

**Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés**

**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
bureau de la santé mentale SD6 C**

**Stratégie nationale d'actions face au suicide
2000/2005**

**annoncée le 19 septembre 2000
dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne**

INTRODUCTION

Le nombre de suicides et de tentatives de suicides reste particulièrement préoccupant. Chaque année, en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 12 000 en meurent. C'est la première cause de décès chez les jeunes adultes.

Le gouvernement considère la prévention du suicide comme un des axes majeurs de sa politique de Santé Publique et a demandé à Mme Dominique GILLOT, Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, de mettre en place un programme d'actions pour la période 2000 – 2005.

La stratégie nationale d'actions face au suicide a été annoncée par Mme Dominique GILLOT le 20 septembre 2000 lors de la Conférence européenne sur la prévention du suicide des jeunes organisée par la Conférence des DRASS à Nantes dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne.

Cette stratégie a pour objectif, à travers la prévention des suicides, de pouvoir apporter une réponse à la souffrance psychique des suicidants, de développer des actions d'accompagnements des jeunes et de leurs familles, d'améliorer la qualité des soins, enfin de mieux coordonner les efforts de nombreux acteurs sur ce thème.

Ce programme d'actions pour la période 2000-2005 se décline selon 4 axes :

1- Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires. Les professionnels doivent avoir des pratiques communes et des outils validés pour évaluer les facteurs de risque de la crise suicidaire. Une conférence de consensus (octobre 2000) a produit des recommandations sur ce thème. A partir des conclusions de cette conférence, des formations pluri-professionnelles seront organisées dans toutes les régions. Par ailleurs, le soutien aux associations d'écoute et d'accueil des personnes en souffrance psychique sera renforcé...

2- Diminuer l'accès aux moyens létaux couramment mis en œuvre lors des suicides, que ces procédés soient traumatiques (armes à feu, train..) ou toxiques (médicaments..). Des études nationales sont mises en place pour mieux comprendre les circonstances de ces suicides et mettre en place des actions de prévention.

3- Améliorer la prise en charge. L'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES) a élaboré en 1998 des recommandations sur la « *Prise en charge hospitalière des personnes après une tentative de suicide* ». Un audit clinique est en cours dans les établissements de santé des 12 régions ayant un programme régional de prévention du suicide. Cet audit clinique sera progressivement étendu à toutes les régions. Par ailleurs, des recommandations seront élaborées sur les actions de prévention les plus pertinentes et les dispositifs de téléphonie sociale.

4- Améliorer la connaissance épidémiologique. Un pôle d'observation spécifique au suicide sera créé au sein de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Il produira un bilan quantitatif et qualitatif tous les ans.

Cette stratégie nationale d'actions constitue une première étape de travail qui s'enrichira chaque année de nouvelles actions ainsi que des évaluations des actions à mettre en œuvre.

1- Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires

Prévenir les tentatives de suicides notamment chez les jeunes

Situation actuelle :

Le suicide est la 2ème cause de mortalité chez les 15-24 ans et la 1ère cause de mortalité chez les 25-34 ans. Si le taux global de suicides (tous âges confondus) a tendance à diminuer légèrement depuis le début des années 1990, les taux sont en augmentation constante chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement de sexe masculin.

Pour cette population, le suicide est un des symptômes du mal être, de la souffrance psychique ou de la détresse morale.

Les dispositifs d'accueil et d'écoute des jeunes et/ou de leur famille sont des éléments importants de la prise en charge de la souffrance psychique et donc de la prévention du suicide. Toutefois, ces dispositifs sont confrontés aux mêmes difficultés de repérage des conduites suicidaires que les autres structures.

Objectifs :

Améliorer la cohérence et renforcer le dispositif d'accueil et d'écoute des adolescents et des jeunes adultes.

Mettre en place des recommandations sur le dépistage des facteurs de risque de la crise suicidaire.

Mesures :

- Circulaire sur le renforcement des lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes comme les points accueil jeunes et les points écoute jeunes et parents, afin de les intégrer dans les réseaux locaux de prévention du suicide.
- Organisation d'une conférence de consensus en octobre 2000 par l'ANAES et la fédération française de psychiatrie sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » et diffusion des conclusions auprès de l'ensemble des acteurs impliqués.
- En se basant sur ces recommandations, élaboration de formations spécifiques des intervenants des dispositifs d'accueil et d'écoute des jeunes sur les conduites suicidaires, leur repérage et leur prise en charge.

Coût :

- Conférence de consensus et des audits : 0,5 MF
- Formations suite aux conclusions de la conférence de consensus : 0,3 MF

Améliorer la formation des intervenants

Situation :

De multiples formations sont proposées sur la prévention du suicide et la prise en charge des personnes suicidantes. Ces formations doivent être pluridisciplinaires. La prise en charge des personnes en crise suicidaire doit être individualisée. Elle implique souvent plusieurs professionnels du champ sanitaire, psychologique et social, et nécessite une continuité dans le temps.

Objectifs :

Améliorer le contenu des formations sur la crise suicidaire.

Favoriser les formations interdisciplinaires dans le cadre d'un plan de formation nationale.

Sensibiliser les personnels des établissements scolaires (conseillers d'éducation, enseignants...) au repérage de la souffrance psychique des jeunes.

Former au travail en réseau autour de la prise en charge des personnes en crise suicidaire.

Mesures :

- Organisation d'une session de formation nationale de formateurs régionaux sur la question des crises suicidaires, à partir d'un contenu reprenant les conclusions de la conférence de consensus sur la crise suicidaire d'octobre 2000.
- Organisation de trois journées interrégionales (éducation nationale /santé) destinées aux personnels médico-sociaux et aux inspecteurs d'Académie de l'Education Nationale pour les sensibiliser aux problèmes liés à la souffrance psychique des jeunes et à la prévention du suicide.
- Mise en place d'un travail de partenariat pour le soutien des équipes éducatives confrontées à la souffrance psychique des jeunes, entre le dispositif spécifique des classes-relais de l'éducation nationale et les secteurs de pédo-psychiatrie ou les centres médico-psycho-pédagogiques. (circulaire du 24 juillet 2000 DGS/DAS/DH/Education nationale/PJJ).
- Mise en place de formations "d'échange de pratiques" permettant notamment la valorisation d'actions développées par les différents acteurs du champ sanitaire et social.

Coût :

- Coût formation de formateurs : 0,5 MF
- Coût partenariat classe-relais/CMP-CMPP : 3,1 MF

2- Diminuer l'accès aux moyens létaux

Mieux comprendre les circonstances des suicides et diminuer l'accès aux moyens létaux

Situation actuelle

Chiffres :

Les principaux moyens utilisés pour les tentatives de suicide sont les armes à feu, les chutes volontaires sous des transports en commun et les surdosages médicamenteux. Ainsi, chaque année, 2900 personnes se suicident par arme à feu (un tiers des suicides masculins et 10 % des suicides féminins). En France, 23 % des foyers détiennent une arme à feu. 5 millions de personnes chassent ; 140.000 sont licenciées dans des clubs de tir dont 40.000 sont pratiquants réguliers. La SNCF et la RATP recensent respectivement 300 et 150 suicides par an. Les médicaments sont responsables de 11% des décès par suicide chez les hommes et de 27% chez les femmes. Des études ont montré que la disponibilité plus ou moins grande de ces moyens pouvait avoir un impact sur l'évolution du nombre de suicides, en prévenant les suicides impulsifs, mais nous manquons de données sur ce thème en France.

Objectifs :

Diminuer l'accès aux armes à feu, améliorer leur sécurisation et responsabiliser les détenteurs d'armes à feu en identifiant les circonstances de leur utilisation dans les suicides et les tentatives de suicides,

Améliorer la mise en sécurité des sites publics (SNCF/RATP) dans lesquels sont recensés les tentatives de suicide,

Mieux limiter l'accès à certains médicaments et responsabiliser leurs utilisateurs.

Mesures :

- Mise en place d'une étude sur la mortalité par suicide par arme à feu afin de préciser l'origine, l'utilisation et le stockage des armes pour adapter une politique de responsabilisation des détenteurs d'armes à feu .
- Mise en place d'une étude sur les intoxications médicamenteuses volontaires suivies dans les services de réanimation : circonstances de l'acte suicidaire ; nature des produits et fréquence d'utilisation.
- Mise en place d'une étude, dans une ou deux régions pilotes, pour évaluer *l'intérêt « des autopsies psychologiques »* (analyse des circonstances psychologiques qui ont entouré le suicide).
- Mise en place d'un travail interministériel pour sécuriser les sites les plus souvent utilisés dans les tentatives de suicides.
- Intégrer la responsabilisation des détenteurs d'armes à feu et des possesseurs de médicaments dans les campagnes de communication sur les accidents domestiques par le développement du concept de « Maison sûre ». (CNAM/CFES).

Coût :

- Coût de l'enquête sur les armes à feu : 0,5 MF
- Coût de l'étude dans les services de réanimation : 0,8 MF
- Coût de la formation « autopsies psychologiques » : 0,2 MF

3- Améliorer la prise en charge

Améliorer la prise en charge

Situation :

Identifier et prendre en charge les personnes en crise suicidaire est complexe. Le mal être n'est pas toujours exprimé ou verbalisé. Lorsqu'il est exprimé, il peut ne pas être entendu. Lorsque la crise suicidaire est repérée, les professionnels du champ médical ou psycho-social ne savent pas toujours comment agir face à la détresse de la personne. La prise en charge des personnes suicidantes nécessite l'intervention d'acteurs de champs différents.

Un jeune suicidant sur 4 est hospitalisé. 17 % quittent l'hôpital dans les 12 heures ; 83 % sont transférés (41 % en pédiatrie ; 17 % dans un service d'urgence; 9 % en psychiatrie ; 28 % dans d'autres services de médecine générale. 21 % ne rencontre pas de spécialiste "psy"). Il est pourtant important de ne pas banaliser la tentative de suicide et de prendre en compte non seulement les aspects somatiques induits mais aussi la souffrance psychique (pré)existante. L'ANAES a élaboré et diffusé en 1999 des recommandations de bonnes pratiques sur "la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide". A la suite de ces recommandations des audits ont déjà été réalisés dans 60 hôpitaux situés dans les 10 régions qui ont mis en place un programme régional de prévention du suicide. Ces recommandations peuvent être élargies aux autres publics (adultes, personnes âgées)

Objectifs :

Améliorer la prise en charge à l'hôpital des personnes suicidantes et éviter les récidives.

Améliorer les partenariats entre les services d'urgences et les partenaires extérieurs (médecins généralistes; associations d'accueil et d'écoute ; structures médico-sociales) pour favoriser la cohérence, la globalité et la continuité de la prise en charge.

Favoriser l'individualisation des réponses.

Mesures :

- Généralisation des audits cliniques ANAES sur la prise en charge aux urgences des établissements de santé des personnes ayant fait une tentative de suicide ;
- Renforcer et développer les lits d'hospitalisation pour adolescents et les lits de pédo-psychiatrie dans les 17 départements qui en sont actuellement dépourvus.

Coût :

- Coût des audits cliniques : 0,5 MF

Améliorer la qualité des actions de prévention primaire et favoriser la mise en place d'actions d'éducation pour la santé

Situation :

Le suicide est multifactoriel. L'élaboration d'un message de prévention primaire est complexe. Les études récentes insistent sur les modalités de communication (les communications trop spécifiques peuvent avoir des effets délétères). En matière de prévention primaire précoce, les experts et les conclusions des études nationales et internationales préconisent d'intégrer la problématique du suicide dans une prévention primaire plus globale du mal-être ou de la souffrance psychique. Les tentatives de suicide constituent un des symptômes de ce mal-être.

Objectif :

Elaborer des outils de prévention (vidéo, brochures, affiches...) permettant le dialogue entre professionnels et jeunes sur le thème du mal-être.

Mesures :

- Renforcer la pédagogie du CFES sur le thème du suicide et développer sa capacité de recensement, d'expertise, de diffusion des outils de prévention et de recommandations sur leur mode d'utilisation.
- A partir de la pédagogie, labelliser des actions d'éducation pour la santé développant la capacité des jeunes à prendre en charge leurs problèmes ou de rechercher le dialogue avec l'adulte.

Coût :

- Coût du développement de la pédagogie pour la prise en compte du suicide : 0,2 MF

Etablir des recommandations de pratiques pour les acteurs de prévention travaillant en dehors de l'hôpital

Situation :

La mobilisation des acteurs de prévention, notamment dans le cadre des programmes régionaux de prévention du suicide, a permis de développer de nombreuses actions innovantes, notamment répertoires recensant les acteurs locaux impliqués dans la prévention du suicide ; intervention de psychologues dans les missions locales ; formations de médecins généralistes ; formations interdisciplinaires ; interventions en milieu scolaire ; services de téléphonie sociale.... Des évaluations en cours en évaluent la pertinence.

Objectif :

Diffusion de pratiques validées sous forme de recommandations pour favoriser la cohérence et la qualité des actions, valoriser et mobiliser les acteurs de terrain.

Mesures :

- Poursuite des évaluations et diffusion de nouvelles recommandations (Les premières diffusions de recommandations auront lieu en 2001 suite aux évaluations conduites en 1999 et 2000 par la FNORS et le CFES)
- Mise en place d'une évaluation et élaboration d'un cahier des charges ou d'une charte qualité pour les associations d'accueil et les services de téléphonie sociale oeuvrant dans le champ de la prévention du suicide (Union Nationale de Prévention du Suicide).

Coût :

- Coût de nouvelles évaluations/ recommandations : 0,2 MF
- Coût de l'évaluation des services de téléphonie sociale : 0,22 MF

Améliorer l'accompagnement des familles ou des proches

Situation :

La survenue d'un décès par suicide nécessite pour le professionnel chargé d'en faire l'annonce d'un savoir-faire spécifique et justifie souvent la mise en place d'un soutien psychologique pour la famille ou les proches. Or, peu d'institutions ont un protocole pour annoncer les décès, à fortiori en cas de suicide. De même, les associations qui agissent sur ce thème n'ont pas de cahier de charge. Enfin, le soutien psychologique des endeuillés n'est pas systématiquement proposé.

Objectifs :

Améliorer les conditions d'annonce, par les institutions, du décès par suicide.

Consolider l'action des associations intervenant dans l'accompagnement des familles et des proches.

Favoriser l'accès à des entretiens de soutien psychologique pour les endeuillés qui le souhaitent.

Mesures :

- Evaluation des propositions faites par un groupe de travail de l'administration pénitentiaire/santé sur l'annonce d'un décès par suicide aux familles ou aux proches, et diffusion aux autres institutions (police, sapeurs pompiers, établissements de santé...).
- Elaboration de recommandations sur l'accompagnement des personnes endeuillées après un suicide en lien avec les associations d'accueil et d'écoute.
- Identifier et renforcer des lieux d'accueil et d'écoute associatifs ou hospitaliers susceptibles d'assurer le soutien psychologique des familles et proches après un suicide (groupe de parole ; consultation).

Coût :

- Coût du renforcement des structures d'accueil et d'écoute : 1 MF

Programmes régionaux de prévention du suicide

Situation :

60 % des personnes ayant fait une tentative de suicide récidivent, ce qui augmente de manière importante le risque de décès. Il est donc essentiel d'agir au plus près du lieu où est repérée la personne en crise suicidaire (médecine générale, structure sanitaire et/ou sociale...), d'où l'importance du travail transversal ou en réseau.

L'offre de prise en charge sanitaire et sociale existe mais les informations sur cette offre doivent être plus facilement disponibles et la coordination doit être améliorée pour assurer une meilleure efficacité de la prise en charge.

Objectif

Améliorer le travail de partenariat et/ou en réseau dans la prise en charge de personnes en crise suicidaire en dotant et incitant l'ensemble des régions à se doter d'un programme de prévention du suicide en particulier dans le cadre des programmes régionaux de santé.

Mesures :

Les programmes de prévention du suicide doivent au minimum être en mesure de proposer :

- des outils d'information sur les acteurs locaux de prévention du suicide ;
- une organisation de la prise en charge médico-sociale en réseau ;
- un plan de prévention primaire.

Coût :

- 8 MF dans le cadre des PRS ou des PRAPS

4- Améliorer la connaissance

Mieux connaître la situation épidémiologique

Situation actuelle

On manque de données sur la mortalité liée aux tentatives de suicides et aux suicides. De surcroît les données disponibles sont souvent parcellaires, non analysées et donc difficiles à utiliser au niveau national.

On recense actuellement 12.000 décès annuels par suicide. On estime qu'en réalité, il serait de l'ordre de 14.000. Cette sous-estimation est liée à la méconnaissance de la procédure post certification par les médecins généralistes (respect de l'anonymat, peur d'une autopsie systématique; problèmes liés aux assurances, difficulté à identifier la nature suicidaire de certains décès; données incomplètes transmises par certains instituts médico - légaux). De même, il existe une augmentation des décès par suicides des personnes en institutions notamment en psychiatrie et en milieu carcéral (2 à 4 % des suicides surviennent lors d'une hospitalisation psychiatrique; en milieu carcéral, en 1999, on dénombre 125 décès par suicide contre 47 en 1975). Ce phénomène qui concerne toute l'Europe (ex : en Grande Bretagne, 10 à 15 % des suicides concernent des patients sortis d'une hospitalisation psychiatrique depuis moins de quatre semaines); est largement sous- estimé.

Objectifs :

Mieux connaître l'épidémiologie des conduites suicidaires (décès par suicide, tentatives de suicide, idéations suicidaires) en :

- renforçant la fiabilité des indicateurs de mortalité en population générale,
- mettant en place des indicateurs sur la mortalité par suicides dans les institutions (établissements de santé notamment psychiatriques, maisons de retraite, établissements scolaires, prisons...),
- créant un lieu de synthèse des données concernant le suicide,
- favorisant la recherche épidémiologique sur cette question.

Mesures :

- Mise en place d'un pôle d'observation en continu sur la prévention du suicide :
 - bilan des données épidémiologiques disponibles au niveau national et régional
 - élaboration d'un plan national d'indicateurs de suivi de l'évolution des conduites suicidaires et de leur prise en charge
 - élaboration de tableaux de bord régionaux et nationaux des suicides en institution :
- Elaboration d'un protocole national d'harmonisation des pratiques de déclaration des décès par suicides et diffusion de ces recommandations à l'ensemble des médecins généralistes.
- Mise en place d'un protocole national de transmission des données de mortalité par les instituts médico - légaux

Coût :

- Brochures à destination des médecins généralistes : 0,1 MF

Mieux connaître les tentatives de suicide prises en charge par les établissements de santé et par les médecins généralistes

Situation actuelle :

Les tentatives de suicide prises en charge par les hôpitaux ou en médecine générale sont mal connues. Au niveau des urgences hospitalières elles ne sont pas recensées par le PMSI si les personnes concernées ne sont pas hospitalisées. En ville, peu de données sont disponibles. Pourtant les médecins généralistes sont des acteurs importants de la prise en charge de la crise suicidaire. En effet une majorité de suicidés consulte un médecin dans les jours ou les semaines précédant leur mort.

Objectif :

Améliorer l'épidémiologie des tentatives de suicide prises en charge aux urgences des établissements hospitaliers et en médecine générale.

Mesures :

- Intégrer dans le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) des établissements de santé et notamment des services d'urgence, des indicateurs concernant toutes les tentatives de suicides arrivant aux urgences.
- Mise en place d'un recueil de données sur les tentatives de suicide au sein du réseau sentinelle « *médecins généralistes* » de l'INSERM.

Améliorer les connaissances en population générale et mieux connaître les perceptions du public

Situation :

Hormis les données tirées du "Baromètre santé - jeunes" du CFES et du sondage fait par l'association Union Nationale pour la Prévention du Suicide en 1999, il existe peu de données sur les tentatives de suicide en population générale et l'opinion de la population française sur le suicide.

L'offre de prise en charge sanitaire et sociale existe mais les informations sur cette offre doivent être plus facilement disponibles et la coordination doit être améliorée pour assurer une meilleure efficacité de la prise en charge.

Objectif :

Améliorer les connaissances et les perceptions de la population générale sur les suicides pour mieux appréhender les connaissances, les attentes sur ce sujet et adapter les actions de prévention du suicide.

Mesures :

- Soutien à l'Enquête d'opinion réalisée tous les 2 ans par l'UNPS.
- Extension du "Baromètre santé-jeunes" à la population générale sur plus de 13.000 sujets avec des items sur le suicide pour mieux appréhender les tentatives de suicide et leur prise en charge.
- Elaboration d'outils d'information sur les acteurs locaux de prévention du suicide au niveau des régions.

Coût :

- Coût de l'enquête d'opinion : 0,1 MF