d'impuissance et de culpabilité) ;
- l'impulsivité (passage(s) à l'acte antérieur(s), fugues ou actes violents, troubles panique) ;
- et enfin la survenue d'un évènement précipitant (perte, conflit).

Le passage à l'acte s'élabore comme un scenario, se construit progressivement. Connaître son degré de précision permet une évaluation du risque suicidaire, (notamment si le patient sait où, quand et comment il compte passer à l'acte). Il a été établi que toute intervention est susceptible d'interrompre ce scénario. Ainsi, la clinique confirme que, même dans les phases aiguës, toutes aides, sociales, familiales, thérapeutiques contribuent à prévenir le passage à l'acte.

Les facteurs de risque

Des travaux menés à l'étranger (Grande-Bretagne, USA, Suède, Australie, etc.) comme en France ont permis de décrire les différents facteurs de risque suicidaire. Ils ont également mis en exergue la nécessité d'une action spécifique en direction des suicidants car avoir fait une tentative de suicide expose à un risque considérable de récidive.

Prévenir le suicide suppose de repérer le plus précocement possible les personnes qui présentent un risque suicidaire. L'épidémiologie et la clinique contribuent à identifier ces situations personnelles ou ces contextes qui exposent les individus à un risque suicidaire. Les identifier permet de renforcer la pertinence des actions de prévention qui peuvent être proposées.

Compte tenu de sa dimension multifactorielle, l'identification des risques est indispensable. Il ne saurait toutefois être question de dresser « un portrait robot » du suicidant. Le niveau du risque ne résulte pas de l'addition de différents facteurs ou situations mais de leur interaction. L'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments.

La conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) sur la crise suicidaire a identifié trois facteurs de risque :

- « *des facteurs primaires : les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité. Ces facteurs ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout peuvent être influencés par des traitements* ;
- des facteurs secondaires : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs ; ils sont observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ;

- des facteurs tertiaires : appartenance au sexe (masculin), à l'âge (grand âge et jeune âge), à une période de vulnérabilité (phase prémenstruelle), ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires. »

D'autres facteurs, associés à ces facteurs de risque, peuvent accroître la potentialité de la survenue d'une crise suicidaire. Il en est ainsi de toute situation susceptible d'entraîner un isolement, une précarité, une rupture.

Déjà en 2009, l'étude sur « *Précarité et suicide* » réalisée à l'occasion des 13^{es} journées nationales de prévention du suicide, soulignait que **la précarité** aggravait le risque suicidaire en proportion de la dégradation économique et sociale.

Le risque de décès par suicide est multiplié par deux pour **les chômeurs**¹³. Ce lien entre non-emploi et suicide est tout à fait en accord avec la littérature internationale récente.

L'Observatoire international des prisons (OIP) déplore la recrudescence des suicides **dans les prisons françaises** en dépit des plans de prévention mis en œuvre ces dernières années (2011). Pour les hommes, âgés de 15 à 59 ans, le taux de suicide est six fois plus élevé en prison qu'à l'extérieur.

Depuis la fin des années 1990 (aux États-Unis d'abord, puis dans d'autres pays dont la France) de nombreuses enquêtes mettent en évidence le risque suicidaire majoré parmi **les personnes victimes de discrimination en raison de leur orientation sexuelle**. L'homophobie est d'ailleurs aujourd'hui l'un des facteurs de risque le mieux identifié¹⁴. Le taux de tentative de suicide serait de 17 % chez les homo/bisexuels masculins (27 à 30 % chez les moins de 25 ans) contre 4 % parmi les hommes exclusivement hétérosexuels. Pour les femmes, le risque de tentative est estimé à 25 % chez les homosexuelles contre 6 % pour les hétérosexuelles.

Au-delà de ces catégories bien définies par la littérature scientifique, ces travaux mettent également en évidence des facteurs de risque plus transversaux :

L'isolement peut devenir un facteur de risque lorsque la personne est confinée dans un espace restreint (absence d'infrastructures...), lorsqu'elle est éloignée de ses proches, lorsque son espace de vie ne favorise pas le lien social. Le rapport sur *les solitudes en France*, publié par la Fondation de France en juin 2012, confirme ce diagnostic. Il précise que les 60 ans et plus représentent 41 % des personnes considérées comme isolées, soit 1,2 million de personnes.

Le lien social, quelle que soit la forme qu'il emprunte, familial, amical, professionnel, associatif... contribue à la prévention du suicide. De nombreuses thérapies s'appuient d'ailleurs sur ce ressort. Donner le sentiment qu'au moins une personne s'intéresse à vous participe de la prévention du passage à l'acte.

A tout âge de la vie, un individu peut être confronté à une crise existentielle. Cette crise pose à la société plus de questions qu'elle n'apporte de réponses à la crise suicidaire. Cette crise existentielle peut engendrer une tension nerveuse, un stress, qui permet à l'individu de s'adapter à une nouvelle situation mais pour certains cas particuliers elle peut conduire au suicide. **Les jeunes** y sont particulièrement confrontés. L'isolement, l'exclusion, la perte

¹³ *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles*, Institut de veille sanitaire, Cohidon, 2010.

¹⁴ Rapport de l'INPES et BEH, déc. 2011 n° 47-48.

de confiance en soi notamment au regard des exigences de performances, les conduites addictives, le harcèlement entre autres sur les réseaux sociaux, les exposent au risque de crise suicidaire. Le risque est majoré dans un contexte économique incertain où il est difficile de s'insérer et de se projeter dans l'avenir.

Faute de données statistiques identifiant **les personnes en situation de handicap et leurs familles**, la prévalence du suicide dans cette population est perçue par les associations mais reste encore mal caractérisée par la littérature scientifique.

Les risques psycho-sociaux telle la souffrance au travail, analysée comme l'impact des organisations du travail sur la santé physique et psychique, fragilise les individus ou les groupes¹⁵. Les salariés des secteurs privé et public peuvent être confrontés à des contraintes organisationnelles ou managériales souvent liées à une productivité accrue, au surmenage et au stress qu'elles génèrent, au délitement de certains collectifs de travail (*l'affaiblissement du lien social sur le lieu de travail renforce l'isolement, on ne se parle plus ou peu, on s'envoie des mails, la convivialité disparaît, les relations se tendent...)*¹⁶). Les non-salariés peuvent également être exposés aux risques psychosociaux. Pour autant, le travail constitue un facteur de protection, de lien et d'intégration de l'individu.

Cette question se pose avec une acuité particulière, depuis les années 90 avec la restructuration de grandes entreprises (secteur privé et secteur public). Avec la médiatisation de suicides intervenus dans des entreprises emblématiques, Renault en 2007, France Télécom en 2009, la question des risques psychosociaux est passée au devant de la scène. Ils recouvrent des risques professionnels, d'origine et de nature variée, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. On les appelle psychosociaux car ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail.

Une étude récente¹⁷, menée auprès de 70 salariés ayant fait une tentative de suicide, indique que dans 40 % des cas, le travail a été le facteur déterminant dans le passage à l'acte. Ces salariés, dont la durée moyenne d'ancienneté dans l'entreprise était de dix ans, invoquaient des changements de poste, des conflits avec la hiérarchie, des violences verbales ou des surcharges de travail.

La psychologie sociale appliquée au travail, encore trop peu enseignée, est mal connue par les manageurs. Ces derniers sont souvent désarmés pour affronter les prémisses d'une situation de crise. En outre, ils ne disposent pas toujours des relais nécessaires pour la résoudre.

En milieu rural, le taux de tentative de suicide des agriculteurs exploitants est plus faible que celui de la population générale, le nombre de décès par suicide est en revanche supérieur¹⁸. Afin de disposer de données plus précises, la CCMSA a défini un partenariat avec l'InVS. L'objectif de l'étude est de décrire périodiquement la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants selon des variables démographiques et professionnelles et d'en suivre l'évolution. C'est à partir de ces analyses que pourront apparaître d'éventuels leviers pour la prévention.

¹⁵ *La souffrance au travail*, Christophe Dejours, psychiatre.

¹⁶ Audition de Bernard Ollivier, Directeur des relations du travail et de la transformation sociale, Renault Siège, devant la section des affaires sociales et de la santé le 5 décembre 2012.

¹⁷ CHU de Caen 2012.

¹⁸ *Suicide et activité professionnelle en France*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2011.

Une réponse construite progressivement

Nonobstant la complexité de l'approche du suicide, certaines pratiques font maintenant consensus : identification des facteurs de risque, formation des professionnels, instauration d'un suivi systématique des personnes après une première tentative de suicide... Ces pratiques ont contribué au fondement des premières politiques de prévention du suicide, engageant les pouvoirs publics à mettre en marche une politique de santé prenant en compte cette prévention.

Les acteurs de terrain

Les acteurs se sont progressivement organisés pour renforcer leurs actions préventives.

La création, en 1969, du Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) qui regroupe l'ensemble des acteurs, a marqué un tournant dans la prise de conscience d'une possible prévention. Il est affilié à l'Association internationale pour la prévention du suicide. D'autres acteurs associatifs se sont progressivement impliqués dans la prévention du suicide notamment les associations familiales. Cette démarche s'est concrétisée avec la création, en 2004, de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés : au cours des cinq dernières années, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient et près de la moitié à un suicide¹⁹. Ces constats soulignent le rôle essentiel qu'ils ont à jouer dans le dépistage des signes d'alerte et la prise en charge des troubles susceptibles de faire craindre un passage à l'acte suicidaire.

Lorsqu'ils existent, les professionnels de santé exerçant dans les établissements scolaires et dans les entreprises jouent également un rôle dans la prévention du suicide.

L'action des pouvoirs publics

• Au plan national

La stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 s'inscrivait dans l'objectif plus large de réduction de la mortalité prématuée évitable. Elle se déclinait selon quatre axes : favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge et la connaissance épidémiologique. Son évaluation a clairement mis en valeur l'apport de la stratégie de formation des « personnes ressources » leur permettant d'acquérir les compétences en matière de repérage, d'évaluation et de gestion de la crise suicidaire, d'amélioration de l'orientation et de la prise en charge. Autre apport, l'approche par « public cible » (les détenus, les jeunes, les personnes âgées,...) grâce à laquelle une réelle diffusion de la stratégie en région a été possible.

Le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) s'inscrit dans la continuité de la stratégie nationale 2000/2005 et prévoit un budget total de 15 millions d'euros. Il élargit chacun des axes du plan précédent en les complétant (information et communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide, animation du programme au niveau local). Il porte une attention particulière à certaines populations, comme les jeunes adultes ou les proches de victimes de suicides. Enfin, il ambitionne d'améliorer la qualité des données dans la population générale (suivi des suicides et tentatives de suicide) comme dans les populations spécifiques (contexte professionnel, milieu carcéral, milieu agricole...).

¹⁹ *La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville*, Drees – Études et résultats –septembre 2012, n° 810.

Certaines de ces actions sont d'ailleurs reprises dans le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 qui met notamment l'accent sur la nécessité d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques, de renforcer la continuité des soins post-crise, de lutter contre les addictions et de mener des actions pour un meilleur usage des psychotropes. Ce plan prévoit le renforcement du volet psychiatrique de la formation initiale des généralistes et de la formation continue au travers du développement professionnel continu (DPC), ainsi qu'une offre plus étendue de stages dédiés.

Toutefois, les moyens financiers ne sont pas toujours à la hauteur des objectifs affichés comme l'attestent l'évaluation du plan précédent (2005-2008) et la dégradation globale des équipements en psychiatrie²⁰. Or, la modernisation des équipements, notamment en termes d'accueil et d'humanisation des établissements, a un effet positif sur l'évolution des pratiques des équipes, tant en intra qu'en extra hospitalier et sur les relations avec les autres partenaires²¹.

- **Au plan régional**

Afin de renforcer l'efficacité des actions du programme national de prévention du suicide et dans une logique territoriale de prise en charge des patients, des programmes régionaux de prévention du suicide ont été mis en place dans une dizaine de régions. Les évaluations des outils (répertoire des acteurs), de formations et d'actions interdisciplinaires (mise en réseau de professionnels et intervention d'un psychologue dans les missions locales) ont été conduites en 1999 par les Observatoires régionaux de santé²² (ORS). Les résultats sont en demi-teinte. Ces actions sont bien accueillies par les acteurs, la pluridisciplinarité progresse et, même si les évaluations *a posteriori* restent difficiles à conduire, elles influent sur les comportements. Pour autant, la mise en réseau effective des acteurs, notamment en termes de relation entre la médecine générale et la psychiatrie hospitalière, reste difficile. Ainsi le développement du partenariat entre les médecins généralistes et les psychiatres, prévu par les textes (plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 et convention médicale du 26 juillet 2011) est-il difficilement réalisable sur le terrain. Les généralistes déplorent le manque de lits et places disponibles dans les hôpitaux et lieux d'accueil pour assurer le lien avec des professionnels et des structures de santé mentale.

Cette dimension territoriale est fondamentale car il incombe désormais aux Agences régionales de santé (ARS) d'apporter des réponses adaptées aux spécificités et aux besoins locaux et d'améliorer la répartition territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale très présente en psychiatrie. Les ARS sont chargées de la prise en charge des patients, notamment dans les situations d'urgence psychiatrique. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 met d'ailleurs l'accent sur l'organisation d'une offre territoriale cohérente.

- ***Une fiabilisation progressive des données***

Il s'agit probablement du principal « *point noir* » pour l'avancée de la connaissance et de la recherche en matière de prévention du suicide, le nombre de suicide, pourtant important en France, est sous-estimé. Dans les années 2000, cette sous-estimation des suicides dans les certificats de décès était évaluée à 20 %. En 2006, une nouvelle estimation faite par le

²⁰ Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) : *évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* (août 2011).

²¹ HCSP - août 2011- expérimentation sur 5 sites (CHU de Montpellier, CMP de Lunel, services psychiatriques du CH de Dieppe, UNACOR de Rouen, Unité d'hospitalisation pour adolescents du groupe hospitalier du Havre).

²² Fnors – *Evaluation de 8 actions de prévention du suicide* - ORS de Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Rhône Alpes. 1999.

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC-Inserm) montre que le chiffre aurait baissé et se situerait actuellement à 9,4 %.

Trois points doivent pouvoir être améliorés :

- *la collecte des données relatives aux suicides* : lors d'un décès, les informations nominatives, sans indication sur les causes du décès, sont transmises à l'Insee et les données médicales anonymisées sont transmises au CépiDc. La base de données du CépiDc recouvre l'ensemble des décès survenus en France depuis 1968. Cet organisme transmet à l'InVS une base de données nationale de l'ensemble des décès et à l'ARS la base régionale correspondante.
- Il existe trois formes médico-légales de la mort : la mort naturelle, la mort violente (accidentelle, suicidaire, criminelle) et la mort suspecte. Il n'est pas toujours facile, pour le médecin qui constate le décès, de qualifier avec exactitude la cause de la mort lorsqu'elle est naturelle ou violente. D'autant que le médecin ne dispose bien souvent ni du temps (délais légaux), ni des éléments (analyses toxicologiques) nécessaires. En outre, le médecin généraliste hésite souvent à accroître le désarroi des familles en indiquant le suicide comme cause de la mort.
- Enfin, en cas de « mort suspecte » et conformément aux dispositions du code de procédure pénale, le médecin légiste est tenu d'envoyer les éléments uniquement au juge. Il ne sera pas informé des suites données. Un nouveau texte, actuellement soumis à l'examen du Conseil d'État, devrait permettre au médecin légiste de communiquer au CépiDc les éléments anonymisés dont il dispose.
- *la collecte des données relatives aux tentatives de suicide*. C'est la prise en compte des hospitalisations et du passage aux urgences qui est actuellement le pivot du recueil de données relatives aux tentatives de suicide.
- *l'utilisation des données* : la confidentialité très stricte attachée à la cause de la mort limite la cession des données en vue d'études lorsqu'elles portent sur des effectifs réduits (dans un département, le nombre de suicide pour les hommes âgés de 15 à 24 ans est de l'ordre de la dizaine par an).

Une absence d'évaluation des coûts induits

A titre de comparaison, faire baisser le nombre de tués sur la route de 12 000 en 1993 à 4 000 aujourd'hui a permis de générer une économie de 20 milliards d'euros.

En matière de prévention du suicide, une étude de janvier 2012 conduite dans la région Flandres, estime à 500 millions d'euros le coût des 1 100 suicides annuels. Ce coût intègre la prise en charge des suicidants, des soins apportés aux urgences, des soins à long terme. Sur ces mêmes bases, les coûts directs et indirects en France peuvent être estimés à près de 5 milliards d'euros²³. A cette prise en compte du coût des soins, des arrêts de travail, il faudrait ajouter les effets collatéraux sur les proches, plus difficiles à évaluer.

²³ Michel Debout et Jean-Claude Delgenes - Journée mondiale de prévention du suicide - septembre 2012.

Les exemples étrangers

Les comparaisons internationales permettent de mettre en valeur des bonnes pratiques dont la France a pu, et peut encore, s'inspirer. Les mesures de prévention du suicide, même si tous les pays ne sont pas dotés de plans *ad hoc*, sont assez similaires. En revanche, les priorités données à certaines actions, des expérimentations et des recherches spécifiques ont pu donner des résultats intéressants.

Intégration de la prévention du suicide dans les politiques de santé mentale : l'exemple de la Grande Bretagne

Le nombre de suicides en Grande-Bretagne, 4 006 en 2007, est le plus bas d'Europe. Ce pays tire aujourd'hui les bénéfices d'une politique active de prévention du suicide, initiée dès 1953 par le Pasteur anglican, Chad Varah. A cette fin, il a fédéré des bénévoles au sein d'une association, *The Samaritans*, encore très active aujourd'hui.

En dépit de ces excellents résultats, les autorités britanniques estiment que ce nombre pourrait encore être divisé par deux. Les initiatives sont multiples et l'un des points forts du programme de prévention du suicide²⁴ tient à la promotion de la santé mentale au sein de la population et plus particulièrement des groupes à risque. L'institut national pour la santé mentale, chargé de la mise en œuvre de ce programme, veille à l'articulation entre la psychiatrie et la médecine générale. Déjà, dans les années 1990, le programme *Defeat depression* associait étroitement le collège Royal de psychiatrie et le collège Royal des généralistes.

En outre, la Grande-Bretagne intègre des événements contextuels tels que la crise économique et sociale dans ses travaux en matière de prévention du suicide. Une étude publiée par le *British medical journal* (14 août 2012) évalue à 1 000 le nombre de suicides supplémentaires imputables à la crise pour la période 2008 à 2010.

Articulation de la recherche et des pratiques médicales pour prévenir le suicide : l'exemple du centre national Suédois pour la recherche sur le suicide et la prévention des maladies mentales

De nombreuses études scandinaves mettent en évidence le lien entre les effets du traitement de la dépression, y compris par un bon usage des psychotropes, au niveau de la population et la baisse significative du nombre de suicides. Elles sont corrélées par des données épidémiologiques suggérant que les médicaments antidépresseurs réduisent le risque de suicide chez les personnes présentant un état dépressif. La **Suède**, prenant appui sur ces travaux, a obtenu la réduction du nombre de suicides par la formation pédagogique des médecins généraliste pour une meilleure connaissance des dépressions et, en corollaire, une meilleure approche thérapeutique. Cette amélioration de la reconnaissance et de la détection de la dépression s'inscrivait dans un programme national très ambitieux impliquant les professionnels de santé mais également les écoles, les institutions éducatives, les associations laïques et religieuses.

²⁴ Cf. annexe : glossaire

Les nouvelles orientations en faveur d'une prévention active

La consécration du suicide comme « *l'un des grands problèmes de santé publique* » par le Conseil économique et social il y a 20 ans doit être confirmée. La prévention du suicide doit devenir rapidement une Grande cause nationale. Il faut faire passer l'idée dans l'opinion publique que prévention de la crise suicidaire et réduction du nombre de morts par suicides sont possibles.

Outre le drame individuel que représente le suicide, il révèle un état de la société. La société, son évolution, influe sur les facteurs de risque, minorant certains d'entre eux et en majorant d'autres. Les politiques de prévention doivent donc prendre en compte la dimension multifactorielle du suicide et l'évolution constante des facteurs de risque. Elles sont dès lors particulièrement complexes à définir et à mettre en œuvre.

Le présent avis se concentre sur la prévention du suicide. Il s'agit d'un fléau qu'une action déterminée, ciblée et précise peut réduire de façon substantielle. A l'instar des acteurs de terrain agissant pour la prévention du suicide, les préconisations qui suivent, traduisent une forte détermination.

Les préconisations de l'avis du Conseil économique, social et environnemental sur *les enjeux de la prévention en matière de santé*²⁵ sont souvent applicables au domaine spécifique de la prévention du suicide : la poursuite de nouvelles études et de recherches pour améliorer la connaissance, la formation des professionnels, l'information du grand public, etc. Ce type de mesures est d'ailleurs inscrit dans les plans de prévention du suicide. Le présent avis approuve les nombreuses initiatives et actions existantes. Il convient d'ailleurs de les pérenniser, de les développer et de les compléter.

Par delà leur consolidation, la France doit aujourd'hui construire une politique de prévention pour les 20 ans à venir. A cette fin, notre pays doit se doter d'une instance, travaillant sur la prévention du suicide par l'analyse des pratiques et la promotion des synergies en matière de recherche. L'articulation entre la prévention du suicide et les politiques de promotion de la santé mentale, très forte dans de nombreux pays, doit y être affirmée. En effet, la fragilisation des acteurs et des structures de la santé mentale menace la bonne exécution des Plans de prévention du suicide.

Articuler plus étroitement le Programme national d'actions contre le suicide et le Plan psychiatrie et santé mentale

L'OMS met en avant qu'une majorité de suicides et de crises suicidaires « *révèle un diagnostic de désordre mental* » dont la dépression. La prise en compte de la dépression, de l'alcoolisme et autres addictions, des troubles de la personnalité, des troubles mentaux, participe à la prévention du suicide. Le plan psychiatrie et de santé mentale intègre la prise en charge de ces pathologies mais il devrait établir un lien formel avec le programme national d'actions contre le suicide ce qui mettrait en cohérence les politiques de prévention. Cependant, il est nécessaire d'attribuer les moyens humains et financiers permettant la mise en œuvre effective de ces politiques. Cela est d'autant plus nécessaire que la situation

²⁵ Ibidem

difficile de la psychiatrie en France, de ses acteurs, de ses relais, fragilise l'action en matière de prévention du suicide et remet en cause de plus en plus souvent des réseaux efficaces.

Le programme national d'action contre le suicide prévoit d'anticiper le passage à l'acte en allant au devant des suicidants et d'assurer le suivi de ces populations. En cela, il se conforme aux recommandations de l'OMS pour les professions de santé primaire²⁶.

Paradoxalement les structures d'accueil et de prévention du suicide se raréfient dans des proportions très préoccupantes. Par exemple, l'Île-de-France compte quatre structures aujourd'hui²⁷ alors qu'elles étaient encore une dizaine il y a quelques années. Le CESE regrette que l'impact de la disparition de ces structures ne soit jamais évalué. En effet, une économie réalisée à court terme peut générer un coût à moyen ou long termes.

Certaines situations spécifiques sont particulièrement mal prises en compte telles les dépressions du *post partum* dont on sait combien les issues peuvent être dramatiques. Il n'existe qu'une vingtaine d'unités parents-enfants en France pour leur prise en charge. Le nombre de lits au niveau national est dérisoire.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, le repérage et la prise en charge des suicidants et de leurs proches doivent être améliorés. A cette fin, il recommande de développer et de pérenniser les structures d'accueil et de prévention du suicide et de leur attribuer les moyens d'une réelle prise en charge et d'une véritable visibilité.

Promouvoir les dispositifs d'alerte

Déceler le scenario de la crise suicidaire demeure essentiel en matière de prévention. A cet égard, « l'alerte » mérite d'être promue. Certes, elle tend à s'organiser mais reste encore trop peu structurée. Pouvoir la formaliser, s'assurer de sa prise en compte, permet une intervention déterminante pour prévenir le passage à l'acte.

Les proches

Chaque personne suicidaire, chaque suicidant, est, d'une manière générale, en relation avec une vingtaine de personnes. Sensibilisée au suicide, chacune d'elles peut avoir un rôle et un impact pour déjouer la crise suicidaire. Après une tentative de suicide, associer les proches aux dispositifs de veille et les sensibiliser aux phases de la crise suicidaire peut être bénéfique.

Les professionnels de santé

Tout professionnel de santé, quelle que soit son activité, son lieu d'exercice, peut être confronté à une crise suicidaire. Leur intervention est bien souvent fondamentale. Leur formation initiale aborde la problématique du suicide et la formation continue est essentielle. Les connaissances acquises doivent être entretenues et actualisées. La formation continue relative au suicide permet aux professionnels d'être maintenus en alerte. De l'avis des spécialistes, elle doit être renouvelée tous les trois à cinq ans. Pour le Conseil économique, social et environnemental, elle doit être intégrée dans les orientations annuelles du Développement professionnel continu (DPC).

²⁶ *La prévention du suicide : indication pour les professionnels de santé primaire*, OMS – 2002

²⁷ Audition de Philippe Carette, Docteur en psychologie, membre du Conseil d'administration de l'UNPS, Directeur du centre de Popincourt de Prévention du suicide et de lutte contre l'isolement à Paris devant la section des affaires sociales et de la santé le 21 novembre 2012.

Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale. Il occupe donc une place centrale dans les dispositifs d'alerte et a un rôle essentiel dans les dispositifs de veille. La formation des médecins généralistes au bon usage des psychotropes, prévue par le plan psychiatrie et santé mentale, est primordiale et doit notamment être en lien avec un meilleur diagnostic de la dépression. Le CESE souhaite que cette action fasse l'objet d'une évaluation.

D'autres professionnels de santé non spécialistes jouent un rôle important.

Ceux exerçant dans les services de santé scolaire, médecins et peut-être plus encore infirmier(e)s, peuvent intervenir pour déjouer une crise suicidaire, repérer les signes précurseurs. Ils peuvent utilement et efficacement intervenir pour prendre en compte les conséquences d'une tentative de suicide ou d'un suicide auprès des élèves ou des étudiants. Cela suppose qu'ils bénéficient d'une formation et que leur présence soit plus systématique dans les établissements. Le CESE préconise à nouveau une augmentation des moyens consacrés à la médecine scolaire afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle.

Au-delà d'une présence plus systématique, il est nécessaire que les offres de prise en charge, quand elles existent, soient davantage connues, à l'instar des bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) qui, en plus d'être en nombre largement insuffisants ne sont connus que de 8 % des étudiants²⁸.

Les services de santé au travail prennent de mieux en mieux en compte les risques psychosociaux dans la prise en charge des salariés. L'action des professionnels de santé est déterminante. Certaines entreprises, notamment lorsqu'elles sont dotées de psychologues du travail, se sont appuyées sur ces professionnels pour développer des actions de prévention. Toutefois, les moyens dont dispose la médecine du travail ne permettent pas une large diffusion de ces pratiques innovantes sur le territoire ; le CESE ne peut que renouveler sa détermination et ses préconisations de voir ces moyens préservés et augmentés²⁹.

Les personnes ressources

Les personnes *a priori* ressource (enseignants et éducateurs, agents de pôle emploi, médecins du travail, médecins scolaires, personnel pénitentiaire...) sont encore trop peu formées à la prévention du suicide.

Le CESE encourage également la poursuite des initiatives et programmes telle la formation Terra³⁰ qui permet la diffusion d'un outil international d'évaluation du potentiel suicidaire, accessible à tous les intervenants de la chaîne de prévention et d'actions.

²⁸ Santé et conditions de vie des étudiants, Enquête nationale et synthèses régionales, EPSE-LMDE, 2011-2012.

²⁹ L'avenir de la médecine du travail, avis du CESE, rapporteur Christian Dellacherie, 2008.

³⁰ Circulaire du 6 juin 2011 relative aux actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel.

Prendre en charge

La prise en charge de la crise suicidaire nécessite de disposer des ressources adaptées permettant une action voire une intervention efficace et rapide. Outre les préconisations déjà formulées, l'accès à des professionnels, pendant et après la crise, doit être systématique.

En s'appuyant sur les études épidémiologiques, l'offre de soins psychiatriques doit être en capacité de répondre aux besoins des patients, des familles et des médecins de ville. Les moyens dédiés, notamment aux centres médico-psychologiques (CMP), doivent permettre l'accès, dans des délais adaptés, aux consultations assurées par un médecin psychiatre, un psychologue, ou au moins à un accueil en première intention assuré par des professionnels formés (infirmier(e)s).

Par ailleurs, il convient que soit généralisé à tous les services d'urgence, un accès permanent à un médecin psychiatre, à un psychologue ou à un infirmier(e) formé(e) (à défaut d'un service dédié) garantissant à chaque suicidant un premier contact avec une personne ressource.

Des dispositifs innovants ont fait la preuve de leur efficacité et devraient être renforcés et systématisés.

Une prévention active en direction des adolescents et des jeunes adultes a montré son efficacité. Pour les 15-24 ans, le nombre de décès par suicide est passé de 966 en 1993 à 530 décès en 2008. Cette prévention doit être poursuivie et renforcée. A titre d'exemple, des unités d'accueil spécialisé dédiées aux 15-24 ans, en moyenne une par région, permettraient une meilleure prise en charge du jeune suicidant et de son entourage, d'autant que le nombre de tentatives de suicide est important.

Autres dispositifs, des travaux de recherche ont confirmé que le maintien d'un lien mensuel à la sortie de l'hôpital (épistolaire ou téléphonique), faisait notablement baisser le taux de récidive. Les dispositifs de veille mis en œuvre sur ce modèle se développent. Ce dispositif efficace et peu coûteux mérite d'être étendu.

Des initiatives (souvent associatives), comme la constitution de groupes d'endeuillés voient le jour. Il convient de valoriser auprès du monde associatif l'apport de cette démarche de soutien dont le CESE, appuie la diffusion sur le territoire.

Favoriser un travail en réseau et le pérenniser

L'articulation du réseau « soins de ville/hôpital », en lien avec les secteurs psychiatriques, s'avère insuffisante dans certains territoires. Rappelons qu'actuellement le principe de la sectorisation psychiatrique favorise la continuité des soins jusqu'à la post cure. Le travail en équipes pluridisciplinaires existe (CMP, centres d'accueil et de prévention, secteur psychiatrique...) mais insuffisamment au regard des besoins. Comme le Conseil économique, social et environnemental l'a déjà souligné dans ses avis sur l'autisme et sur la pédopsychiatrie³¹, c'est dans le domaine de l'accompagnement psychologique et social que la situation est la plus préoccupante. Trop souvent, les demandes de consultation et d'accompagnement ne peuvent être satisfaites dans des délais adaptés (notamment dans les CMP). Pourtant l'efficacité des centres ressources est prouvée si la prise en charge est rapide après le repérage.

³¹ *Le coût économique et social de l'autisme*, rapporteur Christel Prado, Avis du CESE, 2012. *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*, rapporteur Jean-René Buisson, Avis du CESE, 2010.

En dépit d'initiatives locales, la liste des acteurs à contacter (numéros d'appel dédiés...) n'est pas toujours connue, facilement disponible, ni à jour.

L'expérience du centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes offre un bon exemple d'un travail en réseau entre les professionnels de santé et les associations. Un tel centre, outre qu'il assure la collecte et la mise à disposition des informations, permet de diffuser « en cercles concentriques » les bonnes pratiques de repérage, ainsi que les données, auprès des institutions responsables. Ce centre, unique en France, a contractualisé avec l'ARS. Le Conseil économique, social et environnemental constate que les moyens alloués demeurent encore très insuffisants. Il préconise le financement nécessaire à cette expérimentation et à son évaluation, dans la perspective de son extension.

Les organisations étudiantes et mouvements de jeunesse mènent également des actions de prévention qu'il est important de pérenniser.

Acteurs des réseaux de prévention du suicide, les associations jouent un rôle de médiation de premier plan. Cette médiation offre une voie pour alerter, sensibiliser et informer l'opinion publique. Les associations regroupent des bénévoles, dont les familles concernées, et/ou des professionnels ; il convient de soutenir leur existence et leurs actions.

Créer un observatoire national des suicides travaillant en réseau avec des centres territoriaux

Renforcer la prévention suppose une meilleure connaissance du suicide, mieux connaître pour mieux agir. Les acteurs de terrain réfléchissent, agissent, recueillent beaucoup d'informations et accumulent des expériences. Rassembler toutes ces données, les partager, les faire connaître, renforcerait les effets de leur investissement.

La création d'un Observatoire national des suicides est soutenu tant par des professionnels de santé, des syndicalistes et des intellectuels réunis par « l'appel des 44 » que par certains sénateurs qui ont présenté une résolution en ce sens.

L'Observatoire national des suicides

Ses missions

Loin de vouloir se substituer aux actions déjà en cours, ou à diluer l'implication des acteurs de terrain ou des pouvoirs publics, l'Observatoire serait une entité dédiée à la prévention du suicide pour :

Analyser et partager les données épidémiologiques, cliniques, sociologiques, statistiques recueillies

L'épidémiologie est indispensable pour la médecine préventive.

Les études cliniques et leurs résultats, l'analyse des pratiques permettent de mieux identifier les populations vulnérables.

Au plan sociologique, une meilleure connaissance des caractéristiques de la population qui tente de se suicider ou meurt de suicide est nécessaire. A cet effet, il convient de mieux prendre en compte et de mettre en relation les différents facteurs de risque.

L'Observatoire national aurait pour objectif de développer une meilleure connaissance et une analyse de ces différents aspects. Le suicide se trouvant au confluent de ces champs, cet Observatoire permettra une analyse croisée et dynamique des données et favorisera les interactions.

Solliciter des études spécifiques

Dans tous ces domaines il pourra préconiser les études nécessaires.

préconiser et promouvoir les actions de prévention du suicide et évaluer leurs résultats

Les données collectées devront être facilement accessibles aux différents acteurs intervenant sur la prévention du suicide.

Leur centralisation participera à leur homogénéisation et à leur cohérence, facilitant ainsi le ciblage des actions, l'évaluation des pratiques préventives et la détermination d'objectifs atteignables et mesurables. Ces données permettront à l'Observatoire de proposer et de promouvoir des actions et des politiques de prévention auprès des acteurs et des pouvoirs publics.

La création d'un site internet dédié est souhaitable.

Enfin, les travaux de l'Observatoire, en lien avec les initiatives prises par les pouvoirs publics, le Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)... serviront de support à des campagnes « grand public » et/ou des campagnes ciblées du type « *le suicide c'est l'affaire de tous et tout le monde peut agir* ».

Favoriser la centralisation des résultats en matière de recherches nationales et internationales

Plusieurs études sont engagées, en France, dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) afin, notamment, d'éviter la récidive. Ces travaux portent, par exemple, sur les dispositifs de veille, sur le lien de causalité entre l'exposition à certains médicaments et la survenue d'un risque suicidaire. De tels travaux sont également engagés au niveau international.

L'Observatoire, creuset de tous ces travaux, permettrait de valoriser les résultats, contribuerait à leur mise en cohérence et à leur large diffusion auprès de tous les acteurs concernés sur l'ensemble du territoire. Son intervention, proposer, accompagner des actions et contribuer à l'évaluation des progrès accomplis, demanderait peu de moyens pour beaucoup de bénéfices.

Sa composition et ses modalités de fonctionnement

Structure légère, cet Observatoire réunirait des professionnels de santé, des sociologues, des épidémiologistes, des chercheurs... Il prendrait appui sur les acteurs de terrain.

Il travaillerait notamment avec la Direction générale de la santé (DGS), l'InVS, l'Inserm, l'Inpes, l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), le Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole,...

Son indépendance par rapport aux Pouvoirs publics lui permettrait de jouer un rôle « d'aiguillon » pour impulser, d'une manière générale, toute initiative pour une prévention du suicide.

Vers des centres territoriaux

La proximité permet un réel maillage du territoire, en lien avec les professionnels et les acteurs de santé. Elle favorise le partage des expériences, des actions et des résultats obtenus par leur mise en œuvre.

Aussi, le CESE recommande de tendre vers une organisation plus structurée de centres territoriaux de prévention du suicide. Les structures existantes, notamment les centres de ressources ou à défaut, les observatoires régionaux de santé (ORS) pourraient, dans l'immédiat, remplir ce rôle.

Ainsi la sociologie propre à telle ou telle région pourrait-elle mieux être évaluée et prise en compte. Au sein des structures chargées de la prévention du suicide, une personne dédiée pourrait restituer auprès des autres acteurs de terrain, les travaux effectués sur la région. Ces derniers assurent la communication indispensable à l'efficacité des actions élaborées. Ces centres ressources territoriaux, animés par les professionnels de santé doivent être accessibles, ouverts aux associations et aux autres acteurs de terrain (médecine du travail, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), médecine scolaire, collectivités territoriales, milieu carcéral, judiciaire...).

Ce recueil de données et leur mise à disposition pourraient se faire en lien avec les Agences régionales de santé (ARS).

La prévention du suicide, affaire de tous

Dans la sphère du travail

Le travail est un facteur de prévention du suicide. Il est susceptible de procurer à la fois un équilibre psychique individuel (reconnaissance de soi) et du lien (social, affectif, économique). Le travail peut constituer un ancrage vital de premier ordre. Les organisations, le management, les modes de régulation peuvent, dans certains cas, générer une souffrance au travail et des risques psychosociaux. Cette situation peut contribuer à une crise suicidaire. La gestion d'une telle crise sur un lieu de travail doit être optimale tant les répercussions de cet événement peuvent être lourdes de conséquences pour les salariés, l'entreprise ou l'administration concernées. La prévenir nécessite de s'intéresser au collectif de travail (organisation du travail, méthode de management, restructuration, etc.) autant qu'aux situations individuelles.

Le CESE promeut une meilleure collaboration entre les professionnels de la psychologie du travail et les équipes managériales.

Plus généralement, le CESE travaille actuellement sur une saisine sur *la prévention des risques psychosociaux*.

Enfin, le Conseil économique social et environnemental s'interroge sur l'impact de la crise économique sur le phénomène du suicide qu'il conviendrait de préciser.

Dans la Cité

Il est fondamental que les citoyens soient aujourd'hui convaincus que la prévention du suicide est l'affaire de tous. Chacun peut jouer un rôle pour rompre l'isolement et maintenir le lien social.

C'est l'implication de chacun, à sa mesure, qui participera également à l'obtention de résultats au long cours.

Pour le CESE, une action de communication d'envergure doit désormais être initiée. Aussi, il soutient :

- l'attribution du label de Grande cause nationale à la prévention du suicide ;
- l'organisation d'une campagne nationale de prévention du suicide tout public relayée par les réseaux locaux.

Cette campagne médiatique comporterait un versant télévisuel, radiophonique et une diffusion sur le web.

Le CESE réitère la demande formulée dans son avis sur *les enjeux de la prévention en matière de santé* et préconise d'examiner les conditions d'une réquisition du temps d'antenne afin d'optimiser son message : « *La prévention du suicide, c'est possible* ».

Lors de la semaine mondiale, consacrée chaque année à la prévention du suicide sont organisés des échanges, des colloques, des débats entre professionnels. Cette occasion devrait être saisie pour présenter une campagne grand public, et ainsi offrir une caisse de résonance idéale à une large diffusion de messages de prévention.

- l'évaluation de cette campagne.

Conclusion

Le suicide est une question complexe aux causes multiples, délicat à appréhender et à aborder parce qu'il renvoie à la mort, une « *mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte (...) accompli par la victime elle-même et qu'elle savait produire ce résultat* »³².

L'accomplissement de cet acte ne doit pas être considéré comme une fatalité et le prévenir s'impose. « *Lorsque le mal-être est présent, le suicide donne le sentiment d'une issue possible, mais c'est une impasse. Il donne l'illusion de la maîtrise, alors qu'on est le jouet de son mal-être : c'est une contrainte « pour corps » si l'on peut dire* »³³

Il est établi que lorsque le lien social diminue ou disparaît, le taux de suicide augmente. Le suicide constitue donc un indicateur de l'état d'une société. Dès lors, il est légitime de s'interroger sur la crise économique, les modes d'organisation, les impératifs de performance, en ce qu'ils peuvent engendrer d'exclusion et d'isolement.

En France, le nombre élevé de suicides et de tentatives (notamment chez les jeunes) interpelle. Les efforts mis en œuvre afin de le réduire ont certes produit des effets mais dans des proportions dont nous ne saurions nous satisfaire. Aussi, 20 ans après une première étude qui a consacré le suicide « grande cause de santé publique », le Conseil économique, social et environnemental plaide-t-il pour la poursuite et l'amplification de la prévention du suicide.

Le Conseil économique, social et environnemental œuvre à ce que chacun sache et prenne conscience que le suicide n'est pas une fatalité et que, non seulement le prévenir est possible mais s'impose.

³² Définition que propose Durkheim dans son ouvrage *Le suicide*.

³³ Prévention du suicide Jean-Jacques Chavagnat éditions John Libbey.

Consacrer les moyens nécessaires à l'amélioration de la prise en charge du suicidant et de la prise en compte de l'entourage du suicidé est vital. Mieux connaître et partager les pratiques préventives, coordonner les actions, unifier les prises en charges constituent le cœur d'une prévention efficace.

Cet avis préconise des politiques publiques renforcées, mieux coordonnées et dotées des moyens correspondant à leurs ambitions en matière de prévention du suicide.

Cet avis souligne et encourage l'investissement, la formation des acteurs de terrain, des professionnels de santé, des associations, des organisations professionnelles qui, tous les jours, s'investissent pour prévenir le suicide.

La prévention du suicide ne doit pas avoir un caractère confidentiel au motif que le suicide est du domaine de l'intime : bien au contraire, la prévention du suicide est l'affaire de tous et cette information doit s'adresser au grand public comme aux individus personnellement touchés (notamment les proches).

Déclaration des groupes

Agriculture

Comme vous le savez, et les médias s'en font régulièrement l'écho, l'agriculture n'est pas épargnée par le suicide. Isolement, pénibilité, crises et difficultés économiques, perte d'identité, mondialisation, sont quelques-uns des déterminants qui poussent certains professionnels de l'agriculture à commettre l'irréparable.

Plusieurs études ont montré une surmortalité par suicide significative pour les agriculteurs par rapport aux cadres, avec un risque multiplié par trois pour les hommes et par deux pour les femmes. Le métier d'agriculteur porte en effet, plus que d'autres, à l'isolement et à une demande de reconnaissance.

À partir de ce constat, des actions visant à prévenir les risques psychosociaux et à lutter contre le suicide des exploitants et des salariés agricoles ont été mises en place depuis de nombreuses années, avec des mesures d'accompagnement et de prise en charge des personnes. Les réseaux des différentes organisations professionnelles agricoles veillent particulièrement sur ce risque et font en sorte d'être présentes sur l'ensemble du territoire.

En mars 2011, le ministère de l'Agriculture, répondant ainsi à l'attente de la profession agricole, a décidé d'instaurer un plan de prévention du suicide dans le monde agricole, et d'en confier la mise en œuvre, en raison de leur expérience, à la Mutualité sociale agricole et à l'Institut de veille sanitaire.

Ce plan comporte trois volets :

- mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole, qu'il s'agisse du nombre, des secteurs ou filières concernés et des facteurs de risques, afin d'adapter les actions de prévention ;
- mettre en place des dispositifs d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse ;
- enfin, créer des cellules de prévention multidisciplinaires dans chaque caisse de MSA pour repérer et accompagner les professionnels de l'agriculture en difficultés ou fragilisés.

Les premiers résultats de l'étude sur la mortalité par suicide des exploitants agricoles seront communiqués dans les prochains jours. Ces éléments permettront d'alimenter l'Observatoire national des suicides que nous appelons nous aussi de nos vœux.

Le groupe de l'agriculture s'est prononcé en faveur de l'avis.

Artisanat

L'avis souligne que la France est l'un des pays d'Europe les plus touchés par la mortalité due au suicide. Seule une politique de prévention active peut venir modifier un tel état de fait.

Le premier élément clé tient au repérage des situations susceptibles de mener à la crise suicidaire.

Le caractère très souvent multifactoriel du suicide contribue toutefois à la complexité de ce repérage. L'avis rappelle en effet la grande variété des facteurs pouvant déterminer un passage à l'acte.

À côté des causes de mal-être propres à notre société actuelle (problématiques d'emploi, d'accès au logement, de précarité financière, d'isolement...), l'un des faits générateurs peut naître de situations spécifiques telles que : les ruptures personnelles, les conduites addictives, les incarcérations, les affections mentales ou psychiques, ou encore le stress professionnel ressenti par des salariés, des chefs d'entreprises ou des travailleurs indépendants.

Cette liste non exhaustive atteste de la difficulté pour l'entourage personnel, professionnel ou médical, à déceler l'arrivée d'une crise suicidaire et donc à la prendre en charge le plus en amont possible.

À cet égard, la proposition de l'avis de créer un Observatoire national des suicides pourrait permettre de mieux apprécier les facteurs de risque et faire ainsi progresser la prévention par des actions appropriées à chaque type de situation.

Le groupe de l'artisanat approuve également la nécessité de mieux sensibiliser et former sur ces questions tous les acteurs de la santé : médecins généralistes, médecins du travail, médecins scolaires.

Le deuxième élément clé est d'organiser la prise en charge et l'accompagnement pendant et après la crise suicidaire. Alors que le taux de rechute est considérable après une tentative de suicide, il est essentiel d'assurer un suivi de la personne concernée.

Il importe en effet d'organiser un tel accompagnement afin d'éviter toutes situations de rupture, et donc d'isolement, auxquelles peut être confrontée la personne fragile, juste après son hospitalisation comme sur le moyen terme.

Cela requiert bien sûr des moyens financiers et humains. Mais cela rappelle surtout - comme le soulignaient les avis sur *La prévention en matière de santé* ou sur *Le coût économique de l'autisme* - que des progrès considérables restent à accomplir d'une part, sur la mise en réseau et la nécessaire coordination des acteurs du sanitaire, du médico-social et de l'associatif, et d'autre part, sur l'accessibilité à des structures de prise en charge adaptées.

L'avis souligne, par ailleurs, la nécessité de mieux articuler les actions de prévention prévues par le Plan psychiatrie et santé mentale avec celles du Programme de lutte contre le suicide.

Le groupe de l'artisanat appuie cette proposition qui ne peut qu'accroître l'efficacité des mesures de prévention, et qui se justifie également par la forte prévalence de suicides chez les personnes atteintes de troubles psychiques. C'est aussi pourquoi il serait logique de ne pas limiter la demande du futur label de « *Grande cause nationale* » à la prévention du suicide, mais plutôt de l'élargir à la lutte pour la santé mentale.

Le groupe de l'artisanat a voté cet avis.

Associations

En 1993, le Conseil économique et social a rendu un rapport sur le suicide, présenté par Michel Debout. Vingt ans plus tard, cet avis conforte un certain nombre de constats. Grâce à un début de politique publique de prévention des suicides, leur nombre a significativement baissé dans notre pays en 20 ans. Toutefois avec 11 000 morts par an et plus de 220 000 tentatives de suicide, un renforcement de cette politique de prévention et notamment de prévention de la récidive est impératif.

Le suicide est d'abord un fait social avant d'être un sujet médical. Un certain nombre d'éléments de l'avis étaient utilement ce postulat, tels que le rôle des discriminations subies par certains jeunes du fait de leur orientation sexuelle ou encore le lien entre suicide et risques psycho-sociaux dans le cadre professionnel. Pour le groupe des associations, les préconisations - essentiellement d'ordre sanitaire - ne sont pas assez ambitieuses au regard du constat posé. Ceci s'explique en partie par le profil des personnes que la section a pu auditionner, des médecins pour la plupart. Le groupe des associations n'a pas de désaccord de fond avec les propositions. La recherche d'une meilleure articulation entre le programme national d'actions contre le suicide et le plan psychiatrie et santé mentale fait partie des recommandations qui nous paraissent importantes. Néanmoins, le groupe regrette que les propositions à caractère sociétale en matière de prévention du suicide soient renvoyées à la création d'un « Observatoire national ».

Selon les associations actives sur le champ de la prévention du suicide - et elles sont nombreuses - chacune, chacun d'entre nous peut être confronté au suicide au cours de sa vie. Mais, certaines « catégories » de la population sont plus vulnérables. Si l'avis le dit également, le groupe des associations aurait souhaité qu'au-delà du constat, notre assemblée fasse des propositions différencierées pour les groupes à risque.

Sans remettre en cause la validité des propositions, le groupe des associations s'est abstenu sur cet avis, estimant que le CESE aurait dû aller plus loin sur un sujet aussi important.

CFDT

Le suicide est une question d'autant plus complexe que chacun peut avoir connu de près ou de loin un tel drame, et qu'il est attentif à éviter toute expression culpabilisante. Ces éléments expliquent en grande partie la difficulté à prendre la distance nécessaire pour traiter une telle question.

Le fait que la connaissance scientifique soit aujourd'hui de peu de recours en la matière accroît encore la difficulté.

Il était dès lors tentant de se préoccuper d'abord de rechercher des réponses d'ordre médical, à défaut d'être scientifique, au problème posé. En considérant le suicide, avec la plupart des auditionnés, comme une complication ultime de la dépression, l'avis met l'accent sur des préconisations visant à accroître la formation des professionnels de santé et la reconnaissance du médecin généraliste comme pivot de la prévention du suicide.

Le groupe de la CFDT partage évidemment ces orientations. Mais si un diagnostic et un « repérage » améliorés participent de la prévention, ils ne suffisent pas et nous regrettons que l'avis n'ait pas exploré plus avant l'ensemble des causes du suicide dont la dépression

n'est souvent qu'un révélateur. En effet, on ne saurait réduire chaque suicide à une seule cause, fût-ce le travail, et toutes les personnes auditonnées ont attiré notre attention sur la dimension multifactorielle de l'étiologie du suicide et donc, de sa prévention.

Ainsi, l'isolement, l'absence ou la rupture du lien social sont également identifiés comme des facteurs de risques importants. La précarisation, le chômage et de manière générale la distanciation des liens sociaux ont été, selon nous, trop peu abordés alors qu'ils ouvrent un champ d'étude essentiel. La CFDT regrette que l'intégration et les facteurs qui permettent à chacun de construire l'estime de soi dans ses interactions avec les autres, n'aient pas été au centre de la réflexion.

Toutes les actions visant à améliorer les conditions de travail, de logement, l'éducation et l'environnement sont de nature à prévenir les risques. Elles permettent d'atteindre l'objectif de santé publique qui vise à garantir à chaque citoyen une intégrité physique et psychique le plus longtemps possible par la prévention, et limiter, ou stopper, la pathologie ou le handicap par le soin. Cet avis en témoigne d'une certaine manière.

Il reste encore beaucoup à faire pour convaincre que la prévention est un concept global et plus encore pour en développer la culture. Il se sera écoulé 20 ans entre la présentation au CES de l'étude de 1993 qualifiant le suicide comme un problème de santé publique et l'intégration explicite de la prévention du suicide dans le plan national de santé publique 2011/2014.

C'est long, trop long. Nous pensons que l'avis aurait pu donner un nouvel élan à la prise en charge sociétale de la prévention du suicide en ne limitant pas les préconisations aux dimensions médicales.

Malgré cette réserve, la CFDT a voté l'avis.

CFE-CGC

Avec 11 000 morts et 220 000 tentatives par an, le suicide, fléau national nécessite d'engager une politique de prévention volontariste. Les facteurs sont multiples et des corrélations entre suicide et précarité, suicide et chômage, suicide et incarcération, suicide et isolement, suicide et souffrance au travail sont aujourd'hui identifiées. Ces facteurs nécessitent une action tant au niveau de la prévention que du suivi.

Le suicide ne doit pas être une fatalité et il demeure une question de santé publique dont l'enjeu majeur est la prévention.

Le groupe de la CFE-CGC soutient les différentes préconisations de cet avis et plus particulièrement la création d'un Observatoire national travaillant en réseau avec des centres territoriaux. Nous considérons que la multiplicité des facteurs du suicide justifie la mise en place d'un tel observatoire. Mieux connaître le suicide permettra de mieux le prévenir.

Le groupe souhaite mettre en exergue deux points dans l'avis.

La CFE-CGC travaille tout particulièrement sur les risques psychosociaux et la souffrance au travail. Il est très important de prendre en considération l'impact de l'organisation du travail et du management sur la souffrance, poussant des salariés au suicide. Le groupe de la CFE-CGC estime fondamentale cette reconnaissance encore trop souvent contestée ou écartée.

Enfin, le suicide peut être la conséquence ultime d'une maladie qui se nomme dépression. Or cette pathologie est souvent très mal appréhendée par la personne elle-même, et par son entourage qui minimalise les symptômes précurseurs. Le médecin traitant dispose de peu moyens face à une certaine réticence du patient à rencontrer un psychiatre. Une absence d'information, un déficit de connaissance et d'éducation citoyenne sur ce mal particulièrement français mérite une campagne d'information et une prise en charge mieux adaptée par la médecine de ville.

Enfin, le groupe de la CFE-CGC partage fortement la préconisation de mieux articuler le programme national d'actions contre le suicide avec le plan psychiatrie et santé mentale. La psychiatrie en France est dans une situation difficile, tant au niveau humain que financier. Elle est un relais indispensable au programme d'actions contre le suicide. Il est, par conséquent, impératif de la renforcer afin que les préconisations formulées dans cet avis puissent être effectives.

Le groupe de la CFE-CGC, par conséquent, a voté cet avis.

CFTC

Pour le groupe de la CFTC, toute vie gagnée sur le suicide est une victoire. Tout ce qui peut contribuer à faire reculer ce fléau et éviter ainsi à des familles, des personnes, d'en vivre la souffrance est extrêmement positif. C'est pourquoi notre groupe a accueilli très favorablement l'avis sur ce sujet de société. La prévention, un moyen essentiel de lutte, est donc très importante

Un aspect du problème n'a pas été complètement traité par la saisine, faute de réponse. Il doit être abordé, l'avis le précise avec humilité : pourquoi telle personne passe à l'acte et pourquoi pas telle autre ?

Cette interrogation, extrêmement douloureuse pour les proches, parfois en terme de culpabilité - qu'est-ce que je n'ai pas vu ou pas fais pour l'éviter ? - ne trouve pas de véritable réponse dans les propositions de l'avis ou les auditions qui l'ont précédé. C'est le mystère humain. Nous avons là une limite inévitable de l'avis, et donc une limite inévitable dans la prévention.

Cinq personnes se sont suicidées en une semaine dans une ville du midi en se jetant du haut des arènes. Seul commentaire des médias : « *Il est urgent de fermer les arènes !* ». Or la prévention consiste à mettre des barrières ou interdire l'accès, mais, avant tout de chercher pourquoi ces personnes en sont venues là ?

L'évolution sociétale vers toujours plus de matérialisme, vers la recherche du bonheur dans la consommation, l'acharnement à remettre en cause, voire détruire les modèles d'amour durable, de réussite au service de l'engagement professionnel, associatif ou social, tout ce que qui permet de se construire un idéal, tout cela joue sur ce qui peut conduire au doute absolu et la négation d'un sens à sa propre vie. Notre société anxiogène, laisse-t-elle une vraie place au plus faible, à la solidarité ou l'intégration ?

De nombreuses émissions de télévision sont gavées de compétition et de confrontation très violente entre personnes. C'est même le contenu principal d'émissions de variété : l'éjection du « maillon faible ». L'avis identifie cela comme élément contribuant au suicide dans l'éducation. Mais cela interpelle la responsabilité de notre société dans les modèles qu'elle donne et dans le climat qu'elle crée.

La lutte contre les addictions, qu'elles soient dans la drogue, l'informatique ou le sexe est primordiale comme prévention. Mais pourquoi ces addictions progressent-elles et comment lutter efficacement contre ? Faute de réponse, un plan santé n'est-il pas, par avance, limité dans ses effets ?

Si les débats ont mis en lumière la place de dépression en amont du suicide, mais peu ce qui conduit à la dépression. Cela n'était volontairement pas dans le champ de la saisine. Mais ne faut-il pas nous interroger sur ce qui transforme cette crise existentielle en désespoir absolu ?

L'avis émet dans le champ qu'il s'était donné, sur ce qu'on maîtrise mieux, des propositions importantes que notre groupe approuve.

Promouvoir les dispositifs d'alerte, articuler plus étroitement le Plans de prévention du suicide et le Plans psychiatrie et de santé mentale, favoriser un travail en réseau et le pérenniser, développer l'alerte en formant les professionnels de santé à la détection des risques, en promouvant à un meilleur usage des médicaments de traitement de la dépression particulièrement par les médecins généralistes. Toutes ces propositions doivent produire des effets.

Le groupe de la CFTC insiste particulièrement sur l'accompagnement des personnes dépressives ou qui ont tenté un suicide, ne serait-ce que pour éviter la récidive, mais également pour les proches concernés par ce type de drame.

Si la CFTC est réservée sur la création de nouveaux observatoires, hauts conseils ou autre instance, et l'usage qui en est fait, elle soutient la proposition de se donner les moyens de mieux connaître les données épidémiologiques sur le suicide, étape nécessaire dans la recherche pour avancer dans la prévention à condition d'aller au bout de la démarche.

Malgré ses interrogations, la CFTC a voté cet avis.

CGT

Nous sommes d'accord avec l'idée que l'action contre le suicide doit être une cause nationale.

Il reste d'actualité d'insister sur la priorité à donner aux politiques de prévention, sur la recherche d'efficacité organisationnelle des systèmes sociaux et de santé, les moyens à leur attribuer : moyens humains, formation, structures de proximité en psychiatrie.

La création et le rôle d'un Observatoire des suicides ont été l'objet d'interrogations et de débats car il fallait éviter la mise en place d'une structure s'ajoutant aux dispositifs ou institutions existant.

Nous pensons que certaines questions auraient mérité d'être approfondies et quelques réflexions et préconisations formulées dans le domaine social.

Ainsi nous avons vu que la crise existentielle, traitée dans l'avis, pouvait être positive ou conduire au suicide ; qu'elle pouvait toucher tout le monde et qu'elle était souvent énigmatique chez les adolescents, pour qui elle intervient de plus en plus tôt.

Certes, il est difficile d'en appréhender les causes, qui peuvent être multifactorielles, parce qu'elles renvoient à des processus psychiques complexes inhérents à la personne.

Cependant nous savons depuis Durkheim que les facteurs de risques peuvent trouver leur origine dans des situations produites par la vie en société.

Aussi tout en approuvant les politiques de prévention et de prise en charge, peut-être aurait-il été utile de mettre en débat ce qui ne va pas dans notre société.

Peut-on prévenir durablement le suicide de personnes sans emploi sans transformer la place du travail et de l'emploi ?

Pourquoi tant d'isolement des personnes âgées ?

Pourquoi notre société produit-elle de l'homophobie, de la discrimination à l'égard d'hommes ou de femmes, pouvant conduire certains d'entre eux au suicide ?

Pourquoi incarcère-t-elle des êtres humains, certes coupables, dans des conditions qui peuvent conduire à leur autodestruction ?

Nous nous en tiendrons à affirmer une conviction : chaque être humain engage beaucoup de son histoire, de ses valeurs personnelles dans son travail et dans son rapport aux autres. Quand, sur ces valeurs, se posent un conflit d'éthique et le sentiment qu'il n'y a pas d'issue à ce conflit, le processus de sa propre dévalorisation peut conduire au suicide.

Ces valeurs qui sont de l'ordre de la justice, de l'égalité, de la solidarité, de l'éducation, de la santé, du respect de l'environnement entrent en conflit avec d'autres valeurs lorsque celles-ci, oubliant l'humain, sont essentiellement marchandes ou financières.

Il aurait pu être intéressant d'évaluer les conséquences que peuvent avoir ces dernières lorsqu'elles se traduisent par des normes qui encadrent les parcours et dont l'élaboration confond la recherche de qualité avec la politique « du meilleur », dans l'école, dans le travail, dans la société.

Du fait de ces réserves la CGT s'est abstenu.

CGT-FO

Selon les sources du Ministère de la Santé, chaque année en France, 11 000 personnes mettent fin à leurs jours et 220 000 ont tenté de se suicider. À lui seul, le suicide représente donc plus de morts en France que les victimes du SIDA et des accidents de la route réunis.

Mais comment parler du suicide sans parler de la dépression, les deux étant des pathologies d'un lendemain sans espoir, dont l'issue la plus tragique est le passage à l'acte. En effet, il est avéré que près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée. Ce phénomène s'explique notamment par un sentiment de honte ou de déni du malade, face à un tabou qui n'a plus lieu d'être dans notre société.

La détresse est réelle chez les dépressifs et nous devons tout mettre en œuvre pour aider ces personnes, pour qui mourir est moins douloureux que de vivre. Leur prise en charge est donc un enjeu majeur de santé publique qu'il convient aux pouvoirs publics d'étudier avec un plus grand intérêt, car le dépistage de cette pathologie est insuffisant.

Ce constat est plus que préoccupant car l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue qu'en 2020, la dépression sera la deuxième cause mondiale d'incapacité à faire face aux activités quotidiennes et au travail, et sera également le second contributeur d'importance au coût global des soins de santé. Comment ne pas souhaiter une réelle prise de conscience des pouvoirs politiques alors que les coûts socio-économiques de la dépression sont déjà considérables, non seulement pour le système de santé, mais surtout pour la société dans son ensemble et représentent environ 1 % du Produit intérieur brut (PIB).

Il convient de se donner les moyens de stopper cette dangereuse spirale dans cette époque particulière où le monde est mouvant, exigeant et source d'incertitudes, notamment en détectant mieux la dépression et le risque suicidaire.

Le groupe CGT-FO souhaite qu'une volonté politique claire se manifeste et que cette dernière indique, en cette période de crise, qu'il est possible de prévenir ce risque et de sauver des vies.

Le suicide a toujours été une pathologie de l'isolement et le travail était considéré comme un des premiers facteurs de protection contre le suicide. Mais l'empêtement du travail sur la vie privée, couplé à un contexte économique difficile, sont tous deux des sources de maux complémentaires qui inversent la tendance. Il suffit de prendre l'exemple de la Grèce où le nombre de suicides a progressé de 40 % depuis 2008, car lorsqu'un éclatement de la cohésion sociale du pays a lieu, l'individu est le premier touché. À une crise financière, s'est greffée une crise économique et sociale, donnant naissance à un climat propice à une crise humaine et sanitaire. Ainsi, les victimes cachées de la crise que ce soit en France ou en Europe rendent cet avis encore plus dramatiquement d'actualité.

Malgré les efforts déjà accomplis, les suicidaires sont encore trop souvent mal accompagnés avec un taux de récidive de 34 % réellement inacceptable.

La prévention et l'accompagnement doivent être au cœur de toute action et le projet d'avis actuel s'inscrit dans la lignée d'une étude réalisée il y a 20 ans déjà par le Conseil économique et social (*Le Suicide*, Étude du CES, Rapporteur Michel Debout, 1993) où il était mis en exergue la nécessité d'un lieu d'échange entre professionnels afin de combler le déficit d'information et le retard dans la recherche dont souffre la France sur la question du suicide.

Ainsi, le groupe CGT-FO souhaite mettre l'accent sur la préconisation concernant la création d'un Observatoire des suicides et des conduites suicidaires, qui, au-delà de mieux nous informer sur un sujet encore trop méconnu, contribuerait à une meilleure appréhension des phénomènes suicidaires afin de mieux les prévenir. Outre un meilleur encadrement de l'entourage médical, l'Observatoire permettrait également d'accompagner la famille, les collègues et les amis afin qu'ils soient plus attentifs aux changements dans le comportement de la personne malade.

En abordant le suicide de front, il est question d'affirmer, par une dynamique collective et sociale, que personne n'abandonnera les citoyens les plus fragiles.

La prévention du suicide est l'affaire de tous, c'est pourquoi le groupe CGT-FO a voté l'avis.

Coopération

Nul doute que le suicide constitue un enjeu de santé publique, tant pour les victimes elles-mêmes que pour leur entourage proche. Aucun doute sur la nécessité de sa prévention.

Pas de doute non plus sur la nécessité de disposer de données fiables qui permettent des analyses, comme le propose l'avis, et surtout des corrélations qui aient du sens. Or tout au long de ce travail, les constats ont été multiples, voire contradictoires :

- ainsi, si les jeunes sont très concernés, les personnes de plus de 65 ans le sont aussi, et cependant le pic de mortalité se situe entre 45 et 54 ans ;

- les jeunes femmes présentent un taux de fréquence de tentatives de suicide très supérieur à celui des hommes quel que soit leur âge, mais au final les hommes se suicident davantage que les femmes ;
- la population carcérale présenterait 6 fois plus de risque que la population globale, mais la police constitue également une population à risque ;
- les chômeurs présenteraient deux fois plus de risque que ceux qui travaillent, mais un autre expert auditionné par le CESE a souligné que sur les 11 000 suicidés de l'année passée, on ne connaissait pas la proportion de ceux qui étaient au chômage.
- les chômeurs sont donc concernés, mais aussi ceux qui souffrent au travail. Pour le groupe de la coopération s'il existe des modes de management qui pourraient s'avérer « pathogènes », à l'inverse le modèle original des coopératives contribuerait à mieux préserver la santé mentale des salariés sociétaires coopérateurs pour des raisons qui pourront être débattues dans l'avis à venir sur les risques psychosociaux.
- les surendettés sont indéniablement très concernés, mais pas forcément les pauvres chez lesquels la solidarité est nécessairement plus développée que chez les riches.
- enfin, la population des « alcooliques » généralement dépressive est bien sur très touchée.

Mais au-delà, il nous est apparu de vraies certitudes, transversales ou communes à une grande majorité de « groupes à risque ». Tout d'abord la qualité du lien social, déjà mise en évidence par Durkheim à la fin du 19^e siècle. Puis une exacerbation du risque de récidive chez les suicidant. Enfin, la présence de la dépression que l'on retrouve dans 70 à 80 % des cas. Cette dépression devrait pouvoir être dépistée et soignée.

Il est insupportable moralement et physiquement, de voir amis, collègues, parents, enfants, se donner la mort, sans raison compréhensible.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Entreprises

Au travers de cet avis et lors des travaux de la section, nous avons appris à mieux comprendre la problématique du suicide. Si ce sujet avait déjà été abordé en 1993 par notre assemblée et que de nombreux progrès ont été réalisés depuis, on ne peut que constater que 20 ans plus tard des améliorations sont encore à apporter à la prévention du suicide.

Le rapporteur a bien montré qu'en un quart de siècle la politique de prévention a déjà fait baisser de 20 % le nombre de décès par suicides en France et de 50 % pour les adolescents. Cependant, le chiffre des suicides en France reste très élevé, et beaucoup plus élevé que dans de nombreux autres pays européen. Cela peut être lié à un contexte sociologique différent. Réaliser plus de comparaisons internationales aurait permis de mieux mettre en valeur les bonnes pratiques dont la France pourrait s'inspirer.

L'avis le démontre, les raisons menant au suicide sont multiples et souvent cumulatives. La détection des comportements suicidaires est bien évidemment le meilleur moyen de limiter les passages à l'acte. Cela passe, entre autres, par une meilleure surveillance des récidives.

Comme on a pu le constater au travers de ce texte un certain nombre de moyens existent, mais il est encore nécessaire de mieux coordonner ces différentes actions et de favoriser le travail en réseau en le pérennisant, notamment par les réseaux ville/hôpital, et en le développant dans tous les territoires. Il est également indispensable de promouvoir les dispositifs d'alerte *via* les proches, les personnes ressources et les professionnels de santé ainsi que la prise en charge permettant une intervention efficace et rapide.

Tout cela pourrait être facilité par la mise en place d'un Observatoire national des suicides favorisant la centralisation des recherches nationales voire internationales. Toutefois, il conviendrait non seulement de déterminer clairement les objectifs de cet observatoire, mais également de fixer ses indicateurs de bon fonctionnement, de coordination et d'efficacité.

Il s'agit d'un sujet de société important auquel le rapporteur apporte des solutions adaptées qui sont à même de limiter les suicides ou du moins de détecter les potentielles personnes concernées. La prévention du suicide est l'affaire de tous. Encore faut-il savoir comment réagir lorsque nous sommes confrontés à une telle situation.

Le groupe des entreprises a voté favorablement cet avis

Mutualité

Les suicides et tentatives de suicide posent un important problème de santé publique. C'est un acte complexe dont les facteurs sont multiples : sociaux, culturels, psychiques, géographiques et économiques.

La France est particulièrement touchée par ce phénomène : on déplore ainsi chaque année 11 000 décès par suicide et près de 160 000 tentatives de suicide, pour celles qui ont donné lieu à un recours au système de soins. Par ailleurs, avec un taux de récidives de 40 %, on réalise à quel point la question de la prévention et des pratiques préventives est essentielle et doit dépasser la seule dimension médicale.

Aussi, et malgré notre soutien aux préconisations de l'avis, le groupe de la mutualité regrette que l'angle socio-économique du suicide n'est pas été suffisamment considéré. En effet, comme le souligne le Professeur Michel Debout : « *la question du suicide prend une nouvelle ampleur avec la survenue de la crise économique et sociale* ».

Le groupe de la mutualité aurait ainsi souhaité que soit mieux pris en compte l'effet de certains événements de société comme la crise et le chômage qu'elle engendre. Ainsi, si la question de la prévention du suicide dans la sphère du travail est posée, il regrette que, comme le défende un certain nombre de médecins, un accompagnement des chômeurs et des précaires ne soit pas également préconisé.

La complexité de l'acte suicidaire est d'autant plus forte qu'elle réclame des outils d'observations qui aujourd'hui font défaut.

C'est justement pour permettre la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention que le groupe de la mutualité soutient fermement la création d'un Observatoire national des suicides comme instrument de connaissance et d'aide à la décision des pouvoirs publics. Cet Observatoire devra fédérer les acteurs professionnels et associatifs tant sur le champ de la santé publique, le champ du social que celui du travail pour que chacun puisse contribuer à améliorer les pratiques préventives.

Le mouvement mutualiste en région et tout particulièrement en Bretagne s'est engagé depuis longtemps avec les acteurs locaux sanitaires, sociaux et éducatifs, dans une réflexion sur les atouts de l'échelon régional dans la coordination et la mise en œuvre de démarches préventives. La prise en compte des spécificités régionales, le contact direct avec les populations et le partage d'expériences confortent la pertinence d'une organisation territoriale comme le souligne également l'avis.

D'autres préconisations de l'avis et notamment la sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels de santé qui doit être renforcée, reçoivent également le soutien du groupe de la mutualité.

En raison de ces réserves relatives à l'absence de préconisations sociétales, le groupe de la mutualité s'est abstenu.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Le suicide est une des premières causes de mortalité chez les jeunes. S'il demeure heureusement très limité, un mal être réel des jeunes est souligné par les diverses enquêtes régulièrement citées dans les avis de notre assemblée. À l'inverse de l'avis, nous ne sommes pas convaincus que le suicide des jeunes puisse être majoritairement expliqué par une crise existentielle.

En effet, pour les jeunes comme pour les autres publics, le mal être à l'origine de la crise suicidaire peut avoir des fondements tout à fait objectifs tels qu'une vulnérabilité personnelle, la rupture avec le groupe familial, la confrontation à un système de formation très compétitif, l'inadéquation entre les souhaits et le type d'études entrepris, des difficultés matérielles, ou encore la difficulté de se projeter dans un avenir économique très incertain. **Ainsi, d'une façon générale, nous souhaitons souligner que la prévention du suicide passe aussi par une action volontariste sur ses causes.**

La prise de conscience de son propre mal être est une première étape importante dans la prévention du suicide, en particulier chez les jeunes. Pour cela, un travail d'information et de médiation doit être fait. Des structures existent mais elles sont en nombre insuffisants et demeurent par ailleurs trop peu connues des jeunes, de leur entourage ou des professionnels. **Ainsi, les consultations obligatoires de la médecine préventive universitaire sont elles insuffisamment suivies, et les BAPU (Bureau d'aide psychologique universitaire), au nombre d'une dizaine en tout, ne sont-ils connus que de 8 % des étudiants.** On aurait pu également mentionner dans l'avis la fermeture de nombreux Points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) faute de budget. Il résulte de ce manque d'information et de médiation - en partie imputable à un manque global de moyens - les résultats préoccupants de la dernière enquête sur *la santé et les conditions de vie des étudiants* (enquête EPSE-LMDE) : deux tiers des étudiants dépressifs n'ont pas consulté de médecin à ce sujet.

L'avis recommande de favoriser le travail en réseau, ce que nous soutenons ; en effet, bien souvent il s'agit au moins autant de mettre en relation « l'offre et la demande » de prise en charge que de développer l'offre. Il est nécessaire de réduire la dichotomie encore trop importante entre prévention et prise en charge, l'offre doit être disponible rapidement et au plus près de la vie quotidienne des jeunes, et ce notamment pour que le suivi psychologique ne soit plus aussi lié à la catégorie socioprofessionnelle des parents qu'il ne l'est aujourd'hui.

À cette fin, il nous semble important **d'encourager les initiatives des mutuelles étudiantes, des associations étudiantes et organisations de jeunesse dont les pratiques de prévention correspondent à la politique défendue dans l'avis**. La LMDE a par exemple signé à Lyon une convention avec une association de psychologues, présents une demi-journée par semaine dans les permanences de la LMDE, pour créer ce premier contact.

Il nous semble que dans ses préconisations, l'avis aurait pu être plus précis et davantage en prise avec le réel. En raison de ces réserves, le groupe des organisations étudiantes et mouvements de jeunesse s'est abstenu.

Outre-mer

Le suicide est un problème de société et de santé publique. Il est complexe, aux causes multiples.

Si pour un individu, le suicide est une fatalité, il ne l'est pas pour une population, la prévention est alors possible et prend toute sa place. Celle-ci est, elle aussi, d'une très grande complexité. En effet, le passage à l'acte n'est pas toujours précédé de signes avant coureurs, identifiables par l'entourage et ou les professionnels.

Si une politique de prévention active, a permis de faire baisser de 25 % le nombre de décès par suicide entre 1986 et 2010, le taux de mortalité par suicide reste élevé 14,7 pour 100 000 habitants comparé à la moyenne européenne qui est de 10,2 pour 100 000. Il faut donc améliorer notre politique de prévention par une meilleure identification des facteurs de risque et un renforcement des actions de prévention.

À l'instar de certains pays étrangers et plus particulièrement la Grande-Bretagne, qui a le nombre de suicide le plus bas d'Europe, la France devra se doter d'un véritable plan de prévention du suicide, basé sur l'analyse des pratiques, la promotion des synergies en matière de recherche et une articulation entre la prévention du suicide et les politiques de promotion de la santé mentale au sein de la population.

Le CESE propose :

- d'articuler étroitement le Plan de prévention du suicide et le Plan de psychiatrie et de santé mentale ;
- de promouvoir les dispositifs d'alerte ;
- de mieux prendre en charge la crise suicidaire et la phase post critique ;
- de favoriser le travail en réseau ;
- de créer un Observatoire national des suicides travaillant en réseau avec les centres territoriaux y compris pour l'ensemble des collectivités d'Outre-mer.

Le groupe de l'Outre mer approuve ces propositions, mais, s'interroge sur leur articulation, qui n'est pas clairement exprimée. En outre, les moyens financiers ne sont jamais à la hauteur en matière de prévention, il faut un véritable plaidoyer pour que les moyens soient donnés. Par ailleurs, une meilleure connaissance des facteurs de risque et du taux de suicide en Outre-mer permettrait de mieux appréhender sur ces territoires les problématiques de prévention.

Le groupe de l'Outre mer a voté l'avis.

Personnalités qualifiées

M. Corne : « *Plaidoyer pour une prévention active*. Un titre qui à lui seul définit précisément le but de cet avis et les limites d'un sujet complexe qu'il ne pouvait franchir sans risques, faute de données précises sur certains sujets, ou d'orienter les suites qu'il mérite sur de fausses voix.

Plaidoyer pour une prévention active, mais oui bien sûr car en médecine on parle de « prévention » vis-à-vis de maladies clairement identifiées comme telles : cardio-vasculaires, cancéreuses, infectieuses, et le « suicide » n'est pas en lui-même une « maladie ». C'est un acte résultant d'une multitude de facteurs, parfois identifiables, mais aussi hélas inexplicables.

À cela vient se greffer le caractère tabou, qui incite les entourants - familles, amis, collègues de travail - à ne pas en parler. Comme il y a des décennies, il fallait dissimuler qu'un proche était atteint de tuberculose, comme une maladie honteuse.

Faut-il pour autant dire qu'on ne peut rien faire et baisser les bras, alors que des chiffres tels que 11 000 morts par an et 220 000 tentatives de suicide doivent au contraire dynamiser notre réflexion.

C'est ce que la section des affaires sociales et de la santé, sur proposition de M. Bernus, a tenté de prouver au travers d'un avis qui, s'il comporte bien entendu un certain nombre d'imperfections, a le mérite d'identifier des données très précises qui devront être prises en compte dans les plans d'actions qui ne manqueront pas de se mettre en place.

L'avis insiste notamment sur le fait que le suicide est dans une grande majorité des cas la résultante d'un état dépressif extériorisé et donc connu, mais bien souvent « masqué » et non diagnostiqué, et par conséquent non traité. Nous retombons donc sur la capacité du médecin traitant d'être en mesure d'effectuer ce dépistage et d'avoir la compétence de sa prise en charge, soit directement, soit par la coopération avec un spécialiste.

Comme nous l'avions énoncé avec Jean-Claude Etienne dans notre avis sur la *Prévention en matière de santé*, il est répété ici la nécessité d'une meilleure formation des professionnels de santé pour un diagnostic plus affiné et en corollaire un meilleur usage des médicaments, en l'occurrence dans ce cas précis : des psychotropes.

Des expériences avec études randomisées, comme c'est le cas au CHU de Lille, démontrent l'efficacité du suivi des patients à risque. Le fait de garder un contact régulier et prolongé dans le temps sans forcément des consultations, mais des écrits et/ou appels téléphoniques apporte d'excellents résultats.

L'avis préconise de développer et pérenniser les structures d'accueil de prévention du suicide et de leur attribuer les moyens d'une réelle prise en charge.

Bien sûr, l'avis précise que la prévention du suicide est une responsabilité collective et évoque peut-être trop rapidement, le rôle majeur des familles, comme Mme Catherine Chabaud nous l'indiquait ce matin, faisant par ailleurs la même remarque, et je la suis parfaitement, pour bon nombre de nos avis.

Difficile pour nous de sectoriser ; pour analyser les catégories d'âges, nous aurions triplé le volume de l'avis... Ce n'est pas le but.

L'Observatoire national du suicide pourrait faire dire à certains que cela a déjà été proposé il y a dix ans : manque d'efficacité ? Manque d'originalité ?

Je réponds : point du tout. Cet Observatoire doit travailler avec les nouveaux outils que je viens de citer.

Je voterai donc avec enthousiasme cet avis ».

Mme Levaux : « L'avis présenté par notre collègue sur un sujet complexe est un avis de grande qualité qui ouvre sans tabou les enjeux de prévention et de pratiques préventives. Je le voterai donc.

J'ai souhaité, par mon intervention, mettre l'accent sur un groupe important de notre population, qui fait l'objet d'une statistique questionnante relevée dans l'avis, celle des suicides des personnes avancées en âge (29,5/100 000 des 75/84 ans et 41,5 des 85/94 ans), soit 3 000 aînés sur les 11 000 suicides par an.

Plus on avance en âge, plus le taux de suicide augmente.

Tout en comprenant la volonté du rapporteur de ne pas intervenir en segmentant les populations concernées, de proposer une approche de recommandations transversales, en créant un Observatoire national et un travail en réseau, je m'interroge sur la nécessité d'une prise en compte spécifique - par les politiques publiques, par les professionnels (pas uniquement les soignants) et par la société toute entière - de la culture de bientraitance envers nos aînés. Les causes de suicide de nos grands aînés sont multiples ; elles sont souvent la conséquence de l'isolement, de l'abandon, de l'indigence des conditions de vie, de la pauvreté affective.

Mesdames les ministres Delaunay et Carlotti ont installé ce matin le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées ! Notre Conseil, fidèle à son devoir de prévention, ne peut passer sous silence des causes et conséquences qui dépassent le seul prisme sanitaire et épidémiologique.

Si le suicide de nos grands aînés est identifié par la statistique, il n'a pas encore franchi la porte de notre prise de conscience collective. Or, c'est l'attention et la bienveillance de la société envers ses aînés qui sont en question. Je salue en ce sens la préconisation 6 de l'avis : « *la prévention du suicide : affaire de tous* ».

Peut-être faudrait-il parler de prévention des suicides, pour que le plaidoyer et ses intentions soient au rendez-vous de toutes les populations concernées ».

UNAF

La Semaine nationale de prévention du suicide organisée au Québec vient juste de se terminer en diffusant le message essentiel « *T'es important pour moi. Le suicide n'est pas une option* ».

Le présent avis est une invitation à reprendre le flambeau en formalisant et en déclinant de façon précise des mesures, des actions pour une prévention active du suicide en France.

Le groupe de l'UNAF retient avec intérêt un bon nombre de points dans les pistes proposées et en reprend quatre en particulier.

- Pour sensibiliser le grand public, il est préconisé que la prévention du suicide devienne l'affaire de tous. Deux pistes sont proposées pour ce faire : le label Grande cause nationale et une semaine de campagne d'informations nationale. Pour le groupe de l'UNAF, ces préconisations sont importantes, elles sont une première étape nécessaire pour que chaque citoyen puisse ensuite être attentif, être à l'écoute pour rompre les situations d'isolement ou encore maintenir le lien social. C'est un combat au long cours mais il convient de le mener dès à présent.
- Les professionnels de santé et l'organisation de notre système de soins et plus particulièrement le secteur de la psychiatrie sont mis directement à contribution pour cette prévention active. Le groupe de l'UNAF partage la nécessité de mieux articuler le Programme d'actions contre le suicide et le Plan psychiatrie et santé

mentale. Cet axe a pour conséquence de répondre urgentement aux difficultés rencontrées par le secteur psychiatrique aujourd’hui en France.

- Sur le rôle des professionnels de santé, au premier rang desquels se retrouvent les médecins généralistes, le présent avis met justement en avant la question de leur formation. La prise en charge de la dépression se réduit encore trop souvent par la prescription de psychotropes là où d’autres solutions de prise en charge pourraient être valorisées. Auprès des jeunes publics, les enseignants, la médecine scolaire doivent jouer pleinement leur rôle de repérage des jeunes en souffrance.
- L’avis met aussi l’accent sur les carences ou l’absence de recouplement des données entre elles. La recommandation visant à la création d’un Observatoire national des suicides est soutenue par le groupe de l’UNAF. Comment imaginer une politique publique efficace de mise en œuvre d’une prévention alors que les acteurs de cette prévention avanceraient à l’aveugle sans repères, ni outils de pilotage ?

Pour conclure, le groupe de l’UNAF souligne l’importance du monde associatif et plus particulièrement des associations familiales sur ce sujet de la prévention du suicide. Il rappelle aussi le rôle des parents dans la mission prioritaire éducative de leurs enfants. Cette mission vise à rendre plus fort les enfants mais aussi à les accompagner pour les aider à traverser des moments de fragilité comme l’adolescence ou plus tard au moment de la prise d’autonomie.

Le groupe de l’UNAF a voté l’avis.

UNSA

L’UNSA souscrit globalement aux constats établis par l’avis. La nécessité d’articuler la prévention du suicide aux politiques de promotion de la santé peut effectivement permettre une rénovation des politiques publiques dans ce domaine à l’instar des stratégies élaborées par de nombreux pays. Mais, alors même que l’avis adopte un point de vue global, les pistes d’intervention suggérées ne concernent quasi exclusivement que la prévention du suicide en n’abordant que très succinctement les contextes de vie des populations, en particulier dans l’entreprise. Dans un contexte de crise économique marqué notamment par des inégalités sociales de santé et face à un phénomène qui représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, juste après les accidents de la route, et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans, l’UNSA appuie la mise en place d’un Observatoire national des suicides.

De sources scientifiques, il ressort trois catégories d’actions efficaces : la restriction de l’accès aux moyens létaux, le maintien du contact avec les patients sortis de l’hôpital suite à une tentative de suicide et la mise en place de centres d’appel et d’urgence.

En milieu scolaire, les médecins et les infirmières par leurs spécificités propres, leur travail de collaboration intra et extra institutionnelle, concourent à une prise en charge précoce de première intention. Le médecin, par son évaluation clinique, est à même d’identifier les symptômes d’une pathologie psychiatrique. À cet égard, l’UNSA revendique pour les médecins de l’éducation nationale la reconnaissance de leur activité au sein des spécialités médicales (médecine générale pour laquelle ils sont pour la plupart qualifiés depuis leur diplôme, mais aussi pour d’autres spécialités telles que pédiatrie, santé publique, etc.).

En milieu de travail, la promotion de la qualité de vie (facteur de protection du suicide) et la prévention des risques psychosociaux devraient être renforcées dans un plan de santé et qualité de vie au travail articulé avec le programme national d'actions contre le suicide. Elle ne dépend pas seulement de l'implication de psychologues. La formation de tous les membres du CHSCT sur les risques psychosociaux devrait être systématique dès le début de leur mandat. Une attention particulière (anticipation, transparence, accompagnement, soutien) doit être apportée lors des restructurations.

Plusieurs études conduites au niveau local soulignent que seuls les programmes à long terme réussissant à constituer un réseau impliquant divers acteurs locaux aux différentes phases du processus de prévention pourraient contribuer à réduire les taux de suicide. En ce sens, plutôt qu'une grande campagne nationale proposée dans l'avis, l'UNSA est favorable à des campagnes de communication conduites au niveau local. Celles-ci devront être intégrées dans de véritables programmes de prévention du suicide et de promotion de la santé dont elles ne constitueraient qu'un volet. Parallèlement, toute initiative d'information doit nécessairement s'articuler avec l'offre de prise en charge et/ou d'accompagnement au plus près des personnes.

Bien que cet avis constitue à bien des égards une approche trop superficielle, elle n'en constitue pas moins une base suffisamment solide pour l'action publique. L'UNSA a voté l'avis.

Scrutin

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis
présenté par Didier Bernus, rapporteur

Nombre de votants 166

Ont voté pour 123

Se sont abstenus 43

Le CESE a adopté.

Ont voté pour : 123

Agriculture	MM. Bailhache, Bastian, Mmes Beliard, Bernard, Bocquet, M. Clergue, Mme Doré, MM. Giroud, Gremillet, Mme Henry, MM. Lefebvre, Lemétayer, Pelhate, Mme Serres.
Artisanat	M. Crouzet, Mmes Foucher, Gaultier, M. Liébus, Mme Sassano.
CFDT	M. Blanc, Mmes Boutrand, Briand, M. Duchemin, Mme Hénon, M. Honoré, Mme Houbairi, MM. Jamme, Le Clézio, Legrain, Mme Nathan, M. Nau, Mmes Nicolle, Prévost.
CFE-CGC	M. Artero, Mme Couvert, MM. Delage, Dos Santos, Lamy, Mme Weber.
CFTC	M. Coquillion, Mme Courtoux, M. Louis, Mmes Parle, Simon.
CGT-FO	Mme Baltazar, MM. Bellanca, Bernus, Mmes Boutaric, Fauvel, M. Hotte, Mme Millan, MM. Nedzynski, Peres, Mme Perrot, M. Porte, Mme Thomas.
Coopération	M. Argueyrolles, Mme de L'Estoile, M. Lenancker, Mme Roudil, M. Verdier.
Entreprises	M. Bailly, Mmes Castera, Duhamel, Frisch, Ingelaere, MM. Jamet, Lebrun, Mongereau, Placet, Ridoret, Roger-Vasselin, Mme Roy, M. Schilansky, Mmes Tissot-Colle, Vilain.
Mutualité	M. Andreck.
Outre-mer	MM. Galenon, Grignon, Janky, Omarjee.
Personnalités qualifiées	Mme Ballaloud, MM. Baudin, Bernasconi, Mmes Brisoual, Brunet, Chabaud, M. Corne, Mmes Dussaussois, El Okki, Fontenoy, MM. Gall, Geveaux, Mmes Gibault, Graz, MM. Guirkinger, Jouzel, Mme de Kerviler, MM. Kirsch, Le Bris, Mme Levaux, M. Martin, Mmes de Menthon, Meyer, Ricard, M. Richard, Mme du Roscoät, MM. de Russé, Soubie, Terzian, Urieta.

<i>UNAF</i>	Mme Basset, MM. Damien, Farriol, Feretti, Fondard, Joyeux, Mmes Koné, L'Hour, Therry.
<i>UNSA</i>	Mme Dupuis, MM. Grosset-Brauer, Rougier.

Se sont abstenus : 43

<i>Associations</i>	Mme Arnoult-Brill, MM. Charhon, Da Costa, Mme Gratacos, M. Leclercq, Mme Prado, M. Roirant.
<i>CGT</i>	Mmes Crosemarie, Cru-Montblanc, M. Delmas, Mmes Doneddu, Dumas, M. Durand, Mmes Geng, Hacquemand, Kotlicki, MM. Mansouri-Guilani, Marie, Michel, Prada, Rozet, Teskouk, Mme Vagner.
<i>Environnement et nature</i>	MM. Beall, Bonduelle, Bougrain Dubourg, Mmes Denier-Pasquier, Ducroux, MM. Genest, Genty, Mmes Mesquida, Vincent-Sweet, M. Virlouvet.
<i>Mutualité</i>	M. Davant, Mme Vion.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	M. Dulin, Mme Guichet.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mmes Cayet, Flessel-Colovic, Grard, MM. Hochart, Khalfa, Obadia.

Annexes

Annexe 1 : composition de la section des affaires sociales et de la santé

- ✓ **Président** : François FONDARD
- ✓ **Vice présidents** : Thierry BEAUDET, Gérard PELHATE

Agriculture

- ✓ Gérard PELHATE

Artisanat

- ✓ Catherine FOUCHER

Associations

- ✓ Christel PRADO

CFDT

- ✓ Yolande BRIAND
- ✓ Dominique HÉNON

CFE-CGC

- ✓ Monique WEBER

CFTC

- ✓ Michel COQUILLION

CGT

- ✓ Daniel PRADA
- ✓ Françoise VAGNER

CGT-FO

- ✓ Rose BOUTARIC
- ✓ Didier BERNUS

Coopération

- ✓ Christian ARGUEYROLLES

Entreprises

- ✓ Dominique CASTERA
- ✓ Geneviève ROY
- ✓ Jean-Louis JAMET

Environnement et nature

✓ Pénélope VINCENT-SWEET

Mutualité

✓ Gérard ANDRECK

✓ Thierry BEAUDET

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

✓ Antoine DULIN

Outre-mer

✓ Eustase JANKY

Personnalités qualifiées

✓ Gisèle BALLALOUD

✓ Nadia EL OKKI

✓ Sylvia GRAZ

✓ Annick du ROSCOÄT

✓ Christian CORNE

✓ Jean-Claude ETIENNE

Professions libérales

✓ Bernard CAPDEVILLE

✓ Daniel-Julien NOËL

UNAF

✓ Christiane BASSET

✓ François FONDARD

Personnalités associés

✓ Christiane BÉBÉAR

✓ Pierre COURBIN

✓ Christine DARRIGADE

✓ Marie FAVROT

✓ Joël MERGUI

✓ Yvette NICOLAS

✓ Bruno PALIER

Annexe n° 2 : liste des personnalités auditionnées

✓ **Michel Debout**

professeur psychiatre, médecin légiste et professeur de médecine légale, ancien membre du Conseil économique et social

✓ **Jean-Claude Delgènes**

fondateur et directeur général de Technologia (cabinet d'évaluation et de prévention des risques professionnels)

✓ **Jacques Védrinne**

professeur de médecine légale et droit de la santé

✓ **Bernard Ollivier**

directeur des relations du travail et de la transformation sociale (Renault)

✓ **Philippe Carette**

docteur en psychologie, membre du Conseil d'administration de l'UNPS, directeur du centre de Popincourt de Prévention du suicide et de lutte contre l'isolement à Paris

✓ **Guillaume Vaiva**

psychiatre et professeur des Universités (Lille)

Entretiens privés

✓ **Patrick Choutet**

professeur, médecin national à la CCMSA

✓ **Véronique Mahé**

médecin conseiller technique national,

✓ **Anne Caron-Déglise**

magistrate

✓ **Michel Walter**

professeur CHU de Brest

✓ **Jean-Yves Grall**

directeur Général de la Santé

Annexe n° 3 : table des sigles

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé
ARS	Agences régionales de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DPC	Développement professionnel continu
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.
GEPS	Groupement d'études et de prévention du suicide
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
OIP	Observatoire international des prisons
ORS	Observatoires régionaux de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)
UNPS	Union nationale pour la prévention du suicide

Annexe n° 4 : glossaire

ALGOS
étude randomisée construite sur la base d'un algorithme pour valider les résultats d'un dispositif de veille. Une étude randomisée est l'étude d'un nouveau traitement au cours de laquelle les participants sont répartis de façon aléatoire dans le groupe témoin et dans le groupe expérimental.
Une pensée suicidaire
N'est pas juste avoir une idée passagère du suicide, mais plutôt réfléchir à son propre suicide.
Conférence de consensus
L'objectif d'une conférence de consensus est de faire rédiger par une commission d'experts un avis collectif sur une question controversée, à laquelle les réponses diffèrent selon les enjeux représentés par les acteurs
Programme de prévention du suicide en Grande Bretagne
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 ; l'amélioration de la surveillance de la progression des actions allant dans le sens des directives « <i>saving lives : our healthier nation</i> ».

Annexe n° 5 : bibliographie

Conseil économique, social et environnemental, avis : *Les enjeux en matière de prévention de la santé*, rapporteurs Jean-Claude Etienne et Christian Corne, 2012.

Conseil économique, social et environnemental, avis : *Le coût économique et social de l'autisme*, rapporteure Christel Prado, 2012.

Conseil économique, social et environnemental, avis : *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*, rapporteur Jean-René Buisson, 2010.

Conseil économique et social, étude : *Le suicide*, rapporteur Michel Debout, 1993.

Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles, Institut de veille sanitaire, Cohidon, 2010.

Les conditions de détention en France, Rapport de l'Observatoire international des prisons.

Rapport de l'INPES et Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2011 n° 47-48.

La prévention du suicide : indication pour les professionnels de santé primaire, OMS – 2002

La souffrance au travail, Christophe Dejours, psychiatre

Suicide et activité professionnelle en France, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2011

La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, Drees – Études et résultats -septembre 2012, n° 810.

Recommandations du jury de la conférence de consensus de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) sur la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge - octobre 2000.

État de santé de la population en France 2011- chiffres 2008. Insee

Étude conjointe menée par l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), le Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes), l'Inserm, et l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

Evaluation de 8 actions de prévention du suicide - ORS de Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Rhône Alpes. 1999. Fnrs

Le suicide un tabou français, Professeur Michel Debout et Gérard Clavairoly Editions Pascal, 2012

Prévention du suicide - Jean Jacques Chavagnat et collectifs

Evaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 – 2006

Santé et conditions de vie des étudiants, Enquête nationale et synthèses régionales, EPSE-LMDE, 2011-2012.



Dernières publications de la section des affaires sociales et de la santé

- *Le coût économique et social de l'autisme*
- *Droits formels/droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes*
- *Les enjeux de la prévention en matière de santé*
- *La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie*

LES DERNIÈRES PUBLICATIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE)

- *Le logement autonome des jeunes (Rapport)*
- *Le logement autonome des jeunes (Avis)*
- *Entreprendre autrement : l'économie sociale et solidaire*
- *Avant-projet de loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République*
- *La coopération franco-allemande au cœur du projet européen*
- *La transition énergétique : 2020-2050, un avenir à bâtir, une voie à tracer*
- *Efficacité énergétique : un gisement d'économies ; un objectif prioritaire*

**Retrouvez l'intégralité
de nos travaux sur
www.lecese.fr**

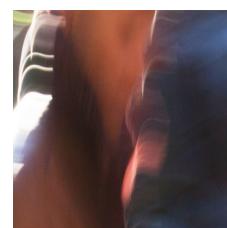
Imprimé par la direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris (15^e)
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental

N° de série : 411130008-000213 – Dépôt légal : février 2013

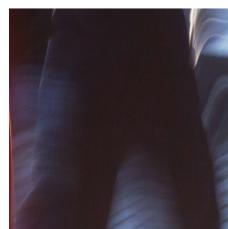
Crédit photo : shutterstock
Direction de la communication du Conseil économique, social et environnemental



LES AVIS
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL



Plus de 10 500 décès par suicide en France, en 2010. En dépit d'une baisse de 25 % en 25 ans, le taux de suicide, 14,7 décès pour 100 000 habitants, reste l'un des plus élevé d'Europe. Les plans de prévention du suicide et l'investissement des acteurs de terrain ont permis de diminuer ce taux mais pour construire la politique des 20 prochaines années, il faut se montrer plus ambitieux. L'avis définit trois priorités : créer un observatoire national du suicide, chargé de centraliser, d'exploiter et d'enrichir les données disponibles afin de mieux identifier les facteurs de risque ; promouvoir les dispositifs d'alerte, de suivi de la crise suicidaire et enfin conforter, voire augmenter, les moyens des réseaux de santé impliqués dans leur prise en charge.



CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL
9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41113-0008 prix : 12,90 €

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-120910-7



9 782111 209107



Direction
de l'information légale
et administrative
accueil commercial :
01 40 15 70 10

commande :

Administration des ventes
23, rue d'Estrées, CS 10733
75345 Paris Cedex 07
télécopie : 01 40 15 68 00
ladocumentationfrancaise.fr