

Manifeste des 10 000

Lever le tabou du suicide pour mieux le prévenir

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Janvier 2018

La politique de santé publique en France concernant le suicide nous amène à réagir face à ce constat : le tabou persiste et s'installe dans l'indifférence générale, masquant une situation de mal-être profond chez un grand nombre de personnes.

Alors que le tabou a été levé sur de très nombreux sujets tels que : cancer, sida, autisme, handicap, sexualité, homosexualité, harcèlement scolaire, violences faites aux femmes, celui du suicide demeure. Alors que des initiatives associatives, il y a plus de 20 ans, laissaient espérer un changement dans le bon sens, un rapport du Haut Conseil de Santé Publique, publié en 2016, recommande de ne plus parler du suicide, de le classer parmi les autres problématiques dans le thème générique de « Santé mentale ». Il ouvre ainsi la brèche aux idées reçues, au déni et à l'hypocrisie des actions de prévention du suicide, dont le vocable « suicide » disparaît pour s'abriter sous l'intitulé « bien-être ». Pourtant la recherche du bien-être individuel n'est pas antinomique avec la lutte contre le suicide. Il y a des actions en amont qui doivent être menées parallèlement à la mise en œuvre de mesures de prévention du suicide.

■ Qu'est-ce qu'un tabou ?

Le tabou est un interdit social et moral. Un tabou ne se critique pas, il ne se remet pas en cause. Selon Roger Caillois, le tabou se présente comme un impératif catégorique négatif. Il est ce sur quoi on fait silence, par pudeur ou par crainte. Le caractère dogmatique et doctoral dans le sens négatif de ce terme explique sans doute la raison pour laquelle il est difficile de lutter contre ce concept.

Son origine se situe dans les sociétés primitives et notamment polynésienne (de *tapu* : *interdit, sacré*), ce qui lui confère un caractère exotique dont on imagine assez facilement l'importance et la portée aux niveaux rituel et ethnique. « **Le tabou est un interdit de caractère religieux** qui frappe un être, un objet ou un acte en raison du caractère sacré ou impur qu'on leur attribue » (Larousse).

Freud lui-même y a consacré un important opus Totem et Tabou (1913). Il a souligné les effets terribles du refus d'en parler quoi qu'il arrive. Mais force est de constater qu'au troisième millénaire, dans la patrie du siècle des Lumières, le tabou du suicide reste toujours dans l'ombre comme une limite dangereusement franchissable.

Entretenir le tabou du suicide, c'est donc ignorer la réalité et cultiver le déni. C'est abandonner celles et ceux qui se sont donné la mort par désespoir, c'est jeter l'opprobre sur leur acte. C'est vouloir formater la société dans un moule idéal où aucune faiblesse, aucune perte d'espoir ou de but ne serait admise.

Au cœur de notre activité associative, le tabou du suicide représente une véritable barrière psychologique. Il instaure un caractère dissimulateur, avec des répercussions négatives et néfastes sur la manière d'aborder la problématique du suicide et les actions de prévention.

Par ailleurs, il crée un véritable obstacle quand il s'agit de solliciter un soutien financier auprès d'entreprises ou de fondations, le suicide n'est pas porteur en termes d'image. Ce n'est pas au goût du jour, seule une campagne de déstigmatisation changerait la situation pour lever les freins à des actions collectives privées, sociales et bien sûr publiques.



■ Les données statistiques

Les statistiques de mortalité par suicide sont publiées chaque année par l'INSERM, avec en général un décalage de 2 à 3 ans. Ils sont élaborés sur la base des certificats médicaux de décès et il est estimé une sous-évaluation d'environ 10 %. Le nombre de décès par suicide toutes tranches d'âge confondues pour la France métropolitaine, est de : **8 879 en 2014**. Les **10 000** indiqués sur le manifeste tiennent compte de la sous-évaluation et des territoires d'Outre-Mer.

La mortalité par suicide est en recul depuis quelques années, mais reste, parmi toutes les causes, celle qui fléchit le moins.

Quelques chiffres révélateurs de l'évolution du suicide en France métropolitaine :

(Effectifs de décès par suicide – deux sexes- Inserm – CépiDc)

1980 : 10 369
1990 : 11 362
2000 : 10 818
2010 : 10 340
2011 : 10 367
2012 : 9 715
2013 : 9 602
2014 : 8 879

Une diminution importante de 723 morts est à noter entre 2013 et 2014, baisse que les sociologues n'expliquent pas.

Concernant **les tentatives des suicides**, les statistiques sont effectuées sur la base d'évaluations faites en milieu hospitalier. Elles ne reflètent pas la réalité mais révèlent quand même une situation alarmante. C'est **entre 200 000 à 220 000 tentatives de suicide** qui sont enregistrées chaque année en France. Ce sont essentiellement les jeunes qui sont concernés et principalement les filles, contrairement à la mortalité par suicide. Une enquête nationale réalisée en 1994 par l'INSERM, auprès de 12 000 adolescents de 11-19 ans, montrait que 7 % de ces jeunes avaient déjà fait une TS et que 30 % avaient souvent des idées suicidaires. L'enquête menée en 2000 en milieu scolaire par Marie CHOQUET (INSERM) et Xavier POMMERAU (Centre Abadie de Bordeaux) indiquait que 9 % de garçons et 19 % de filles avaient fait une tentative de suicide et que 9 sur 10 de ces TS n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation.

Pour évaluer la situation de mal-être profond en France, il faudrait également prendre en compte, non seulement les tentatives de suicide et les troubles mentaux, mais tous les comportements à risque suicidaire : dépendance à l'alcool et autres produits toxiques, troubles du comportement alimentaire, violences, délinquances, harcèlements.

■ Historique de la prévention du suicide en France

La prévention du suicide en France est relativement récente. C'est en 1996 que la Conférence Régionale de la Santé a décidé d'en faire une priorité de santé publique. En 1998, Bernard KOUCHNER, alors Ministre de la Santé, affirme sa volonté de mettre en œuvre une politique de prévention du suicide, avec pour objectif de faire passer, en trois ans, le nombre de suicides sous la barre des 10 000. La barre des 10 000 ne fut atteinte qu'en 2012.

Deux conférences de consensus ont eu lieu l'une **en 1998** sur « La prise en charge hospitalière des jeunes suicidants » et l'autre **en 2000** sur « Reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire » et ont débouché sur des recommandations pertinentes.



Un premier plan « Stratégie Nationale d'actions face au suicide » 2000- 2005 est mis en œuvre en s'articulant autour de quatre axes prioritaires :

- Favoriser le dépistage de la crise suicidaire,
- Diminuer l'accès aux moyens létaux,
- Améliorer la prise en charge des suicidants,
- Approfondir la connaissance épidémiologique.

Un deuxième plan a été mis en place de **2011 à 2014**, en partenariat avec plusieurs Ministères « **Programme national d'actions contre le suicide** ». Celui-ci comportait 6 grands axes, 22 mesures et 49 actions. Il s'agissait d'un programme très détaillé dont l'application s'appuyait sur les A.R.S (Agences Régionales de la Santé). On peut lui attribuer le bénéfice d'une diminution sensible du nombre de suicidés grâce à une réelle synergie entre tous les acteurs de terrain due à l'impulsion politique.

Un Observatoire National du Suicide a été créé en 2013 sous la présidence de la Ministre de la Santé. Celui-ci a permis à plusieurs acteurs représentant l'administration, les professionnels de santé et huit associations (dont PHARE Enfants-Parents) de travailler ensemble. Il a donné lieu à la publication de 3 rapports dont le dernier est présenté le 11 janvier 2018 dans le cadre d'un congrès national rassemblant les psychiatres, le GEPS (Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide).

En conclusion, depuis 2000, des actions concrètes ont été menées et ont permis d'infléchir la courbe ascendante des mortalités par suicide. Les moyens étaient insuffisants, aucune ligne budgétaire n'était affectée précisément au suicide, mais une volonté politique de prévention était en marche.

Ce que nous constatons aujourd'hui est alarmant car la politique qui se dessine au travers des recommandations du Haut Conseil de Santé Publique ne correspond pas à une volonté forte de s'attaquer avec clarté et fermeté aux causes profondes du suicide ni à la prévention.

■ Les recommandations qui influent sur la politique de santé

Le rapport de 70 pages publié en 2016 par le Haut Conseil de Santé Publique sur l'évaluation du programme 2011-2014 préconise 9 recommandations.

Ces recommandations sont définies pour « repenser l'action en matière de lutte contre le suicide en France » :

- Promouvoir un double objectif : prévention générale en amont visant un effet dans plusieurs années et prévention spécifique visant une réduction effective du nombre de suicides à court terme.
- Inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale (sans en faire un programme spécifique).
- Cibler les populations à risque, en prenant en compte les catégories de comportements suicidaires et de troubles psychiques suicidogènes.
- Fixer des objectifs de réduction du nombre de suicides, en les déclinant en fonction des contextes régionaux et des catégories à risque.
- Organiser les actions visant la réduction du nombre de suicides à partir du corpus des interventions efficaces.
- Connecter la formation des professionnels (avec les moyens nécessaires), les lignes d'écoute téléphonique et l'information du public à des réseaux de prise en charge et de soins.
- Développer l'observation et la recherche.
- Evaluer les actions conduites dans les régions dans la perspective d'aider au pilotage.
- Piloter l'atteinte des objectifs de réduction du nombre de suicides, en lien étroit avec l'évaluation et l'observation.



A première vue, on ne peut qu'être favorable à l'ensemble de ces énumérations. Mais la lecture complète du rapport, et en particulier le détail des recommandations, conforte l'idée que le suicide n'est pas une priorité, à preuve, il est jugé non nécessaire d'en faire un programme spécifique. Il y est dit qu'il doit relever du champ de la santé mentale, donc du seul domaine de compétence de la psychiatrie. Il affirme aussi que le suicide ne doit pas faire l'objet de communications par crainte de « l'effet Werther » et qu'il ne faut plus parler dans les écoles du risque suicidaire, mais du bien-être. D'une façon générale, il ne faut plus parler du suicide, de même qu'il est déconseillé d'en faire une « grande cause nationale ». Les associations sont exclues en tant qu'acteurs dans les actions de prévention, sauf dans la réflexion sur la mise en place d'un **n° unique : Suicide info service**.

Ces recommandations sont censées éclairer la politique menée par le Ministère de la Santé. Pourtant il apparaît clairement que celles-ci aggravent le tabou et l'entretiennent au détriment de l'avancée d'actions de prévention qui pourraient émerger d'une synergie créée par tous les acteurs pluridisciplinaires : professionnels de santé, chercheurs, associations avec leurs très nombreux bénévoles et salariés, individus touchés par la problématique suicidaire.

■ La prévention du suicide dans le monde

Selon l'**OMS**, le suicide représente plus de 800 000 morts dans le monde (plus de morts que les conflits en provoquent).

La prévention du suicide est déclarée comme une priorité majeure par l'OMS qui l'inclut dans le **Plan d'Action pour la Santé Mentale 2013-2020**, fixant 4 objectifs. Il souligne l'importance de la prévention, met l'accent sur la promotion de la santé et porte une attention particulière aux troubles mentaux et aux troubles liés à l'utilisation des substances toxiques.

Les états membres de l'OMS se sont donc engagés à réaliser ces objectifs, dont la France qui adhère également au plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020. Ce dernier fixe 7 objectifs et propose des mesures pour améliorer la santé mentale et renforcer le bien-être. Le 13 juin 2008, une conférence européenne sur la santé mentale a débouché sur la création d'un « **Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être** » définissant cinq domaines prioritaires dont la prévention de la dépression et du suicide.

L'OMS et l'IASP (International Association for Suicide Prévention) se sont associés en 2003 pour créer une dynamique de sensibilisation en décidant **une Journée mondiale de prévention du suicide le 10 septembre**. Le 10 septembre 2016, le ruban (présenté sur le manifeste) a été lancé comme emblème de la prévention du suicide autour du thème « RELIER, COMMUNIQUER, SOUTENIR ». Force est de constater que ce thème ne fut pas repris en France par les médias et que ce ruban n'a pas été promu par les organismes susceptibles de relayer.

La France se situait en 2010 (1^{er} rapport de l'Observatoire National du Suicide) au 10^e rang des pays européens ayant le plus fort taux de décès par suicide. C'est dire que nous avons encore beaucoup à faire en termes de prévention pour arriver au même niveau que le Royaume-Uni qui se situe au 28^e rang. **Taux de suicide pour 100 000 habitants : 14.7 en France, 6,4 au Royaume-Uni. Eurostat de 2010**

Nombreux pays d'Europe s'investissent dans la prévention du suicide et quantité d'initiatives sont soutenues, encouragées comme par exemple en Belgique, Suisse, Royaume Uni, Ecosse, Danemark.

Le Canada, les Etats-Unis et l'Australie mènent des politiques où le mot suicide n'est pas effacé et où la sensibilisation de tous les publics est entretenue régulièrement. Par exemple, le Québec lance une vaste campagne de sensibilisation d'une semaine, **du 4 au 10 février 2018** sur le thème « **Parler du suicide sauve des vies** ».



■ POUR MIEUX PREVENIR LE SUICIDE EN FRANCE

Le suicide est l'aboutissement d'un processus de mal-être qui passe par une « crise suicidaire » dont les symptômes et les étapes sont connus permettant ainsi d'évaluer la dangerosité d'un passage à l'acte. Des personnes sont reconnues plus vulnérables, notamment celles atteintes de pathologies mentales, mais il y a également nombre de personnes qui attendent à leur vie sans avoir été diagnostiqués dépressifs et qui échappent à l'observation et à l'intervention de la psychiatrie.

Le passage à l'acte suicidaire est multifactoriel, d'où sa complexité à le prévenir, néanmoins les facteurs de protection et de risques sont connus et devraient permettre d'ouvrir de larges champs d'intervention.

En France, depuis 20 ans, les initiatives se sont développées tant au niveau des pouvoirs publics, institutionnels que privé : professionnels de la santé, associations. Il y a donc lieu d'espérer une évolution générale favorable, si l'Etat joue un rôle de leader dans l'organisation territoriale des actions de prévention, affecte des fonds importants dans le cadre d'un plan précis qui n'éluide pas le mot suicide et qui reconnaisse les associations comme acteurs privilégiés.

On peut constater qu'il y a à la fois une cohérence dans les politiques annoncées aux niveaux de l'OMS, de l'Europe et de la France, mais qu'il existe des variantes dans leurs mises en application.

La France se montre particulièrement frileuse sur le plan de la communication par crainte de l'effet « Werther ». **S'il faut savoir parler du suicide, cela n'exclut pas d'en parler.** Il faut avant tout sensibiliser les médias au risque d'imitation que comporte l'héroïsation d'une personne célèbre ou non qui s'est suicidée. Un organe de l'OMS a édité un guide pratique de recommandations aux journalistes pour traiter un cas de suicide.

Outre les mesures envisagées dans le cadre d'un plan Santé Mentale que nous approuvons globalement, il nous paraît essentiel de mettre en œuvre :

- **Des campagnes de sensibilisation médiatiques** pour déstigmatiser le suicide et les troubles mentaux. Il n'est nul besoin de donner dans le macabre et le spectaculaire pour sensibiliser au fait que la souffrance psychique existe et qu'il y a lieu de la traiter au même titre que tout autre problème de santé. Le regard de l'autre est important, l'empathie aussi.
- **Des actions associatives pour briser le tabou avec des pouvoirs publics** bannissant toute politique de l'autruche qui consiste à ne plus parler du suicide, y compris en termes de prévention dans les écoles.
- **Les moyens financiers plus conséquents**, susceptibles de supporter à la fois les initiatives innovantes et de soutenir les actions menées par les acteurs de terrain, telles les associations. La sécurité routière est un exemple tant du point de vue de la volonté politique que des moyens financiers et techniques consacrés.
- **Une amélioration de la qualité des services psychiatriques.** Si beaucoup de services peuvent être considérés comme des modèles dans la prise en charge des suicidants, d'autres n'offrent pas les conditions d'accueil et de soins favorables à une guérison et constituent trop souvent une expérience que les patients refusent de renouveler. Trop de suicidaires ou suicidants se trouvent confrontés à une promiscuité avec des personnes souffrant de pathologies graves, qui les déstabilisent, voire les traumatisent. De plus, le traitement médicamenteux est souvent la seule réponse à la souffrance psychique.
- **Une prise en compte de l'entourage**, comme le préconise la conférence de consensus de 2000. Les parents, les proches sont trop souvent écartés de la prise en charge d'un suicidaire ou d'un suicidant. Sans lever le secret professionnel, ceux-ci devraient faire l'objet d'une écoute et devraient être informés sur le traitement et sur l'attitude à avoir vis-à-vis de la personne en souffrance.



- **La généralisation de la formation au repérage des signes de mal-être et de la crise suicidaire.** Cette connaissance ne doit pas être réservée aux seuls professionnels de la santé.
- **Des mesures efficaces pour lutter contre toutes les formes d'autodestruction.** La dépendance aux produits toxiques est un des facteurs principaux de risque suicidaire. Or, si l'alcool fait l'objet de campagnes et d'actions de prévention, la consommation de cannabis, de cocaïne ou de tout autre produit nocif semble occultée ou plus discrète. Le message politique est flou et entretient l'idée que le tabac et l'alcool sont plus dangereux. Les jeunes sont sollicités pour commencer à consommer de plus en plus tôt alors qu'ils sont particulièrement vulnérables. Les parents, les proches vivent des situations douloureuses en toute impuissance. Plus de 500 000 jeunes sont dépendants au cannabis et donc potentiellement en risque suicidaire. En tout état de cause, beaucoup d'entre eux développent des troubles mentaux et deviennent sociaux et inaptes à une activité professionnelle.
- **Un programme de lutte contre la violence sexuelle** et contre toutes les formes de violences (harcèlement, insultes). La violence sexuelle est à l'origine de comportements suicidaires. Elle n'est pas évoquée dans les facteurs de risques et ne fait pas l'objet de mesures spécifiques. Des instructions ministérielles existent sur le harcèlement mais ne sont pas suivies d'effet dans la plupart des cas.
- **La décision d'en faire une Grande cause nationale** renforcerait les actions de prévention et permettrait de briser le tabou, de déstigmatiser le suicide afin de modifier le regard de tout un chacun sur une personne en souffrance.

La prévention du suicide passe par une prise de conscience collective et par une volonté politique !

Des mesures de prévention efficaces éviteraient bien des **dramas humains**. Combien sont-ils ceux qui sont concernés par le suicide d'un être cher, par les tentatives de suicide, par les addictions, par les troubles mentaux ? Des millions de personnes.

Quel en est le coût économique en France ?

Une étude de l'unité de recherche en économie de la santé de l'Hôtel Dieu à PARIS a évalué à plus de 4.5 milliards d'euros le « fardeau économique » du suicide et des tentatives de suicide pour 2009 en France. Ce chiffre ne tient pas compte des arrêts de travail, des problèmes de santé de l'entourage lorsqu'il y a tentatives de suicide ou suicide d'un proche. **Pour un suicide, 40 personnes sont touchées, soit 40 000 par an !**

Il est urgent de déclencher cette prise de conscience.

SIGNEZ le manifeste sur

www.change.org

Version imprimable sur

www.phare.org