

# Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention

A. Batt, A. Campeon, D. Leguay, P. Lecorps

*Dans cet article, il est montré ce que le « phénomène suicidaire » recouvre de nos jours, comment il est appréhendé et - préoccupation plus récente - comment il fait l'objet d'une volonté de prévention. L'exposé comprend les définitions de l'objet étudié, le rappel des méthodes de recueil de données et des discussions liées aux inévitables variations des approches, un bref repérage spatiotemporel. Sont présentés les acquis recueillis dans la littérature biomédicale, celle des sciences humaines et/ou scientifique, principalement centrés sur les domaines les plus susceptibles d'interroger les médecins et les intervenants tout au long du processus suicidaire. La méthode suivie vise à apporter au praticien les informations disponibles mais aussi à lui présenter le questionnement et le regard critique de professionnels pour lui permettre d'interroger sa pratique et l'intérêt d'une meilleure insertion dans une démarche communautaire. Enfin, du fait de l'amplification au cours des années, dans la littérature biomédicale et institutionnelle, de la question de la prévention sous ses différents aspects nous abordons la question de la légitimité et de l'éthique d'actions collectives susceptibles d'aller au-devant d'une problématique qui relève tout d'abord de l'ordre privé mais aussi largement de l'ordre social. Différentes approches (clinique, sociologique, éthique) sont confrontées dans ce texte. Leur complémentarité ne fait pas de doute.*

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Méthodologie ; Phénomène suicidaire ; Facteurs de risque ; Facteurs sociodémographiques ; Facteurs familiaux ; Événements de vie ; Récidive ; Prévention

## Plan

■ Introduction	1
■ Questions de méthodologie	2
Que recouvre le phénomène suicidaire ?	2
Repérage du phénomène suicidaire par les chiffres	3
Qualité des données de mortalité	4
Qu'est-ce qu'un facteur de risque ? Des mots français, un concept anglo-saxon	4
■ Appréciation de l'ampleur du phénomène suicidaire	5
Évolution depuis le XIX <sup>e</sup> siècle : diffusion spatiale et propagation sociale du suicide	5
Tendances contemporaines	6
Données épidémiologiques récentes	7
Facteurs sociodémographiques	8
Facteurs familiaux	10
Facteurs environnementaux	11
Événements de vie	11
Facteurs économiques	12
Suicide dans des milieux spécifiques	13
Selon les données cliniques	14
Données biomédicales et génétiques	16
■ Suicide et prévention	16
Prévention tertiaire, ou médicale	17
Prévention secondaire	18
Prévention primaire	19
Éthique de la prévention	19
■ Conclusion	20

## ■ Introduction

La mort est le propre de l'homme. Heidegger pense que seul, l'homme, « être pour la mort »<sup>[1]</sup> meurt, parce qu'il a conscience de sa finitude. Pour autant, la mort est rejetée de la représentation et le suicide, comme mort volontaire provoque effroi et fascination. Le suicide est une tragédie qui, d'une manière ou d'une autre, touche l'ensemble de la population : les familles et plus largement tout l'entourage, le corps médical, les professionnels de santé et socioéducatifs, les responsables politiques.

Après avoir été tour à tour l'objet de condamnation, de réprobation, de tolérance - voire de relative acceptation -, le suicide a été déclaré, en France, priorité de santé publique par la première Conférence nationale de santé, en 1996, suite à l'affichage de ce dernier comme « priorité nationale » par le Haut Comité de santé publique (HCSP).

Cette reconnaissance est l'aboutissement de deux siècles de luttes idéologiques. Comme le note Chesnais<sup>[2]</sup> : « ... Devant la complexité du suicide, chaque discipline tente de la réduire à sa propre vision pour le faire entrer dans ses catégories conventionnelles. ... la synthèse devient impossible. Chaque spécialisation est une véritable entrée en religion ; tout spécialiste sanctifie sa chapelle et s'emploie à détruire les autres. Après l'initiation, très vite, la culture technique en vient à étouffer la réflexion d'ensemble. Pourtant, à l'évidence, les théories se complètent plus qu'elles ne s'excluent ». A. Perrier-Durand<sup>[3]</sup> parle de « la tour de Babel » des théories du suicide.

À partir des années 1960, un rapprochement s'amorce entre différentes approches, collectives ou individuelles.

La quantification du phénomène suicidaire, par les méthodes de l'épidémiologie, s'impose dans la réflexion et occupe une

place de plus en plus importante, souvent jugée obligatoire dans les publications médicales. L'attention se porte sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes, la définition de groupes à risque, les liens avec le monde du travail, les bouleversements économiques, la distribution spatiotemporelle des taux de suicide et de tentatives de suicides à travers les régions. Ces variables mobilisent différentes disciplines, sans nécessairement les inciter à travailler ensemble. Dans le même temps, d'autres méthodes d'approche telles l'approche écologique ou l'autopsie psychologique apparaissent dans le champ de la « suicidologie » sans s'imposer de prime abord. Toutes, à leur manière, ouvrent la voie aux stratégies modernes de prévention du suicide.

Ainsi la résolution des aspects « techniques » de la question (quantification, qualification, méthodes d'enquête ...) a devancé l'inscription du suicide comme problème de santé publique. Faut-il analyser ce retard comme le temps nécessaire de la clarification d'une situation demeurée trop longtemps opaque ? N'est-ce pas oublier que, ce que nous nommerons dans la suite de ce texte « le phénomène suicidaire » représente, de fait, une galaxie de situations, qualifiées sans distinction d'une seule et même appellation : le suicide ?

## ■ Questions de méthodologie

Pourquoi commencer par une section méthodologique et sémantique ? L'objectif en est dicté par la nature complexe et multidimensionnelle du suicide, la pluralité des approches et les questions posées par la prévention. Nous verrons, au fil des pages qui suivent que, paradoxalement, c'est une pratique technique - technicienne - qui a permis d'approcher l'ampleur du problème et de contribuer à en faire un problème de santé publique. Si nous sommes amenés à préciser le sens des différents termes employés c'est pour éviter l'écueil des évidences plus ou moins partagées et des lieux communs [4] et faire ressortir ce qui, dans les différences entre les disciplines - épidémiologie, sociologie, clinique ou philosophie - est porteur d'enseignement et enrichit la réflexion.

Si l'on retient comme définition de la suicidologie « le domaine d'étude et de connaissance du suicide » il faut bien admettre qu'il s'agit d'un terrain aux limites incertaines et propres à chaque discipline. Peu de termes ayant trait au suicide sont universellement acceptés : peut-être cela tient-il au fait que « le suicide est un mot mal fait : ce qui se tue n'est pas identique à ce qui est tué [5] ».

## Que recouvre le phénomène suicidaire ?

Dans son ouvrage sur le suicide, publié en 1897, Durkheim [6] définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». Selon cette conception, la tentative, c'est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résultée. Dans l'histoire du suicide, l'apport de Durkheim est important puisqu'il est le premier à avoir mis l'accent sur une dimension éminemment sociale, et jusque-là occultée, du phénomène. Il faut en effet se rappeler qu'au XIX<sup>e</sup> siècle, le courant aliéniste voit dans toute mort volontaire le signe d'une manifestation vésanique qui réduit l'étiologie du suicide à une affection individuelle [7] et qui empêche de questionner autrement la nature du suicide. Cependant, pour Durkheim, l'explication ne paraît pas suffisante. L'addition de l'ensemble des suicides, au demeurant imprévisibles et individuels, lui fait apparaître une réalité nouvelle, en tout point différente des événements singuliers qui la composent. Il entend alors dépasser, pour ne pas dire occulter, les aspects de l'histoire individuelle des suicidés pour rattacher l'événement à des causes uniquement sociales. Son hypothèse est de montrer que le bonheur de l'individu dépend avant toute chose des liens qui l'unissent à la société, ces liens ne devant être ni trop étroits, ni trop distendus [8]. Durkheim postule que le taux de suicide peut être envisagé comme un indicateur objectif du degré de dérèglement social d'une société à un moment donné où « le suicide varie en

raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu ». L'intuition durkheimienne, selon laquelle le suicide constitue bel et bien un phénomène social, a été prolongée par de nombreux sociologues. Divers reproches ont cependant été adressés à Durkheim et, notamment, son désintérêt pour la personne suicidée au profit du taux de suicide. Et la critique n'est pas infondée, comme le démontre un de ses disciples, M. Halbwachs [9], qui publie en 1930, « *Les causes du suicide* ». Le chercheur propose d'étudier le suicide en intégrant les facteurs psychologiques (et individuels) et les facteurs sociaux (collectifs). Pour Halbwachs, c'est l'extension d'une société urbaine et industrielle plus complexe, qui modifie en profondeur les « genres de vie », qui « explique » l'augmentation du taux de suicide au XIX<sup>e</sup> siècle qu'il avait repérée dans son étude. Le suicide en Europe est donc attribuable à « toutes ces occasions de heurts, de conflits et de déceptions qui se multiplient à mesure que la complexité de la vie sociale augmente ». Cherchant à faire le lien entre l'analyse des courants collectifs et l'étude des circonstances individuelles du suicide, Halbwachs tente de réaliser le cadre d'une psychologie collective qui s'efforce d'assurer, par le biais du concept de « genre de vie », la jonction entre une macrosociologie, attachée aux statistiques et aux lois sociales, et une microsociologie qui se voue à décrire la manière dont l'homme vit phénoménologiquement son appartenance à une société. Ces deux précurseurs de la sociologie du suicide ont largement influencé la pensée contemporaine du suicide.

Aujourd'hui, l'expression « phénomène suicidaire », largement utilisée lors de l'élaboration des Programmes régionaux de santé (PRS) et du Programme national (PNS) recouvre, de manière plus ou moins appropriée, une nébuleuse de termes. Nous nous efforcerons de lister les définitions utilisées tout au long de ce texte, tout en gardant en mémoire que chacune d'elle peut faire l'objet de discussions sémantiques approfondies. Il en est ainsi du « phénomène suicidaire » lui-même qui n'est pas accepté par tous les psychiatres cliniciens.

Pour être précis, le terme « suicide » devrait être réservé aux seuls événements qui ont conduit à la mort du sujet, et celui de « tentative de suicide » (TS) à ceux qui n'ont pas abouti à la mort (aussi appelé parasuicide, par les Anglo-Saxons). Les recherches dans ce domaine se fondent principalement sur ces deux événements majeurs, qualifiés de gestes suicidaires dont l'issue est dramatiquement différente. La plus ou moins grande violence des moyens mis en œuvre est souvent avancée pour différencier des tentatives de suicide qualifiées de graves, dont l'intentionnalité serait à la mesure de la violence (« *deliberate self harm* » soit « automutilation intentionnelle » des Anglo-Saxons), de tentatives qualifiées de légères, voire « pas sérieuses ». Dans la mesure où il apparaît dans de nombreux travaux que les deux phénomènes se distinguent par l'âge moyen des sujets concernés et la plus forte prévalence des gestes létaux chez les hommes que chez les femmes, certains auteurs se sont livrés par le passé à un essai de catégorisation : les TS graves chez certains types d'individus, principalement les hommes, les TS moins graves, dénuées d'intentionnalité réelle principalement féminines ! Toutefois, ces hypothèses ne rendent pas compte du fait que, si l'on identifie davantage d'hommes dans les statistiques de mortalité ce sont les femmes qui sont le plus sujettes à la dépression et font le plus grand nombre de TS [10]. En outre, les deux phénomènes ne sont pas toujours aussi indépendants l'un de l'autre. Ainsi, il est bien documenté que diverses tentatives - les récidives, pas systématiquement de plus en plus graves - peuvent être présentes chez un même sujet, jusqu'à conduire à un geste fatal. D'autre part, l'efficacité des services d'urgence et de réanimation, repoussant les limites du possible, des gestes suicidaires graves qui auraient conduit à des suicides, sont susceptibles désormais d'être étiquetés comme des tentatives car la rapidité des secours et les performances de la réanimation ont permis de sauver des vies supplémentaires. Plus récemment, des travaux d'épidémiologie clinique identifient des tentatives médicalement qualifiées de « graves » (*near fatal*) comme une entité clinique caractérisée par un risque important de suicide, susceptibles de servir de modèles pour l'étude du suicide [11].

Actuellement, la différence de nature entre TS et suicide ne s'appuie plus tant sur la distribution par sexe et âge ou l'intentionnalité, que sur la recherche de paramètres biologiques (dysfonctionnement du système sérotoninergique et abaissement des taux de cholestérol sanguins). En psychopathologie, ces deux phénomènes apparaissent davantage comme l'expression d'un continuum de comportements autodestructeurs, la tentative étant même décrite comme le meilleur signe prédictif d'un geste fatal ultérieur.

En amont d'un geste suicidaire, se situe la crise suicidaire - plus ou moins apparente, plus ou moins courte - « représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité [12] ». La « trace [13] » de la vie se trouve soudain détournée par une trajectoire parasite, qui diminue les capacités d'analyse et d'autonomie. « Ce n'est jamais un choix de se faire du mal » affirme Philippe Jeammet et le suicide n'est pas tant « le choix de la mort que la douleur de la vie » ajoute Michel Debout [14].

Dans l'introduction des recommandations du jury de la conférence de consensus, les difficultés du repérage de la crise suicidaire sont rappelées : « ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents ; lorsqu'ils existent, ils se manifestent par des signes peu spécifiques et ne permettent pas de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ses critères de définition ». La longueur de cette définition résume toute la difficulté de la détection et de l'éventuelle prise en charge de la crise suicidaire. Nous retrouverons ces difficultés en abordant la question de la prédiction du geste suicidaire et plus encore de la prévention.

Les idéations suicidaires sont, en outre, de plus en plus citées dans la littérature biomédicale [15] mais leur occurrence reste difficilement appréciable [16]. Elles seraient le fait de sujets qui présentent, à un moment de leur vie, des idées suicidaires sans nécessairement mettre en œuvre le processus conduisant à un passage à l'acte. Divers traumatismes, distribués tout au long de la vie, peuvent être à la source d'idées suicidaires [17] (violence, âge, solitude, ...). Il y a là, source de réflexion sur la place de la prévention dans un contexte d'obligation de la société à protéger ses membres d'agressions suicidogènes [18, 19]. Terminons cette série de définitions par celle de la personne qualifiée de suicidaire, qui par son comportement, ses paroles ou ses écrits fait craindre qu'elle serait capable de commettre un geste suicidaire (ce qui va au-delà des idées suicidaires citées plus haut). Ce dernier terme se rapporte à tout geste susceptible d'atteindre l'intégrité physique du sujet ou d'entraîner sa mort. Enfin, le suicidant est celui qui a commis un geste suicidaire, non léthal.

## Repérage du phénomène suicidaire par les chiffres

Pour l'épidémiologiste ou le sociologue, le recours aux données chiffrées, non pas sur un seul cas, mais sur un ensemble de cas, est la « seule prise offerte par un objet qui voue à l'échec presque toutes les autres techniques d'observations [20] ». C'est la raison pour laquelle l'approche statistique, inaugurée par Durkheim et reprise par Halbwachs est toujours très présente dans ce champ d'études.

Malheureusement, rien ne ressemble davantage à un tableau de chiffres qu'un autre tableau de chiffres et si rien n'est précisé sur l'origine des données, les interprétations peuvent être grossièrement erronées. C'est la raison pour laquelle, nous nous attarderons un peu sur la production des données - enquêtes épidémiologiques, études dites « écologiques », données de l'état civil et statistiques administratives - procédures qui toutes produisent des données chiffrées et dont il importe d'apprécier la place qu'elles tiennent et le service qu'on peut en attendre.

L'épidémiologie est définie par Bouyer et al. [21] comme « l'étude de la fréquence des pathologies et, plus généralement,

de la distribution des états de santé dans les populations humaines et de leurs déterminants ». Elle peut donc être soit purement descriptive, soit explicative. Dans ce dernier cas, le raisonnement et la méthode impliquent la nécessité d'émettre une ou plusieurs hypothèse(s) auxquelles, par des interrogations pertinentes et une méthodologie bien définie, des éléments de réponses pourront être apportés. Pour le sujet qui nous concerne, l'épidémiologie s'adresse donc à des populations strictement définies, par des données sociodémographiques et le lieu où elles sont contactées (clientèle d'un médecin généraliste, recrutement d'un service d'urgence ou d'un service hospitalier par exemple) et des données propres à la recherche entreprise : catégories socioprofessionnelles (PCS), données cliniques de morbidité, etc. L'expérimentateur, suit la variation des indicateurs qu'ils a choisis pour répondre aux questions qu'il a posées au début de sa recherche en gardant fixes les données qui lui servent à définir le cadre dans lequel il évolue. La question de la taille de l'échantillon n'est pas sans importance : études portant sur des populations très importantes s'attachant à un nombre de variables limité pour s'appliquer à l'ensemble d'une population versus études portant sur un nombre plus réduit de sujets, susceptibles d'être enquêtés, par questionnaire, sur un nombre de variables plus important [22]. Pour Baudelot et Establet [23] le premier type répond, très généralement, aux caractéristiques des études à caractère sociologique alors que le second répond mieux aux questions de psychologie.

Il en va tout à fait différemment des études qualifiées d'« écologiques » où les données relatives à une population sont enregistrées sur une période de temps donnée, par un observateur n'ayant aucun contact avec la population d'étude, puis « agrégées » en données statistiques par zone géographique ou de populations. De telles études sont très utiles pour définir l'état de santé d'une population, déceler des tendances au sein d'un pays, d'une région ou dans des études transversales entre pays. Ainsi, les données STATISS de la Caisse d'assurance maladie, qui collige et publie tous les ans des données par catégories démographiques, de prise en charge ou de pathologie, à partir des informations recueillies auprès des différentes caisses d'assurance maladie sans références directes aux comportements individuels. Elles peuvent servir pour définir des politiques de santé au niveau d'une région mais s'avérer d'une grande fragilité à la variabilité au niveau d'un cadre d'étude plus petit, (petite ville, quartier) où de faibles variations socioéconomiques ou sociodémographiques, peuvent apporter de plus grandes modifications sur les associations que celles observées à une plus grande échelle. Il a été montré que la taille de l'échantillon géographique (ou de population) étudié peut avoir une grande influence sur les conclusions [24]. De surcroît, les changements dans le domaine social peuvent être lents à produire des effets observables. Dans tous les cas, les données sont traitées par une méthode statistique qui, rappelons-le, reste un outil.

Enfin, les données administratives, parmi lesquelles les données de mortalité s'appliquent à répondre aux demandes de l'administration et à tenir à jour l'état de la population du pays.

Ainsi, on voit que les variations prévisibles entre les différentes sources de données sont inhérentes à leurs modes de production et non pas le fruit d'erreurs systématiques ou fortuites. Il n'est pas choquant qu'elles ne se recouvrent pas totalement, puisqu'elles ne parlent pas de la même chose ; en revanche il convient de repérer dans quel but elles ont été établies avant toute consultation et résister à la tentation de les comparer, d'autant que « l'utilisation du chiffre est devenue inhérente aux politiques publiques [...] et sert, entre autres, à déterminer des objectifs » par exemple la réduction annoncée des taux de suicides au niveau national [25].

Il importe aussi de souligner qu'il y a un conflit d'intérêt entre les études épidémiologiques prospectives et les études rétrospectives ou de cohorte. Dans les premières, longues et coûteuses, les informations sont recueillies sur la période de temps que dure la recherche. Dans les études rétrospectives, le chercheur se trouve confronté aux biais de mémoire des personnes interrogées et à certains réaménagements des situations décrites. Cette procédure peut s'avérer critique, dans des

études sur le suicide, où les familles doivent traverser une période de deuil avant de pouvoir s'exprimer.

Une méthode très sophistiquée, du nom « d'autopsie psychologique <sup>[26]</sup> » a été développée aux États-Unis, puis dans quelques pays, principalement nordiques : il s'agit d'interroger le maximum de proches et connaissances d'un sujet décédé par suicide, afin de reconstituer les circonstances de l'acte (préparation, préméditation, moyens utilisés, rédaction de lettres d'adieu, etc.) mais aussi le paysage familial depuis l'enfance, l'environnement social (support social, isolement), le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents de conduites suicidaires, les événements de vie négatifs, les éventuels contacts avec les services d'aide avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide. L'objectif est de tenter de comprendre ce qui s'est passé, sans prétention d'expliquer un phénomène aussi multiforme.

## Qualité des données de mortalité

Parmi les données qui pourraient apparaître le plus indiscutables, on serait tenté de situer les données de mortalité, plus objectivables que des données cliniques. Dans la pratique, il apparaît que ce n'est pas forcément le cas.

Le recours aux données de mortalité pour quantifier le phénomène suicidaire est largement répandu dans tous les pays où elles donnent lieu à la publication de statistiques officielles depuis près de 200 ans, auprès d'autorités diverses, il est vrai. Pour Baechler <sup>[27]</sup> « les suicides ne sont pas des données de fait (...) qu'une technique améliorée de collecte permettrait de saisir plus fidèlement : ils sont construits par ceux qui les perçoivent. Les statistiques ne sont ni justes, ni fausses, ce sont des points de vue ». De fait, il est vrai que derrière l'apparente solidité des données de mortalité, se cachent des biais, qui altèrent leur qualité : ceux-ci peuvent intervenir soit au moment de la certification médicale du décès soit lors de la codification du décès <sup>[28]</sup>. Au moment de la certification médicale du décès, les causes du décès selon le processus morbide ayant conduit à la mort doivent être décrites avec précision, en partant d'une cause initiale jusqu'à une cause terminale, la deuxième partie du certificat indiquant les causes ayant pu contribuer au décès. Toutes ces causes doivent être ensuite codées selon une nomenclature internationale, la Classification Internationale des Maladies (CIM <sup>[29]</sup>). La codification conduit à la sélection d'une cause initiale pour chaque décès. Des biais peuvent potentiellement intervenir à chaque étape, mais Jouglà <sup>[30]</sup> souligne que les biais de codification peuvent être considérés comme mineurs. En revanche, au niveau de la certification médicale, différentes études ont montré que les « causes indéterminées quant à l'intention » peuvent s'élever jusqu'à 35 % et les causes « inconnues » - par absence de retour d'informations de la part des services médico-légaux - à 25 %, des causes concurrentes pouvant masquer un suicide. Ceci conduit à une sous-évaluation des données officielles de 20 % mais les caractéristiques sociodémographiques et géographiques du suicide restent inchangées.

## Qu'est-ce qu'un facteur de risque ? Des mots français, un concept anglo-saxon

Le terme « risque » désigne, à l'origine, un danger, un inconvénient plus ou moins prévisible. Il est repris en droit pour désigner l'éventualité d'un événement incertain. À partir du XIX<sup>e</sup> siècle, il s'emploie spécialement en termes d'assurances <sup>[31]</sup> puis se trouve appliqué à des domaines aussi distants que celui de l'entrepreneuriat (*insurable risk*) et celui de la philosophie (« le risque est un besoin essentiel de l'âme » <sup>[32]</sup>).

Le suicide est un risque social dont il faut questionner les facteurs dans l'esprit sociologique, avant d'être un événement personnel. Il faut donc identifier les populations les plus vulnérables. Ainsi, les approches quantitatives constituent un pas essentiel de la production sociologique sur le suicide. Pour autant, comme le note André Haim <sup>[33]</sup>, connaître le nombre exact de décès par suicide n'offre qu'un intérêt relatif si l'on se contente de ces seules données numériques car « (...) s'y

attacher trop fortement aurait même de grands inconvénients ; ce pourrait être un moyen de reconstruire les résistances à la connaissance du pourquoi du suicide (...) ». On peut dire la même chose pour les données de morbidité.

Au fil du temps, les travaux d'épidémiologie ont porté non plus seulement sur le suicide mais aussi sur l'ensemble du phénomène suicidaire, se fixant comme objectif de décrire les populations des personnes décédées mais aussi celles qui avaient fait un geste suicidaire non léthal, avec l'arrière-pensée de prévenir ces catastrophes. Dans cette logique, ces dernières études font fréquemment référence aux « facteurs de risque », terme d'épidémiologie qui qualifie une variable associée statistiquement à la survenue d'un geste suicidaire. Le facteur de risque est une mesure d'association calculée au niveau d'une population. Une erreur sémantique fréquente tend à lui associer, au niveau individuel, un contenu causal, qu'il n'a absolument pas. Si l'on veut bien se décaler d'une lecture causaliste linéaire impliquant une pathologie psychiatrique caractérisée ou une situation sociologique particulière, il apparaît fructueux d'ouvrir la problématique des facteurs de risque à des paramètres plus transversaux, auxquels diverses recherches se sont consacrées. Cette précaution bien comprise peut éviter des raccourcis dangereux dans la mise en place de politiques de prévention.

Prenons un exemple : dans la quasi-totalité des études, on observe plus d'hommes que de femmes parmi les sujets ayant effectué un geste fatal ; le fait d'appartenir au sexe masculin est ainsi un facteur de risque. Or, il est clair que le seul fait d'être un homme ne peut représenter une cause. L'écueil est moins facilement évité lorsqu'il s'agit d'études faisant appel à des variables porteuses d'une charge émotionnelle, telle que le divorce, la maltraitance ou le chômage. Malheureusement, il n'est pas rare d'observer un glissement du facteur de risque au facteur causal, alors que, dans une démarche de prévention, l'efficacité suggérerait de s'intéresser en priorité aux lieux ou catégories où l'on rencontrera le plus de sujets potentiellement à risque.

Le clinicien adopte une classification plus qualitative et par là même opérationnelle dans sa pratique mais qui reste, peu ou prou, basée sur les définitions précédentes, totalement intégrées. Reprenons à ce propos la typologie établie par Michel Debout <sup>[34]</sup> :

- les facteurs de risques psychologiques et psychopathologiques : même si la majorité des actes suicidaires ne révèlent aucune maladie mentale, nombre des suicidants présentent des affects anxieux ou dépressifs nécessitant une prise en charge spécialisée. Ainsi, 20 à 40 % des gestes suicidaires seraient le fait de personnes présentant des troubles psychologiques plus ou moins graves et avérés. Dans la plupart des cas, le suicide peut même marquer le début d'une affection psychiatrique évolutive jusqu'alors méconnue chez un sujet ;
- les facteurs de risques familiaux : toutes les situations de rupture familiale créent un risque, puisqu'elles fragilisent le sujet et le rendent plus vulnérable. Il peut alors s'agir d'un deuil, d'une séparation, d'un divorce ou encore d'un événement traumatisant tel que l'inceste ;
- les facteurs de risques sociaux : il y a encore peu de travaux sur cette question, les facteurs psychologiques et familiaux ayant été jusqu'alors privilégiés. Cependant, comme l'observe Michel Debout, il apparaît que « l'isolement, qu'il soit relationnel ou social, joue un rôle défavorable incontestable même s'il revêt des caractéristiques différentes selon l'âge ».

Enfin, notons que le recours à la notion de risque subit, lui-même, une évolution. Comme le souligne Mark Williams <sup>[35]</sup>, « au commencement [des études sur le suicide], on a pris en compte les facteurs de risque individuels, puis les parcours de vie (*pathway*) des individus [émaillés de facteurs de risque], puis le parcours de vie inscrit dans son contexte (*integrated pathway*) et enfin les facteurs susceptibles d'affecter ces parcours de vie ». Le terme anglais *integrated*, lui-même appartient à plusieurs registres et met l'accent sur les changements opérés. On y trouve, d'une part, la prise en compte du lien qui s'établit entre le passé et le présent d'un individu (*integrated pathway*), d'autre part, ce qui relève de la méthode d'étude (*integrated research methodology*), englobant des études quantitatives et des études

qualitatives, des entretiens sociologiques, la prise en charge des survivants, autour d'une même situation dramatique [36], et pour finir, rencontre entre des disciplines aussi éloignées que la biologie et la psychologie [37, 38].

## ■ Appréciation de l'ampleur du phénomène suicidaire

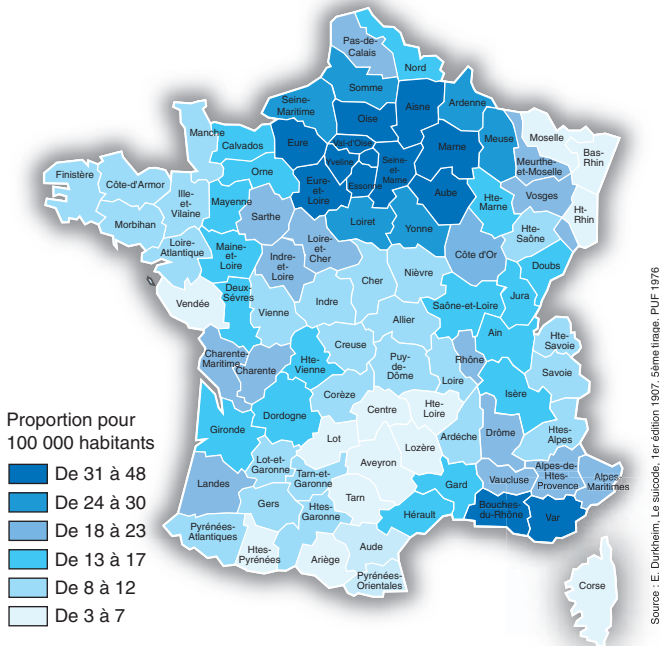
### Évolution depuis le XIX<sup>e</sup> siècle : diffusion spatiale et propagation sociale du suicide

Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, date à laquelle Durkheim écrit son ouvrage, il est possible de suivre l'évolution du suicide

comme un authentique parcours territorial qui se lit à travers ses déplacements dans l'espace. Or, à ce niveau, il est frappant de constater à quel point les axes de cette trajectoire démontrent une grande mobilité géographique du suicide (Fig. 1).

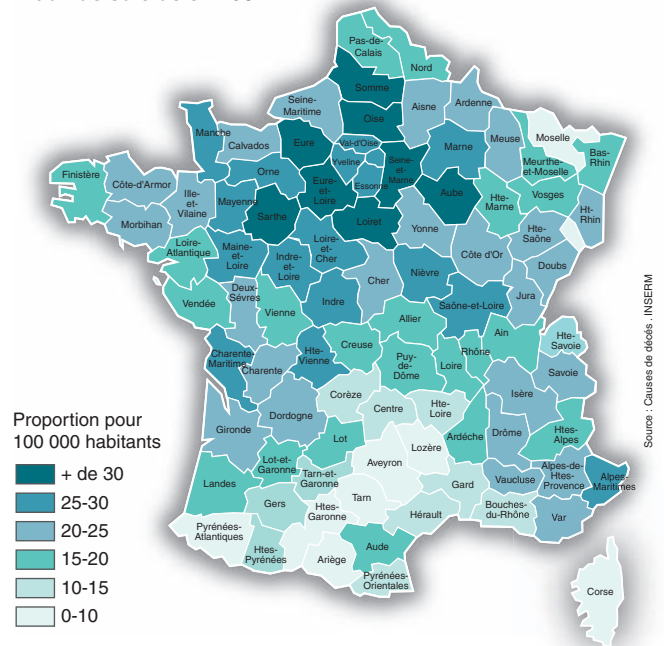
Comme il est possible de le constater à travers la lecture des cartes de la Figure 1, l'absence d'un enracinement de longue durée du suicide au sein d'une ou plusieurs régions bien circonscrites, atteste de la mobilité géographique du suicide. Ce n'est en fait qu'à partir des années 1930, que le suicide semble avoir trouvé un terrain de propagation favorable à l'ouest et au nord du territoire national français. En effet, si la mortalité par suicide varie entre les régions, il semble que globalement, les régions dont la mortalité par suicide est la plus élevée sont situées au nord d'une ligne qui relie Bordeaux à Annecy [39]. La

Taux de suicide en 1878-1887



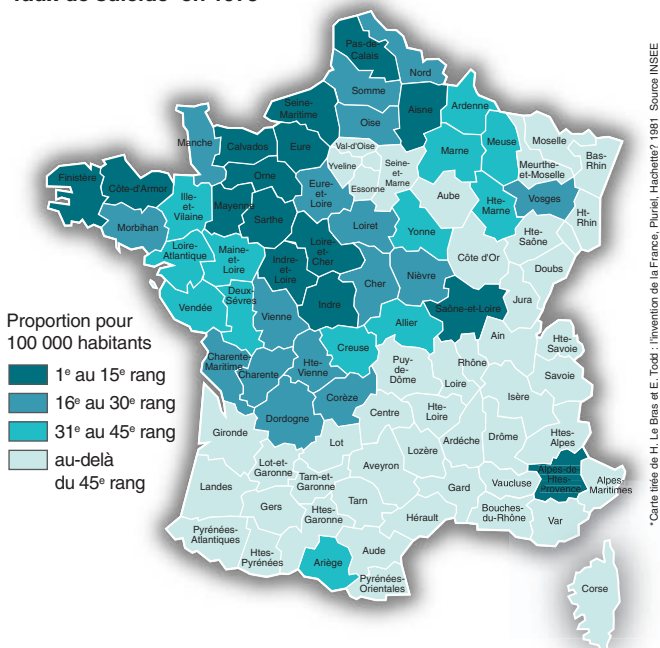
A

Taux de suicide en 1934



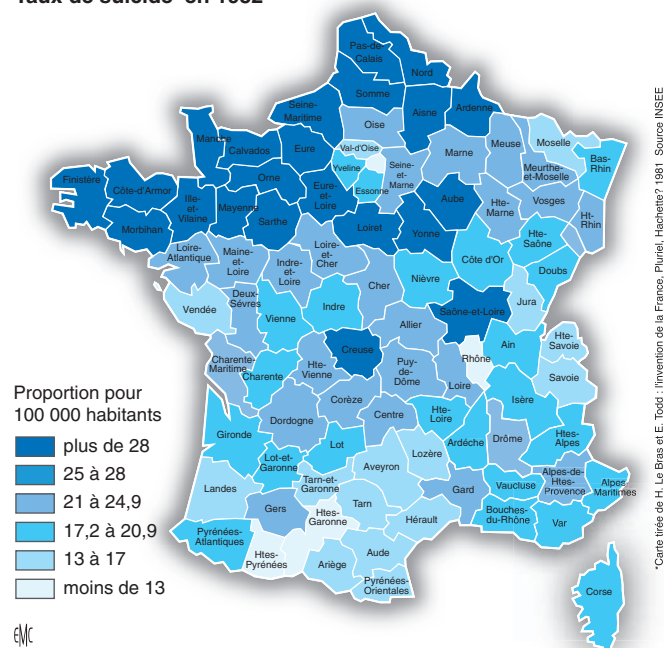
B

Taux de suicide en 1975



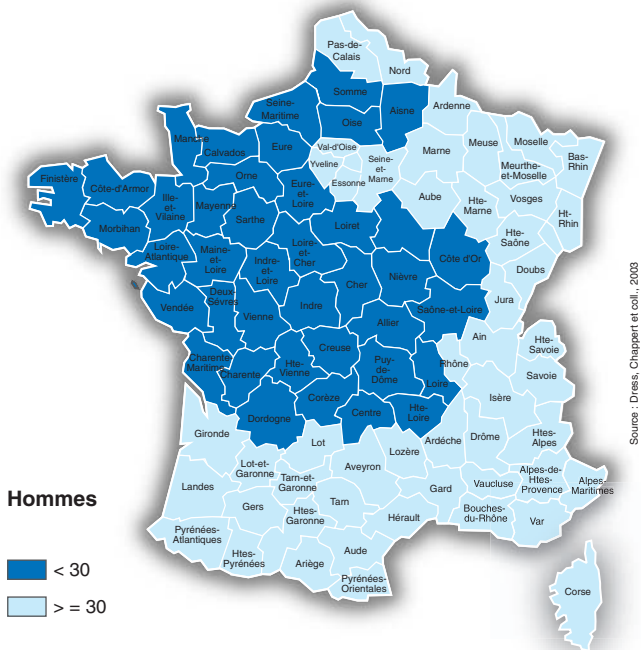
C

Taux de suicide en 1982

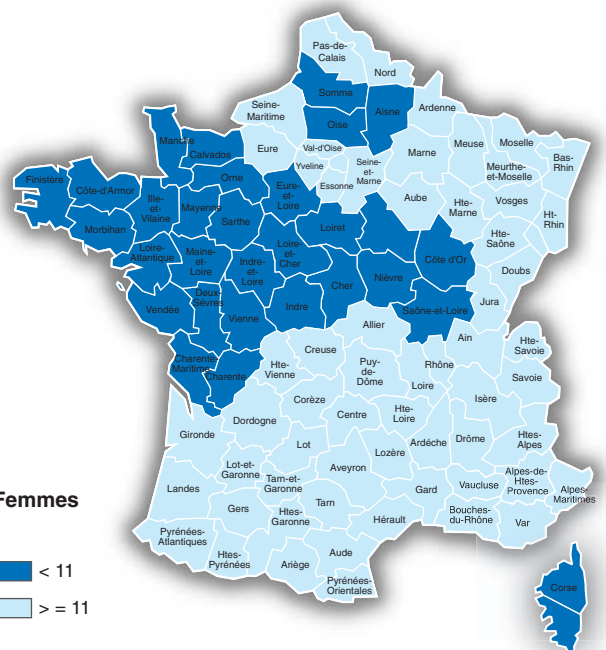


D

Figure 1. A à D. Évolution spatiotemporelle du suicide entre 1878 et 1982 (d'après Wachter, 1987, avec l'accord de l'Harmattan).



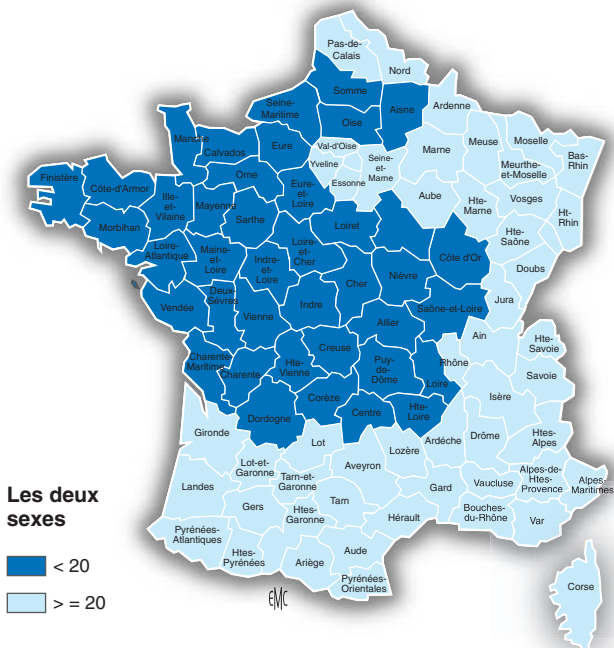
E



F

Figure 1 (suite).

E à G. Situations départementales des taux de suicide pour 100 000 habitants, par sexe et les deux sexes confondus (d'après Chappert et al., Dress, 2003).



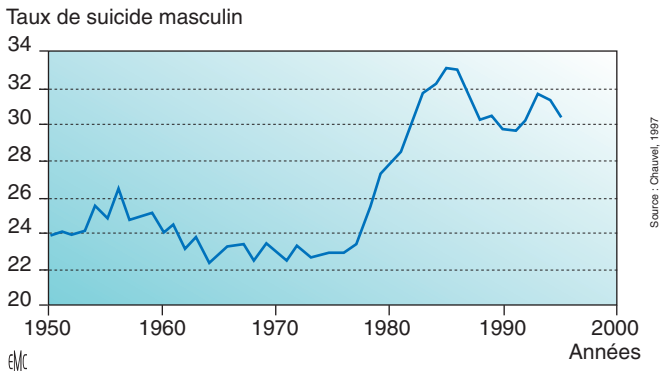
G

Bretagne est aujourd'hui la région la plus touchée par le phénomène. Le déplacement observable du suicide pose avec acuité la question des facteurs qui lui sont associés puisque si le phénomène se déplace et change d'amplitude au cours du temps, on peut conclure qu'il n'existe pas de population régionale vouée à la fatalité de « l'autodestruction » [40].

### Tendances contemporaines

Au cours des cinquante dernières années, le paysage socio-économique et politique a changé. La croissance - jusqu'en 1975 - puis la crise ont bouleversé la société alors que la création de l'État Providence et la politique sociale des gouvernements successifs suscitaient ou accompagnaient ces transformations. Cependant, le cheminement vers le « progrès » et la

« modernité » ne s'est pas accompli de la même manière pour tous ni avec le même rythme. La question des liens qu'il serait possible d'établir entre le suicide et les mutations engendrées s'est posée dans de nombreux pays. Différents analystes [41, 42] ont démontré que l'effet du contexte macrosocial était susceptible de faire progresser, ou diminuer, le nombre de suicides. Ainsi en est-il de l'après des Trente Glorieuses en France où le suicide a enregistré une très forte croissance (+ 40 %) entre 1977 et 1985 alors que les années 1945-1975 enregistraient en revanche un taux de l'ordre de 24 pour 100 000, inférieur de 30 % à ce qu'il fut pendant les années de crise de l'entre-deux guerres. Cette période était en effet caractérisée par de nombreux facteurs économiques favorables liés au contexte d'après-guerre. La France était alors en pleine reconstruction et l'ère était au plein emploi et à la croissance. Partant, c'était aussi une



**Figure 2.** Évolution des taux de suicide masculin 1950-1995 (pour 100 000) (d'après Surault [1995], Inserm [1991-1995] in Chauvel [1997]).

**Tableau 1.**

Évolution des suicides en France entre 1997 et 2003.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de décès par suicide							
Hommes	8 099	7 771	7 427	7 973	7 655	7 720	7 943
Femmes	3 040	2 763	2 841	2 864	2 785	2 912	2 721
2 sexes	11 139	10 534	10 268	10 837	10 440	10 632	10 664
Taux bruts, tous âges confondus pour 100 000 habitants							
Hommes	28,4	27,1	26,1	27,9	26,6	26,6	-
Femmes	10,1	9,2	9,4	9,5	9,1	9,5	-
2 sexes	19,0	17,9	17,5	18,4	17,6	17,8	-

Source : Dress/Études et résultats. 2006:488;8.

société marquée par une forte intégration sociale, professionnelle et familiale mais également par une volonté de projections individuelles et collectives dans un avenir positif en construction et ouvert à tous [43]. Au tournant des années 1970, cette dynamique a clairement été remise en cause et il n'est pas impossible de lier cet effet de rupture économique et sociale à l'augmentation du taux de suicides. Depuis le milieu des années 1980, il semble que la tendance générale soit à la baisse (près de 20 % en 1998 par rapport à 1985), hormis pour les années 1992 et 1993 [44] (Fig. 2).

On observe une nette augmentation entre les années 1970 et 1990. Une fois atteint un certain taux, toute décroissance est lente (Tableau 1).

Des études plus ciblées, moins macroéconomiques ou macro-sociales, telle l'étude comparant deux quartiers de Stockholm

sur les années 1987-1991 [45] montrent que le quartier qui avait les plus forts taux de suicides tout au long de la période, était celui qui cumulait le plus grand nombre d'indicateurs socioéconomiques et de santé défavorables. Les auteurs constatent que cela va à l'encontre de la théorie socioéconomique de Durkheim pour qui « la misère protège ».

## Données épidémiologiques récentes

### Distribution du suicide dans le monde

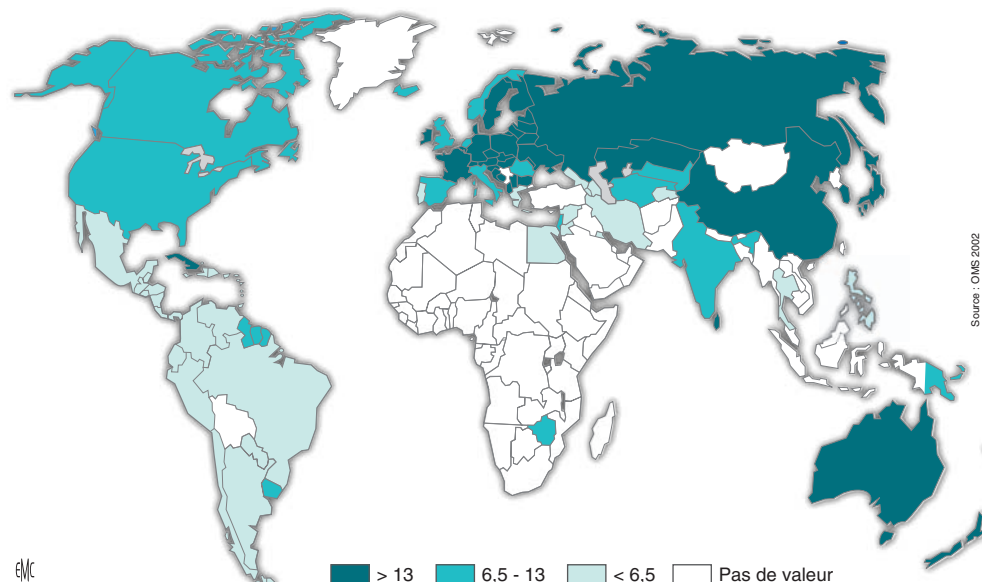
Les suicides et tentatives de suicide posent, de nos jours, un important problème de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2002 [46]) il est de nos jours à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes (Fig. 3). Il est tout aussi tentant que difficile d'établir des comparaisons entre pays. Toutefois, si l'on s'en tient aux données fournies par les pays qui acceptent de se plier au protocole de l'OMS, on observe de grandes différences puisque les taux de suicide varient considérablement d'un pays à l'autre.

Les taux les plus élevés sont observés en Europe orientale (par exemple, en Biélorussie avec 41,5 pour 100 000, en Lituanie avec 51,6 pour 100 000). Inversement, c'est principalement en Amérique latine que sont relevés les taux les plus faibles (Colombie : 4,5 pour 100 000), ou encore dans certains pays d'Asie (2,1 pour 100 000 en Thaïlande). En Europe occidentale, en Amérique du Nord ou encore dans certaines régions d'Asie, les taux se situent entre ces deux extrêmes (France : 20 pour 100 000 ; Canada : 15 pour 100 000, Japon : 19,5 pour 100 000, Allemagne : 14,3 pour 100 000).

### En France

La France est un pays très concerné par le phénomène suicidaire, dans la mesure où son taux se situe plutôt dans la moyenne mondiale. Dans l'espace européen, à situation économique et sociale équivalente, la France possède cependant le triste privilège de se classer parmi les pays dont la mortalité par suicide est la plus forte, avec la Finlande, l'Autriche, la Suisse et le Danemark. Plus de 11 000 suicides ont été enregistrés dans les statistiques nationales de causes de décès en 1997, soit 2,1 % de l'ensemble des décès. La mort par suicide représente en France la troisième cause de mortalité prématurée, derrière les tumeurs et les maladies cardiovasculaires.

Comparativement, la même année, environ 160 000 tentatives de suicides ont été estimées. Ce chiffre récurrent depuis quelques années est impossible à affiner en l'absence de relevés systématiques des gestes suicidaires.



**Figure 3.** Suicide dans le monde (taux pour 100 000, données les plus récentes mars 2002) (d'après OMS 2002).

**Tableau 2.**

Taux de suicide (S) et de tentatives de suicide (TS) pour 100 000 par grandes zones d'étude (lorsqu'ils sont accessibles, les chiffres extrêmes sont cités, pour chaque zone).

	Monde occidental <sup>a</sup>		Europe <sup>b</sup>		France <sup>c</sup>	
	S	TS	S	TS	S	TS
Sexe M	5,5-43,6	-	5,3-52,4	51-380	52,4	380
Sexe F	1,4-15,6	-	2,7-24	79-544	24	544
Sex-ratio <sup>d</sup>	1,9-5,1	-		0,5-1,8	2	Nd

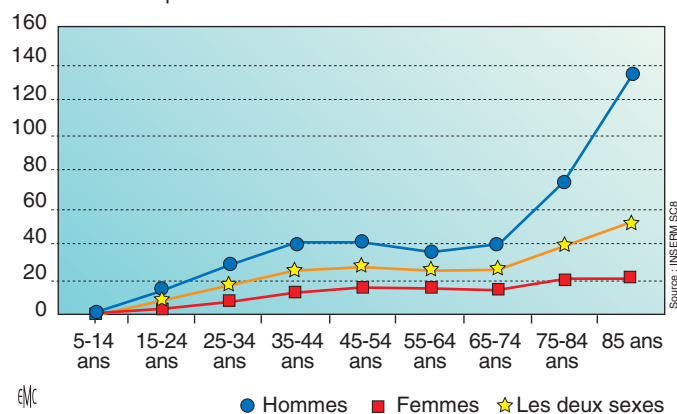
<sup>a</sup> Cantor, 2000 [47].

<sup>b</sup> Lönnqvist J et al., 1999 [48].

<sup>c</sup> Batt A. ibid.

<sup>d</sup> le sex-ratio H/F est le rapport du nombre d'hommes pour le nombre de femmes. Pour le suicide ce rapport est > 1, sauf rares exceptions.

Taux de suicide pour 100 000 habitants



**Figure 4.** Distribution des taux de suicide pour 100 000 habitants par âge et par sexe en France (1997) (d'après [53]).

## Facteurs sociodémographiques

### Sexe et âge

Le suicide est majoritairement masculin, comme l'indique le Tableau 2 [47-50], même si quelques rares « régions » font exception : la Chine [23, 51] et plus près de nous la Mayenne [52].

En 1999, le nombre de décès par suicide s'élevait en France à 7 943 chez les hommes (près de 3 % de l'ensemble des décès masculins) et à 2 721 chez les femmes (près de 1 % de l'ensemble des décès féminins), soit un sex-ratio (H/F) de 2,9.

En France, les taux de suicide augmentent avec l'âge chez les hommes et les femmes. Le phénomène est particulièrement marqué, en France chez les hommes après 65 ans (Fig. 4) mais apparaît beaucoup plus précocement à l'échelle mondiale.

Si l'on considère la distribution par âge dans différents pays, il est clair que l'on est en face d'une constante : les taux de suicide observés en 1992 chez les hommes et les femmes adultes sont deux à trois fois supérieurs aux taux observés chez les adolescents, quel que soit le pays européen cité. En outre, par rapport à l'année 1960, ces taux ont pour la plupart augmenté (Tableau 3).

Au niveau des tentatives de suicide, le constat est tout aussi inquiétant. En 2004, l'OMS étudiant la morbidité suicidaire a montré qu'il est recensé environ 300 tentatives de suicide pour 100 000 chez les hommes, dans la tranche d'âge 25-44 ans qui serait particulièrement touchée, tandis qu'il est comptabilisé près de 600 tentatives pour 100 000 chez les femmes, avec une majorité dans la tranche d'âge des 15-24 ans. La tendance observable pour le suicide est donc inversée au niveau des sexes. Si la mortalité par suicide est nettement majoritaire chez les hommes, les taux des tentatives de suicide chez les femmes sont trois fois plus élevés. Selon les différentes sources, le nombre de tentatives est aujourd'hui estimé aux alentours de 120 000 par an en France (ce qui correspond à environ 160 000 hospitalisations), soit une tentative toutes les 4 minutes.

**Tableau 3.**

Taux de suicide par âge dans le monde (année 1992).

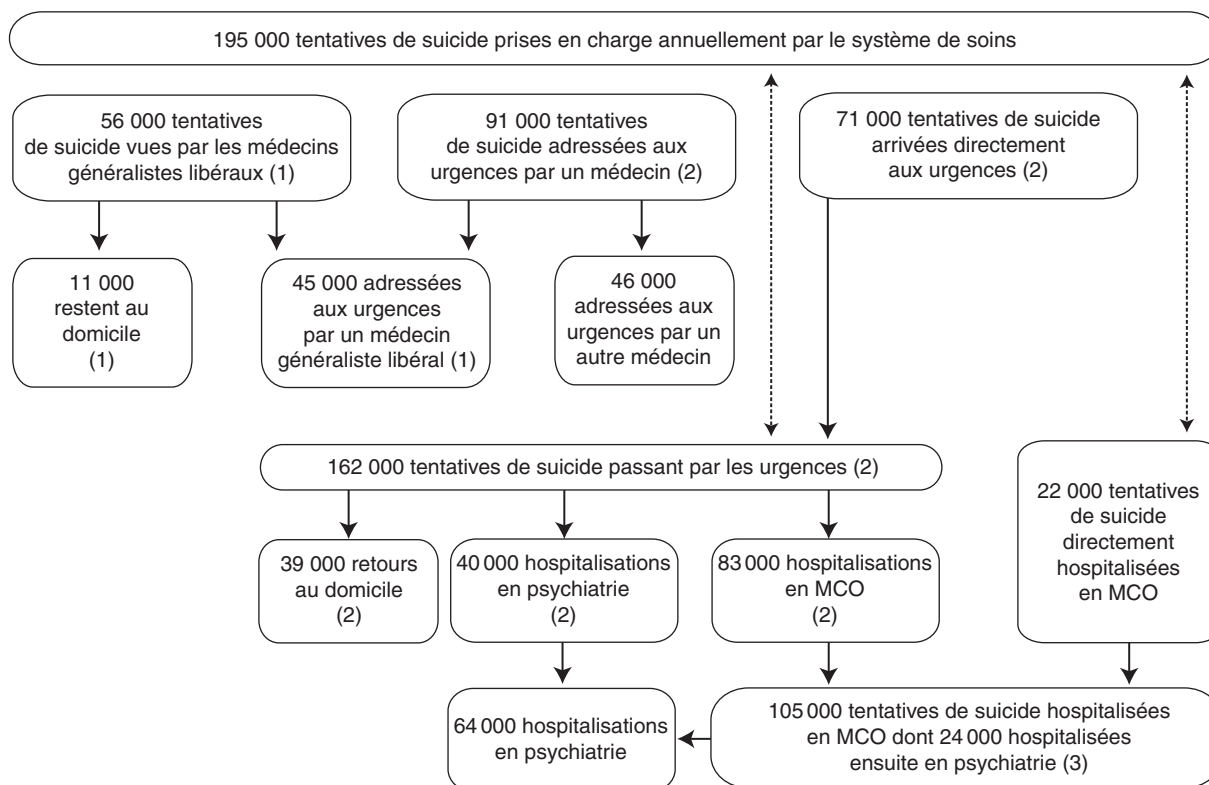
Pays	Sexe	Tranches d'âge						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	> 75
France	M	14,0	32,4	40,4	40,3	38,8	46,1	103,3
	F	4,3	8,9	12,6	16,4	16,9	17,4	24,3
Belgique	M	16	34,6	36,9	41,4	43,5	56,6	103,4
	F	4,8	13,2	14,4	21,4	20,3	25,0	26,8
Pays-Bas	M	9,1	15,8	18,1	17,3	17,7	23,7	37,2
	F	3,8	6,7	10,0	10,8	10,1	10,1	12,3
Allemagne de l'Ouest	M	15,0	21,3	22,2	28,2	31,0	34,6	72,2
	F	4,5	6,9	7,6	11,4	12,8	17,1	23,7
Suisse	M	23,1	35,6	31,8	30,4	43,8	47,2	83,4
	F	6,3	7,0	13,0	14,0	16,5	18,3	21,8
Espagne	M	6,8	10,7	9,0	12,5	17,0	21,2	48,0
	F	1,3	2,1	3,5	3,1	5,4	7,9	10,5
Portugal	M	5,7	13,1	10,8	14,2	21,0	29,0	63,4
	F	2,1	4,6	4,2	5,7	8,7	7,0	11,9
Grèce	M	2,7	4,9	5,6	7,4	7,5	11,4	16,1
	F	0,6	1,3	1,5	1,3	2,3	2,6	3,1
Danemark	M	12,6	24,6	34,0	47,9	39,4	43,0	81,4
	F	3,4	8,5	14,6	26,0	28,4	27,6	28,7
Finlande	M	35,2	65,9	68,3	68,8	59,7	41,6	64,3
	F	8,3	12,5	15,7	21,0	17,0	10,8	9,5
Norvège	M	28,2	23,3	22,7	27,6	24,2	30,6	31,8
	F	5,2	6,6	12,6	12,2	9,0	12,3	9,2
Suède	M	10,0	23,0	27,7	32,2	27,7	31,1	52,2
	F	6,7	8,4	10,4	14,8	13,6	15,9	13,3
Angleterre	M	11,5	15,9	18,9	17,0	13,6	12,9	15,6
	F	2,1	3,7	3,8	5,1	4,5	5,7	5,6
Pays de Galles	M	21,5	30,4	22,0	20,9	23,8	20,0	13,9
	F	2,0	5,2	2,5	5,7	7,1	6,1	5,0
Irlande	M	18,0	25,0	28,2	21,0	18,1	11,8	17,8
	F	4,5	9,1	8,1	8,2	7,5	6,0	4,1

Source : Cantor, 2000.

En France, l'estimation des tentatives de suicide provient de plusieurs sources : le réseau « sentinelle » pour les médecins généralistes et l'enquête à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour les hôpitaux. En 2006, la Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a fait état d'une évaluation (Fig. 5) [54].

Si les chiffres des suicides et des tentatives de suicide constituent à eux seuls un indicateur de l'ampleur du phénomène, un autre type de manifestation, plus subjectif concerne ce qu'il est couramment admis d'appeler l'idéation suicidaire. L'idéation suicidaire concerne les individus pensant au suicide. Parmi eux, un certain nombre passera à l'acte. Ainsi, une personne qui pense au suicide de manière régulière mérite toute l'attention des professionnels, puisque sans réaliser, systématiquement, un geste autoagressif, elle multiplie par son comportement les situations de risques, mettant parfois sa vie en jeu. Dans l'enquête réalisée par la MACIF-prévention [53] sur 551 personnes âgées de plus de 18 ans, interrogées en face-à-face, à leur domicile, entre le 26 décembre 2005 et le 7 janvier 2006, 17 % disent avoir envisagé sérieusement, souvent ou assez souvent de se suicider. Parmi celles-ci, 7 % disent avoir fait une TS. Ces pourcentages, importants, sont en augmentation par rapport à ceux de 14 % et 2 % obtenus en 2000, au cours d'une enquête identique.

Le phénomène suicidaire touche différemment les différents âges de la vie. Il est clair que la distinction entre adolescents, adultes et personnes âgées correspond à la représentation de tout un chacun pour décrire la population. Elle correspond à une réalité sociologique. Toutefois, l'analyse des données d'enquêtes selon ces catégories s'avère beaucoup plus floue que



**Figure 5.** Estimation des tentatives de suicide (d'après [54]). MCO : médecine-chirurgie-obstétrique. 1 : source = bilans annuels du Réseau Sentinelles ; 2. source = Enquête Urgences 2002 de la DREES ; 3 : source = base nationale PMI-MCO 2002, exploitation DREES. Les cases sans renvoi numéroté contiennent des valeurs obtenues par calcul à partir des résultats des enquêtes.

prévue, du fait des choix méthodologiques et conceptuels des auteurs de différents travaux (cliniques, psychiatriques ou sociologiques) ou du type de recrutement des services concernés. Ces précautions méthodologiques rendent compte de l'hétérogénéité des résultats présentés ci-dessous, les jeunes correspondant selon les cas aux 15-24 ans, mais aussi aux 15-34 ans, les personnes âgées étant celles qui ont plus de 75, 65 voire 55 ans et les adultes n'étant pratiquement pas définis, comme nous le verrons.

## Population jeune

La mort par suicide chez les adolescents marque la conscience collective par son aspect tragique et socialement « inacceptable » et ce, bien qu'elle soit moins fréquente que celle des personnes âgées ou des adultes. Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité pour les 15-24 ans, et la première cause de mortalité pour les jeunes adultes de 25 à 34 ans. Selon les sources, la France partage avec la Finlande, la Suisse et la Belgique le « record » des taux de mortalité par suicide les plus élevés d'Europe [55] ou bien avec la Lituanie, la Hongrie, la Slovaquie, la Belgique et l'Autriche, selon une autre source [56]. Entre 1984 et la fin des années 1990 (dernières dates enregistrées dans le rapport EUROSAVE [57]), la moitié des pays européens ont enregistré une diminution des taux de suicide des jeunes (à l'exception de la Finlande, l'Irlande, la Belgique, la Grande-Bretagne, l'Espagne et l'Italie), mais les données sont difficiles à comparer entre pays, compte tenu des modes différents d'enregistrements du suicide [58].

En France, entre 1993 et 2004, le taux de suicide des jeunes a été de 19,5 pour les hommes âgés de 15-24 ans et de 5,6 pour les jeunes femmes (soit 12,6, deux sexes confondus) [53]. Ceci représente plus de 11 % de l'ensemble des décès de cette tranche d'âges, cette proportion étant beaucoup plus importante que la part des suicides dans la mortalité de l'ensemble de la population tous âges confondus, du fait que chez les jeunes les taux de mortalité par maladie sont plus faibles [10]. Le taux de mortalité par suicide pour les jeunes de 15 à 24 ans est trois fois plus élevé pour les garçons (15,2 %) que pour les filles (4,6 %).

Cette surmortalité masculine, retrouvée à tous les âges de la vie, s'explique, pour partie, par l'utilisation de moyens plus violents (pendaison et armes à feu notamment). La fréquence des tentatives de suicide est également importante à ces âges puisqu'il est estimé que chez les jeunes, les tentatives de suicide sont dix fois plus nombreuses que les suicides aboutis. Le nombre de TS est supérieur pour les jeunes qui ont quitté le système scolaire, pour ceux qui sont au chômage ou encore pour ceux qui ont subi des violences sexuelles. De même, le suivi après une TS est primordial pour éviter les récurrences. Pourtant, seulement un tiers des jeunes suicidants sont hospitalisés, et parmi eux seulement 30 à 50 % voient un psychiatre durant leur hospitalisation. Le déni et/ou la banalisation sont souvent à l'origine d'un tel constat et de nombreuses tentatives restent ainsi ignorées de l'entourage. Or, après une première TS, quelle que soit sa gravité au plan clinique, il a pu être observé une rechute dans 30 à 50 % des cas. Selon de nombreux praticiens et personnels hospitaliers, le comportement du jeune qui commet une tentative ne doit pas être banalisé : « il ne faut jamais préjuger de la gravité d'un acte en fonction du type de produit ou du nombre de comprimés. Il n'y a pas de corrélation entre la gravité de la TS et le mode de suicide [59] ».

Les pensées suicidaires, dont la gravité dépend autant de la chronicité que de l'intentionnalité, ont été moins étudiées que les comportements suicidaires. Un des obstacles majeurs réside dans le fait que ces idées ne sont pas toujours exprimées et qu'elles sont donc difficiles à identifier. Pour autant, selon le Baromètre Santé jeunes (1997- 1998), 23 % des garçons et 35 % des filles, de 15 à 19 ans, ont pensé au suicide dans les 12 derniers mois. Une autre enquête [60] réalisée auprès de 12 000 élèves du second degré âgés de 11 à 19 ans, met en évidence que 8 % des adolescents scolarisés et 13 % des adolescentes pensent souvent au suicide. Parmi eux, 41 % ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Alors que la plupart des études s'organisent autour de la question du suicide en tant qu'aboutissement, ces données chiffrées montrent tout l'intérêt qu'il faut porter aux tentatives de suicides ou aux idéations suicidaires.

## Population âgée

Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Emile Durkheim notait que les taux de suicide progressaient avec l'avancée en âge. Aujourd'hui encore, ces constats se vérifient puisque le suicide des personnes âgées arrive en première place en taux pour 100 000 selon l'âge. C'est entre le milieu des années 1970 et le début des années 1980 que la mortalité par suicide des plus de 75 ans a été la plus forte [61], passant de 83,5 pour 100 000 personnes en 1973-1975 à 119,1 en 1985-1987. Depuis, les taux ont baissé mais restent importants. Ainsi, les hommes âgés de 75 ans et plus avaient un taux de suicide de 91,1 en 1994.

En 2001, les chiffres du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm - CépiDc) comptent près de deux fois et demie plus de suicides d'hommes (2 508) que de femmes (1 034) parmi les sujets âgés de plus de 60 ans. Les taux augmentent à partir de 65 ans et progressent de manière régulière jusqu'à 85 ans et au-delà (Fig. 4). L'âge le plus critique se situe entre 85 et 89 ans. Ils sont six fois plus élevés après cet âge qu'entre 15 et 24 ans (et dix fois plus pour les hommes).

Malgré la forte proportion du suicide aux âges les plus élevés, celui-ci apparaît dans la population moins choquant que celui des adolescents car il est considéré comme un acte quasi normalisé : « Il y a toujours cette idée qu'à cet âge le suicide est une sorte de geste d'euthanasie que l'on s'appliquerait à soi-même. Quand une personne âgée parle de sa mort, on trouve ça normal, elle est en âge de mourir. Pourtant, même chez le vieillard, le suicide n'est pas forcément l'expression d'un choix lucide. Il est souvent lié au désarroi, à l'abandon, à la dépréciation, à l'enfermement dans une souffrance physique et psychologique [62] ». Comme pour le reste de la population, le suicide chez les personnes âgées doit être considéré dans un cadre multidimensionnel où le risque de suicide découle de l'interaction complexe de facteurs de risque, de vulnérabilités personnelles et d'éléments déclencheurs du comportement suicidaire. Le passage à la retraite, la survenue d'un handicap, d'une maladie, le décès d'un proche, le départ d'un voisin, etc., apparaissent à cet égard comme autant d'événements-ruptures. Notons que la dépression apparaît comme l'un des premiers facteurs explicatifs du suicide chez les sujets âgés. Près de 80 % des gestes suicidaires de la personne âgée surviendraient dans un contexte de pathologie dépressive [63, 64].

## Adultes

Quel que soit le type d'interrogation bibliographique, il est stupéfiant de noter que, si les jeunes et les personnes âgées, « existent » dans les travaux de recherche en tant que « tranche d'âge » partageant un certain nombre de caractéristiques, biologiques, de développement voire de type de pathologie, les adultes sont absents en tant que tels. C'est en grande partie sur cette vaste tranche d'âge (25-65 ans) que repose la vitalité d'un pays : création de richesse, maintien d'une économie, renouvellement des générations, transition entre les générations, souci de l'avenir, etc. Or cette tranche d'âge n'est appréhendée dans les différents travaux qui nous sont apparus dans les banques de données que par l'un ou l'autre des statuts qu'elle peut occuper : marital, chômeurs/travailleurs (ouvriers, militaires, médecins, « fermiers » ...), les événements de vie traversés, la pathologie psychiatrique .... et encore des aspects eux-mêmes aussi essentiels que le mariage, le taux de naissance, le divorce, les ménages monoparentaux, sont-ils souvent réduits au statut d'événements de vie. La pauvreté des données sur les relations interpersonnelles avait déjà été notée dans la conférence de consensus alors même que l'accent est si souvent mis sur l'isolement, la fragmentation sociale, la perte du rôle social. Chauvel souligne que « l'élévation des taux de suicide embrasse en réalité tous les âges de la vie, avant 45 ans », avec une nette poussée autour de 40 ans, dans les années 1990.

En conséquence, dans l'impossibilité de résumer des données qui ne se trouvent pas dans la littérature consultée, nous renvoyons l'analyse aux rubriques sur les événements de vie, les facteurs environnementaux, économiques, etc.

## Facteurs familiaux

Les facteurs familiaux interviennent à différents niveaux : dans une transmission verticale transgénérationnelle, au sein de la cellule familiale, existante, décomposée et/ou recomposée, entre enfants et entre enfants adoptés et leurs parents adoptifs. Chacun de ces niveaux est exploré par des types d'investigations différents.

### Situation matrimoniale

Compte tenu de l'importance des relations interpersonnelles dans le phénomène suicidaire, il est surprenant d'observer que les publications portant sur le couple et le suicide dénombrent principalement des divorces, laissant de côté les difficultés des relations de couple. Tout au plus est-il noté, depuis Durkheim, que le mariage et le taux de naissance sont corrélés négativement avec le suicide. Quoi qu'il en soit, aucun élément ne permet d'affirmer que telle ou telle situation familiale conduit spécifiquement à l'acte suicidaire. La gravité de certains traumatismes peut toutefois aboutir à une impasse qui, aux yeux de certains sujets, n'offre pas d'autre issue que celle du suicide. C'est le cas notamment de certains événements de vie familiaux comme un divorce [65-67]. En revanche, les références aux violences conjugales sont étonnamment rares [68, 69] - et souvent rapportées dans des minorités culturelles [70] - en comparaison des nombreuses références à l'impact des abus sexuels dans l'enfance et l'adolescence, par différents partenaires [71] et à la comorbidité avec des problèmes psychiatriques. Toutefois, une étude effectuée en 2000, par la juridiction du Québec a montré que les responsables de violences conjugales allant jusqu'au meurtre et suivi de suicide, souffraient plus souvent de comorbidité psychiatrique (psychose, désorganisation et/ou dépression) que ceux qui ne commettaient pas de suicide. Différents auteurs y voient matière à prévention pour les familles des victimes mais aussi des agresseurs [72].

Le veuvage tient une place particulière [73]. L'examen des situations individuelles révèle que le veuvage comme le divorce agissent différemment chez les hommes que chez les femmes. La perte du conjoint (événement) et son absence (état de veuvage) fragilisent beaucoup plus l'homme que la femme. En outre, l'intégration familiale, avec la présence d'enfants, peut jouer un rôle dans ce différentiel dans la mesure où, par exemple, les femmes divorcées sont plus nombreuses à avoir la garde de leurs enfants que les hommes divorcés. Il semble donc que certains traits de vulnérabilité trouvent dans un environnement familial en dysfonctionnement un terreau fertile pour s'aggraver et, sous l'effet d'autres facteurs de risques, engendrer des comportements suicidaires.

Nombre de ces études souffrent de biais méthodologiques liés au manque de précision des données de l'état civil ou à leur utilisation. Ainsi, il n'est pas rare que les personnes mariées soient amalgamées indifféremment avec les personnes mariées ou avec les divorcées. Dans les deux cas les résultats en sont biaisés et les deux types d'études ne seront pas comparables. Toutefois, malgré leurs imperfections, ces études font ressortir un plus faible impact de la séparation sur les femmes. La théorie de l'attachement d'Adam [74] et les études de Linehan sur les raisons de vivre [75] suggèrent que le rôle de mère est protecteur. En revanche, une corrélation entre mère abusive et suicide [76], implique que l'attachement, quand il est excessif, peut être un facteur de risque.

En dehors des exceptions mentionnées plus haut, on observe moins de femmes que d'hommes suicidés alors que celles-ci sont davantage sujettes à la dépression. Les sociologues Baudelot et Establet (2006) se risquent à une explication, basée sur « l'adversité et la préparation aux responsabilités multiples (...) qui les aguerrissent contre la dureté du monde » [23]. Pritchard [77] et Murphy [78], psychiatres, attribuent, eux aussi, cette résistance à un plus grand investissement social des femmes en y ajoutant certains facteurs de protection chez la femme par opposition aux facteurs de vulnérabilité chez l'homme. On peut aussi envisager des hypothèses portant sur les représentations portées respectivement par les hommes et les femmes, et concernant leur rôle social, autorisant la défaillance chez ces

**Tableau 4.**

Taux de suicide des hommes et des femmes âgés de 25 à 44 ans, selon l'état matrimonial en France de 1973 à 1996 (pour 100 000 personnes).

Années	Ensemble	Mariés	Non mariés	Dont		
				célibataires	divorcés	veufs
<b>Hommes</b>						
1973-75	21,8	15,5	48,6	47,6	50,3	103,2
1976-78	24,4	17,3	54,0	52,3	60,2	132,8
1979-81	30,3	21,2	65,1	62,0	76,8	164,3
1982-84	34,6	24,4	68,8	62,7	86,8	205,9
1985-87	35,6	25,1	63,8	59,2	81,5	131,5
1988-90	34,6	23,9	57,9	51,6	81,2	144,5
1991-93	36,7	24,2	58,8	53,5	71,9	159,4
1994-96	37,1	25,2	52,9	50,4	59,2	120,3
<b>Femmes</b>						
1973-75	7,8	6,1	17,0	16,2	18,7	25,5
1976-78	9,2	7,1	19,3	19,1	19,0	28,9
1979-81	10,9	8,3	22,1	23,0	19,8	29,9
1982-84	11,9	8,7	23,9	23,5	23,5	22,4
1985-87	12,3	8,8	23,5	23,2	22,9	30,2
1988-90	10,8	7,7	18,5	18,1	19,1	21,4
1991-93	11,2	7,8	18,4	17,2	21,1	23,2
1994-96	10,7	7,4	16,6	16,1	18,3	34,3

dernières, et la réprochant chez les premiers, et les engageant à tirer des conséquences radicales de leur insuffisance (Tableau 4).

## Enfants

Les études d'agrégation familiale rapportent une prévalence de conduites suicidaires chez les apparentés de premier degré de sujets présentant des antécédents suicidaires, ce qui tend à accréditer l'hypothèse d'une composante génétique [79, 80]. En épidémiologie génétique, l'hétérogénéité phénotypique des conduites suicidaires va de pair avec le polymorphisme des situations rencontrées. L'association entre facteurs familiaux et déterminants génétiques reste faible.

Divers événements survenus dans les relations parentales sont mis en relation avec le suicide des adolescents : décès d'un parent dans l'enfance, séparation des parents, dispute parentale grave dans un contexte de violence et le fait d'être de père inconnu. À cette liste s'ajoute l'existence de problèmes d'argent et/ou un contexte d'alcoolisation ou de consommation de drogues [81].

Des études comparant le risque suicidaire chez des enfants adoptés ou non adoptés ont mis en évidence que le risque suicidaire était supérieur chez les adoptés. Il est encore supérieur, si les enfants adoptés sont de nationalité différente des parents adoptifs [82]. Enfin, des comparaisons portant sur les apparentés biologiques de sujets adoptés suicidaires ont montré que le risque de suicide était plus élevé chez ces derniers que chez les apparentés non biologiques [83].

## Facteurs environnementaux

### Effet de l'isolement, perte du lien social

Dans la tradition sociologique, Durkheim est probablement un des premiers à avoir énoncé et problématisé l'hypothèse selon laquelle la cohésion sociale a des effets propres sur la santé et, plus spécifiquement, sur le mal-être des individus. Ses observations restent d'actualité et se voient confirmées par les recherches portant sur l'importance du lien social et du réseau relationnel sur l'état de santé. En effet, parmi les nombreux déterminants de la santé et de la maladie, un aspect revient avec insistance depuis deux décennies : l'impact sur la santé de la présence ou de l'absence d'intégration sociale, de réseaux sociaux d'interaction et de support auxquels les individus ont ou non accès [84, 85]. L'isolement et/ou la solitude jouent à ce titre un rôle défavorable incontestable, même s'ils revêtent des

caractéristiques différentes selon les âges. Au quotidien, l'isolement, surtout lorsqu'il perdure, peut favoriser la vulnérabilité de multiples manières, tant sur le plan physique (en termes d'état de santé) que mental (santé mentale, etc.). Dans des recherches portant sur des populations appariées sur l'âge et le sexe, on observe une grande fréquence de situations de perte du conjoint ou d'un membre de la famille [86, 87]. Avec l'avancée en âge, l'isolement peut conduire une personne âgée à être moins exigeante vis-à-vis d'elle-même et à prêter moins attention à sa personne, à sa santé. C'est la raison pour laquelle certains chercheurs n'hésitent pas, à l'instar de la sociologue Guille-mard [88], à parler de l'isolement comme d'un processus pouvant conduire à la déclaration ou à l'affirmation de maladies, puisqu'il affaiblit le potentiel de résistance (autrement nommé la résilience) des personnes âgées aux aléas du quotidien. Cette altération est généralement décrite en termes de phénomène de régression, de dépression, de malnutrition, de désorientation, etc. Inversement, cette période peut être l'occasion de visites avec un médecin qui a alors la possibilité de mettre en place un suivi approprié [89]. Rappelons à ce sujet que c'est chez les personnes âgées, et notamment chez les plus âgées d'entre elles, que le taux de décès par suicide est le plus élevé par rapport au reste de la population.

## Événements de vie

### Événements spécifiques

Le geste suicidaire se situe dans un parcours de vie, émaillé d'expériences qui ont entraîné des ruptures plus ou moins brutales dans le quotidien du sujet, demandant de lui un certain potentiel d'adaptation. L'expérience imposée - l'événement de vie - a en outre un caractère d'extériorité par rapport à la personne, qui peut être défini comme « un fait d'importance qui s'inscrit dans une biographie (...). Exceptionnellement, il pourrait être une conscience radicale, une sorte de chemin de Damas, où la personne refait le point sur sa vie et la reconstruit par rapports à des paramètres nouveaux [90] ». C'est donc très logiquement que les études épidémiologiques de psychiatrie sociale ont mis l'accent sur les « événements de vie ». La contribution des événements de vie touche tous les âges de la vie, avec une certaine spécificité : chez les plus jeunes, les événements familiaux, les problèmes d'argent et de travail et les changements de résidence jouent un rôle prépondérant. Chez les plus âgés, ce sont les problèmes de santé et de perte du rôle social qui interviennent en premier. Les pertes dans l'enfance [91] et le deuil augmentent la fréquence des comportements suicidaires et ce, d'autant plus que la personne est psychologiquement fragile [88, 92].

L'événement de vie peut paraître sans commune mesure avec le fait d'attenter à sa vie : perte d'un animal familial, ou à l'autre extrême, être dépendant de changements politiques et économiques en apparence éloignés du quotidien des sujets, l'exemple des changements intervenus dans les pays baltes étant bien décrit [93]. Dans les deux cas extrêmes, il n'en est pas moins ressenti comme insurmontable. Quoi qu'il en soit, il convient d'insister sur le fait que les événements de vie doivent s'accompagner d'autres agents déstabilisants, catalyseurs pour devenir des « événements déclenchants » qui, du plus subjectivement anodin au plus dramatique peuvent initier ou réactiver une période de crise suicidaire. L'implication des événements de vie dans le suicide chez des sujets souffrant de dépression et de troubles bipolaires est largement documentée. Chez les sujets présentant des troubles mentaux sévères, l'impact des événements de vie semble réduit [94].

Cela étant, toutes les difficultés de la vie ne provoquent pas nécessairement un état de crise et un passage à l'acte. Il reste, par conséquent, à expliquer pourquoi certains individus sont plus vulnérables que d'autres face à une situation difficile. Ceci sera évoqué dans le paragraphe sur résilience et vulnérabilité.

### Pathologie somatique et douleur

La pathologie somatique (bronchites chroniques pulmonaires [95], cancers en phase terminale ou pathologies cérébrales) et

les séquelles d'accidents constituent un facteur de risque [96-98]. Ainsi, le risque de suicide est quatre fois plus important chez des sujets souffrant de traumatismes crâniens que dans la population générale [99]. Par ailleurs, la présence de problèmes somatiques chez des sujets souffrant de troubles psychiques complique l'approche de ces derniers par le corps médical [100].

À partir de l'étude d'un groupe de sujets souffrant de cancer, Hietanen et al. [101] observent que les suicidés cancéreux de leur étude sont majoritairement plus âgés et plus souvent de sexe masculin que les suicidés non atteints de cancer. Chez ces derniers, le principal déclencheur du suicide était la maladie mais, de façon notable, les antécédents familiaux de maladie mentale étaient plus fréquents dans le groupe témoin.

L'étude de De Leo et al. [102] rapporte que l'annonce de la perte de la vue, davantage que l'éventualité de la perte de l'ouïe peut, elle aussi, affecter l'état mental de personnes ne présentant pas par ailleurs de troubles mentaux.

Enfin, la plainte douloureuse, insuffisamment objectivée par des examens organiques mérite d'être entendue [103] de par ses diverses dimensions (dimension de l'angoisse, somatisation d'un état dépressif, communication d'une détresse, dimension identitaire, etc.) susceptibles d'activer des idées suicidaires.

## Facteurs économiques

Les facteurs macroéconomiques ou les facteurs microéconomiques touchant plus directement le sujet n'interviennent pas de la même manière. Les conclusions des études portant sur les effets des facteurs macroéconomiques sur le suicide sont contrastées, ce qui est peu surprenant compte tenu du nombre de données susceptibles d'influencer la progression du produit intérieur brut (PIB), par exemple, au regard de la complexité du phénomène suicidaire. Dans diverses études portant sur des pays aussi éloignés, par leur histoire récente, que la Finlande, l'Allemagne ou la Lituanie, les variations macroéconomiques exercent une influence en agissant à des niveaux différents tels que la situation de l'emploi, ses conséquences domestiques mais aussi sur l'accès aux soins de santé - mentale principalement - [42, 104]. Berk et al. utilisent une image écologique pour décrire comment, de leur point de vue, situation économique et suicide sont imbriqués : des facteurs « graines » tels que la santé mentale sont susceptibles de se développer dans un « sol » fait d'événements de vie dans un « climat » redevable des facteurs économiques.

Les facteurs microéconomiques manifestés au niveau d'une ville ou d'un quartier par la fragmentation sociale (autre dénomination, récente et initialement anglo-saxonne, pour désigner l'anomie) et les indicateurs de pauvreté sont intuitivement liés à la variation des taux de gestes suicidaires ou de suicide [105], et ce dans différents pays d'Europe [106]. Leurs effets sont toutefois difficiles à prouver du fait de changement de variables entrant dans la composition des indicateurs retenus [107].

## Travail, professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)

Le travail est, via le degré d'intégration sociale qu'il procure un puissant agent de bien-être ou de mal-être. Il faut en effet distinguer le travail « constructeur de santé » qui s'effectue dans de bonnes conditions physiques, ergonomiques, psychiques et le travail « destructeur de santé » qui ne remplit pas ces conditions [108]. Dans le suivi de la cohorte des employés de EDF-GDF (cohorte GAZEL) la mortalité, toutes causes confondues chez les employés est associée au niveau d'intégration sociale, quel que soit le sexe [109, 110]. Chez les travailleurs pratiquant une occupation extérieure (fermiers ou forestiers), le suicide apparaît lié au cycle des saisons [111, 112]. Chez les gros buveurs, la pratique d'un travail régulier peut modifier la distribution hebdomadaire des épisodes d'alcoolisation - les suicides avec alcoolisation ayant lieu davantage pendant les week-end [113].

La recherche d'une association entre la fréquence du suicide et l'activité professionnelle a fait l'objet de nombreux travaux depuis la fin des années 1960. Ceux-ci sont souvent difficiles à

mettre en parallèle, car ils comparent des situations en apparence proches (les agriculteurs, les pêcheurs, les employés) mais qui n'ont rien de comparable d'un pays à l'autre, si l'on se réfère à l'évolution économique de ces 150 dernières années et aux concepts actuels de gestion par l'économie, de coûts ou de performances : pour prendre un exemple simple, les *farmers* anglo-saxons n'ont rien de comparable, d'un point de vue occupationnel ou économique, avec les fermiers français. Toutefois, la mesure de variables objectives comme le nombre d'arrêts de travail est éclairante : Vahtera et al. [114] ont observé que le taux de suicide augmente avec le taux d'arrêt de travail de longue durée (plus de 15 jours sur les 5 années précédant l'enquête). Ainsi, il apparaît que le suicide est trop souvent le triste indicateur du « coût humain du travail » selon le titre d'une étude socioanthropologique menée sur un canton de Bretagne [115].

Le démographe Desplanques [116] a mis en évidence de fortes disparités professionnelles en matière de mortalité par suicide chez les hommes, disparités semblant correspondre à la hiérarchie sociale observée pour la mortalité générale. Il existe un différentiel de mortalité par suicide [117] selon les catégories socioprofessionnelles et qui a mis en évidence une relation inverse entre le statut social et la mortalité masculine [118]. Le taux de suicide des 25-49 ans selon la catégorie socioprofessionnelle pour la période 1989-1994 [119] montre ainsi que chez les hommes, les moins concernés sont les professions intellectuelles et les cadres d'entreprise (respectivement 10,3 et 11,9 pour 100 000) tandis que les inactifs, les ouvriers agricoles et certaines catégories d'employés (notamment employés administratifs d'entreprise) et d'ouvriers (notamment chez les ouvriers agricoles) connaissent les fréquences de suicide les plus élevées (179,3 ; 61,3 ; 86,6 et 61,3 pour 100 000). Dans tous les pays, sauf l'Autriche, un bas niveau d'éducation est lié avec une forte mortalité par suicide, principalement chez les célibataires [120]. Il convient par ailleurs de noter que chez les hommes, certaines autres catégories seraient particulièrement touchées comme les policiers et militaires (35 pour 100 000), le clergé (29,6 pour 100 000) ou encore les professions libérales (27,1 pour 100 000).

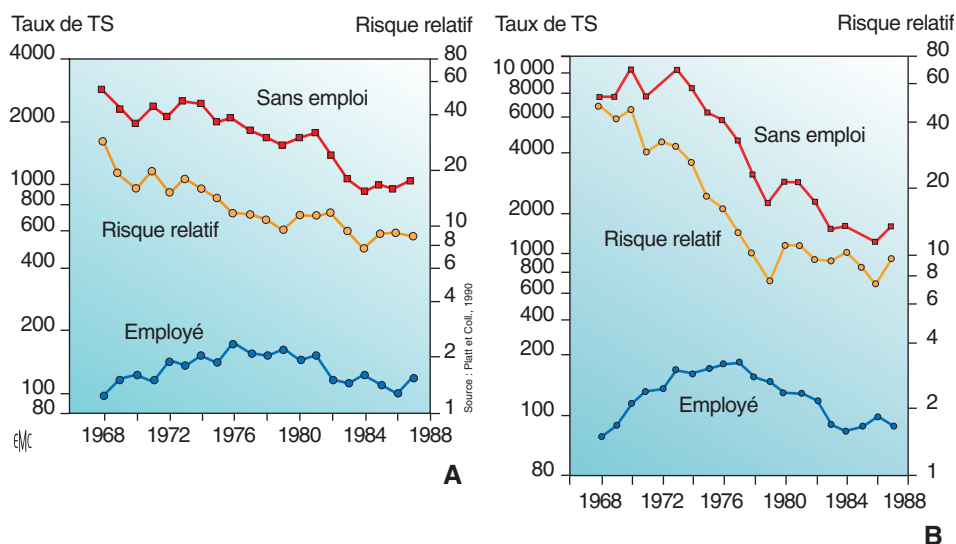
Pour les femmes, il apparaît que les disparités sociales de la mortalité par suicide en fonction de la PCS apparaissent moins opérantes que pour les hommes. Ainsi, on constate des taux de suicide élevés chez les membres des professions libérales et des professions intermédiaires de la santé et du secteur social, et des taux faibles aussi bien chez les femmes exerçant une profession intellectuelle que chez les ouvrières qualifiées. Les inégalités de décès par suicide chez les femmes apparaissent donc peu liées au niveau social, contrairement à celles des hommes.

## Chômage, perte du lien social

Les conclusions des études sur le chômage sont très contrastées et doivent être interprétées en portant une grande attention aux dates auxquelles elles ont été menées, aux méthodologies utilisées et aux caractéristiques du chômage. En effet, la période du premier choc pétrolier (1974) marque un tournant décisif dans l'apparition du chômage de masse en Europe. À partir de là, les liens qui unissent comportement suicidaire et chômage sont complexes et sensibles à l'effet de facteurs de confusion.

À cet égard, l'étude de Platt et Kreitman [121] portant sur la période 1968-1987, est exemplaire. Les auteurs ont montré qu'après une première période - 1968-1976 - où suicide et chômage augmentaient simultanément, une dissociation du phénomène apparaissait dès 1976, soit à une époque où le chômage s'était installé en Grande-Bretagne et continuait à augmenter alors que le parasuicide diminuait (Fig. 6). Différentes interprétations étaient avancées - effet de seuil ou l'intervention de facteurs non économiques - ainsi, le chômage, en se banalisant dans la communauté serait devenu moins stigmatisant et donc moins suicidogène. Par ailleurs, en France, l'augmentation du suicide chez les femmes d'âge moyen ayant un emploi mais inoccupées peut signaler un changement dans les aspirations professionnelles des femmes, l'inactivité pouvant être ressentie comme un échec [103, 105].

Dans des études plus récentes [122-124] le chômage apparaît comme un facteur de risque majeur. L'association est non



**Figure 6.** Évolution des taux de parasuicide (TS) chez les hommes et les femmes avec ou sans emploi (1968-1988).

causale [125] mais est médiatisée par un facteur dépendant : diminution des revenus, perte d'identité sociale ou diminution de l'estime de soi, harcèlement au travail ou réduction d'effectifs. Un modèle de vulnérabilité dans lequel l'existence de problèmes psychosociaux potentialiserait l'effet du chômage est aussi évoqué ainsi que la comorbidité avec des troubles mentaux (bien que ceux-ci apparaissent comme un biais tendant à surestimer les effets des facteurs socio-économiques [126]). D'autre part, la simple comparaison entre groupes de personnes ayant/n'ayant pas de travail est compliquée par le fait que la possession d'un travail a un impact sur la (bonne) santé [127] (*healthy worker effect*).

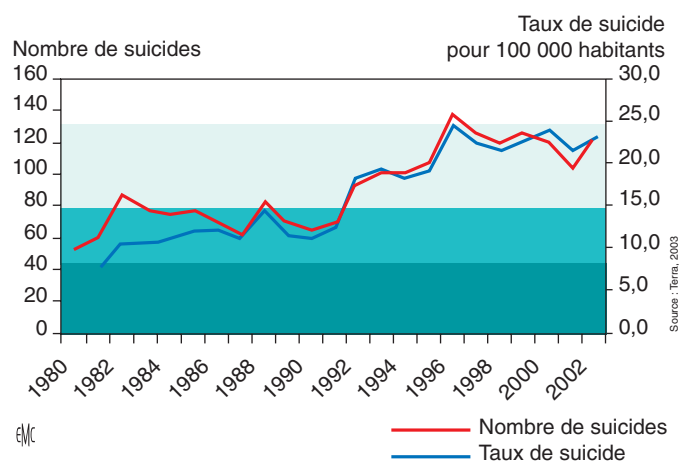
En France, Chastang et al. [128] ont observé que « les notions de précarité d'emploi et difficultés socioprofessionnelles dépassent largement le seul cadre du chômage et les solutions sociales d'insertion et de lutte contre le chômage n'ont pas contribué à améliorer les problèmes d'insertion ». Sur 541 suicidants accueillis aux urgences du CHU de Caen, 77 % sont socialement actifs (parmi lesquels 61,5 % ont une activité professionnelle régulière et 38,5 % sont en situation précaire). Le sex-ratio femmes/hommes qui est voisin de 2 chez les sujets ayant une activité régulière, n'est plus que de 1 dans les situations précaires, tant chez les primosuicidants que chez les récidivistes. Ces derniers ont significativement plus d'antécédents psychiatriques familiaux que les primosuicidants mais la différence n'est plus significative chez les suicidants en difficulté d'insertion, présentant une moins bonne qualité de vie et un habitat précaire.

## Suicide dans des milieux spécifiques

### Milieu carcéral

La détention en milieu carcéral est une période difficile. L'incarcération fragilise le sujet de multiples manières (enfermement, éloignement familial, isolement, rupture sociale, etc.) et il n'est pas étonnant que la prévalence du suicide en milieu carcéral soit importante, notamment dans les premiers mois de détention (9 % des suicides sont réalisés pendant la première semaine, 17 % pendant le premier mois, 34 % durant les 3 premiers mois). Le rapport sur le suicide en milieu carcéral en 2001-2002 [129] fait état d'un nombre important de suicides puisque le nombre total était de 122 en 2002, de 104 en 2001 et était seulement de 39 en 1980, 59 en 1990 avec un pic de 136 en 1996. Le nombre de suicides est rapporté à la population moyenne détenue qui a augmenté de 11 % en 2002, soit 48 318 en 2001 et 53 510 en 2002. Le taux de suicide est ainsi pour 10 000 personnes détenues de 21,5 en 2001 et 22,8 en 2002.

La Figure 7 fait apparaître une tendance à l'augmentation du phénomène suicidaire (suicide et tentative) avec l'âge, tendance qui oscille à des niveaux assez élevés depuis 1994. Une nuance



**Figure 7.** Évolution du nombre et du taux de suicide depuis 1980 en métropole et en outre-mer pour les personnes détenues (d'après [129]).

cependant : le taux de suicide des moins de 18 ans est plus élevé que dans le reste de la population puisque dans cette tranche d'âge, le taux de suicide en détention est de près de 20 fois supérieur.

Enfin, le taux de suicide en population générale, qui est trois fois moindre pour les femmes, est très supérieur en détention puisqu'il s'élève à 26,2 pour 10 000 contre 23,1 pour 10 000 pour leurs homologues masculins (soulignons, pour éviter toute confusion dans la lecture de ces résultats, que l'habitude est d'utiliser des taux pour 10 000 en milieu pénitentiaire et pour 100 000 en population générale). Le mode de suicide par pendaison est largement majoritaire (92 % des cas).

Le phénomène suicidaire en établissement pénitentiaire doit être confronté aux données épidémiologiques existantes portant sur les pathologies mentales avérées. Une méta-analyse conduite par Fazel et al. [130] retrouve chez les hommes incarcérés 3,7 % de psychoses chroniques (au sens du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>e</sup> édition, [DSM IV]), 10 % de troubles dépressifs caractérisés, et 65 % de troubles de la personnalité incluant 47 % de personnalités antisociales. Chez les femmes, ils constatent respectivement 4 % de psychoses chroniques, 12 % de troubles dépressifs et 42 % de troubles de la personnalité, avec 21 % de personnalités antisociales. L'étude transversale coordonnée par l'INSERM et conduite en France en 2003-2004 sur un échantillon représentatif de 799 détenus a retrouvé une prévalence ponctuelle, selon une analyse fine fondée sur l'avis conforme indépendant de deux psychiatres, de 18 % d'états dépressifs, de 10 % de dépendance aux drogues, et de 3,8 % de troubles schizophréniques. Dans un tel contexte, commun à l'ensemble des pays développés, la prégnance de la

problématique suicidaire est inévitablement majeure. Comme nous le verrons plus loin, il serait toutefois réducteur d'en conclure, comme la tentation en est parfois exprimée, que le suicide en détention est le fait des populations de malades psychiques que la société aurait commodément choisi d'exclure de son sein. À tout le moins peut-on y voir, au même rang que les manifestations de souffrance psychique qui feront support au diagnostic de la pathologie, l'indice du sentiment d'échec lié à la prise de conscience de l'impasse objective, et subjective, qui a conduit le sujet à la relégation. Ainsi, suicide et pathologie seraient deux conséquences d'une conduite d'échec, d'une marginalisation sociale autoprovocée, qui serait d'autant plus humiliante qu'elle ne serait pas la conséquence, extériorisable, de la pathologie.

### Armée et bénévoles

La question du suicide dans la Police Nationale a fréquemment été évoquée dans la presse. L'étude menée par Bourgoin, démographe, bat en brèche les conclusions un peu rapides sur la « sursuicidité » dans ce milieu. Les taux de suicides chez les policiers « semblent osciller autour d'une moyenne proche du taux national, à structures par âge et sexe égales <sup>[131]</sup> ». En revanche, le recours à une arme à feu est plus fréquent qu'en population générale, du fait des caractéristiques du métier.

Cependant, deux enquêtes d'épidémiologie <sup>[132, 133]</sup> traitant l'une des conscrits de l'armée et l'autre des vétérans du Vietnam, font écho aux graves problèmes associés au suicide chez les soldats servant dans les forces d'interposition et/ou des soldats de la paix. Dans ces cas, le suicide peut intervenir plusieurs années après le retour à une vie « normale ».

### Corps médical

Le corps médical n'est pas épargné par la problématique suicidaire <sup>[134]</sup>, ni celui des infirmières <sup>[135]</sup>. L'autopsie psychologique menée, en Finlande, sur un petit échantillon de médecins émet quelques hypothèses : une confiance excessive dans leur identité professionnelle et leur autoprise en charge - l'automédication étant plus souvent utilisée que le recours à un confrère psychiatre - seraient ébranlées par le vécu des problèmes de santé physique ou psychique, véritables menaces envers leur identité médicale. En utilisant la même procédure d'autopsie psychologique, auprès d'une population de 106 infirmières, Hawton note un taux plus élevé de problèmes psychiatriques - passés ou présents -, d'antécédents de tentatives de suicide, d'usage du tabac et d'alcoolisation, comparé à un échantillon témoin, non suicidant.

### Population homosexuelle

La population homosexuelle et, plus particulièrement la population des jeunes homosexuels, constitue un groupe à risque à l'égard du phénomène suicidaire. C'est en tous les cas ce que démontre une étude épidémiologique menée par une association avec la collaboration de l'INSERM. Ce travail montre que ce phénomène touche les jeunes homosexuels de très près puisque les résultats font apparaître que, « toutes choses égales par ailleurs » âge, lieu de résidence, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, structure familiale parentale, modes de vie (couple ou célibat), les jeunes homosexuels ont 13 fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les jeunes hétérosexuels. Ces résultats confirment les chiffres issus des études américaines, canadiennes et australiennes : elles aboutissent, chez les homosexuels, à des chiffres de « sursuicidalité » variant de 6 à 13. Pour Shelly <sup>[136]</sup>, la forte proportion de suicide au sein de cette population est liée à la « stigmatisation dévalorisante de l'homosexualité perçue au sein du cercle familial ou à l'école, qui produit des effets désastreux sur la construction personnelle ». En effet, en raison du secret qui entoure généralement ce phénomène, les personnes homosexuelles ne peuvent pas toujours bénéficier du soutien de leur proche. Elles doivent alors affronter seules des facteurs déstabilisants et générateurs de stress et d'anxiété tels que l'homophobie, le rejet par ses proches, la constitution d'une image dévalorisante de soi-même, l'isolement (physique et relationnel) et la solitude <sup>[137]</sup>.

### Tatouage et piercing

À partir de deux populations porteuses de tatouages et de *body piercing*, deux équipes ont noté le risque de létalité associée, vraisemblablement en rapport avec l'utilisation conjointe de substances toxiques et la présence de troubles de la personnalité, marqueurs des attitudes de prise de risque que représentent ces comportements <sup>[138, 139]</sup>.

### Selon les données cliniques

#### Suicide, demande et offre de soins

Le grand public et les médecins eux-mêmes s'accordent volontiers pour penser que les généralistes sont fréquemment sollicités pour la prise en charge des phénomènes suicidaires, dans les jours qui ont précédé un geste fatal <sup>[140]</sup>. Mais qu'en est-il de leur demande et de l'offre de soins qui leur est faite ?

Une étude menée dans les services de médecine légale des villes de Saint-Étienne et de Lyon, a rassemblé toutes les données fournies par l'assurance maladie (régime général et mutuelles associées uniquement) sur les 308 suicidés connus de ces services. Dans cette enquête unique qui a donné lieu à une thèse, tous les renseignements relatifs aux soins, aux hospitalisations, aux prescriptions médicamenteuses et leur évolution sur les 6 mois précédant le geste suicidaire ont été exploités, ainsi que les types de médicaments prescrits. Les données ont été confrontées à celles d'un échantillon témoin de 1415 personnes ayant les mêmes caractéristiques du point de vue de l'âge, du sexe et du lieu de résidence. Une surconsommation de consultations du médecin généraliste et à un degré moindre d'un psychiatre apparaît à tous les âges de la vie, quel que soit le sexe. Au-delà de 30 ans, on observe une surconsommation de médicaments psychotropes, notamment hypnotiques et tranquillisants, antidépresseurs et surtout en polythérapie <sup>[141]</sup>. Il n'est pas possible de conclure chez les moins de 30 ans, faute de témoins présentant ce type de consommation. Enfin, chez l'ensemble des suicidés, le recours à une hospitalisation (en médecine générale ou en psychiatrie) est significativement plus fréquent dans la période étudiée. Tout apparaît comme si « la mortalité suicidaire reste, [pour une large part] une complication de la psychopathologie suivie médicalement, mais pas toujours par un psychiatre », ce qui est porteur de réflexion en termes de prévention. Nous retrouverons cette problématique dans la prévention secondaire.

#### Suicide et pathologie psychiatrique

Le lien entre suicide, tentatives de suicide, problématique suicidaire et pathologie psychiatrique est une évidence qui autorise l'économie d'une démonstration préalable : troubles dépressifs, schizophréniques, addictions, troubles de la personnalité constituent, entre autres, les registres psychopathologiques qui contribuent le plus significativement au phénomène suicidaire. Ce lien ne se réduit toutefois pas à la dimension d'un facteur de risque, qui viendrait mécaniquement alimenter une surreprésentation épidémiologiquement objectivable. Il constitue aussi, hormis peut-être dans le cas des troubles psychotiques, l'indice d'une intimité de la question du désir de mort avec la dynamique subjective à l'œuvre, traduction dans son expression clinique d'un phénomène reconnu comme un trouble par la nosographie. Ainsi pourrait-on dire que ce n'est pas forcément la dépression qui « produit » l'intentionnalité suicidaire, mais peut-être aussi parfois, et pour une part, la méditation suicidaire, le désintéret de la vie, le choix subjectif du retrait de l'affect qui prend le masque de la mélancolie ou de la répétition des ruptures.

Ainsi, objectiver la corrélation par un taux de prévalence, opération nécessaire, ne peut dispenser d'une analyse plus aigüe d'une dynamique d'abord propre au sujet, mais aussi en tant qu'il est pris dans une trame relationnelle où les registres culturels et sociaux jouent, selon l'intuition durkheimienne, un rôle déterminant. C'est sans doute la raison pour laquelle il ne se révèle pas suffisant de traiter la pathologie, de prendre en charge selon l'état de la science les problèmes de santé pour faire baisser le taux de suicide <sup>[142]</sup>. Il ne suffit pas de soigner

pour empêcher le suicide, même si, devant la pathologie, l'une des préoccupations prévalentes du psychiatre sera toujours de l'empêcher [143]. De la même façon, il fait aujourd'hui consensus qu'il n'existe pas de prédictivité possible du suicide [144, 145], au sens d'un enchaînement dont on pourrait quantifier la dynamique et prévenir l'issue.

Quoi qu'il en soit, les données de la littérature sont très convergentes sur ces corrélations.

### Troubles dépressifs

Les patients présentant un trouble dépressif ont un risque accru de suicide [146], et de tentative de suicide [147-149]. Le taux de suicide serait de 20 à 30 fois supérieur dans la population présentant un état dépressif caractérisé. Leur taux annuel de mortalité, dont un tiers imputable au suicide, serait de 3 % (1 % par suicide). Au total, 15 % des patients décèderaient par suicide. Les patients présentant un trouble bipolaire de type 1 et les unipolaires dépressifs présenteraient un taux comparable, inférieur aux bipolaires de type 2 (présentant à la fois des épisodes dépressifs et des accès hypomaniaques), mais cette donnée est parfois discutée.

Si l'on recherche les facteurs de risque chez les personnes décédées par suicide, il apparaît que 45 à 70 % des sujets suicidés présentaient une symptomatologie dépressive. Les déprimés qui se suicideraient le plus seraient les hommes âgés de plus de 50 ans [150]. La période à risque serait celle qui suivrait une hospitalisation dans les premières années de maladie. Les autres facteurs de risque d'ordre sociologique (célibat, isolement), évoqués plus haut, viennent évidemment potentialiser l'acuité du risque suicidaire, mais ne se situent pas au premier rang.

Dans l'ordre de la psychopathologie, les facteurs de risque seraient les comorbidités addictives, l'impulsivité, la perte de plaisir et d'intérêt, l'absence de perspective, alors que le désespoir, un temps mis en cause, ne serait pas significativement déterminant [151].

Dans le registre plus large du risque suicidaire, exploré par la présence d'une idéation suicidaire, et celle d'antécédents de tentative de suicide, l'enquête « Santé mentale en population générale » menée en France par le Centre collaborateur OMS entre 1999 et 2003 sur 36 000 personnes de 18 ans et plus a mis en évidence un risque suicidaire de moyen à élevé 7 fois plus fréquent chez les personnes présentant un état dépressif que dans la population générale, mais également un risque suicidaire significativement plus élevé chez les personnes présentant une dysthymie, un trouble panique, ou un état de stress post-traumatique (PTSD) [152].

### Schizophrénie

Les troubles schizophréniques constituent, dans le champ de la pathologie psychiatrique, le deuxième facteur contributeur majeur au phénomène suicidaire. Chez les jeunes patients, le suicide est la première cause de mortalité, et représente un risque relatif équivalent à celui des troubles dépressifs. L'étude princeps de Manfred Bleuler, qui a suivi 208 patients schizophrènes entre 1942 et 1965 fait état de 12 % des hommes et de 13 % des femmes décédés par suicide. De nombreuses autres études rétrospectives ou prospectives ont confirmé ces chiffres et ont mis en évidence l'effet favorisant de la comorbidité par troubles de l'humeur. L'étude de cohorte de 3470 patients schizophrènes réalisée en France par l'Inserm [153] depuis 1993, met en évidence un risque 19 fois supérieur à celui de la population générale correspondante en termes sociodémographiques. Sur 4 ans, le pourcentage de suicides au sein de la cohorte suivie est de 3 % des hommes et de 1,4 % des femmes. Les facteurs associés les plus significatifs sont le sexe masculin, l'âge (moins de 35 ans), les antécédents de tentative de suicide et la toxicomanie, correspondant à un risque relatif de l'ordre du double pour chacun d'entre eux. Les modalités de suicide sont principalement la pendaison, la défenestration, l'arme à feu et l'intoxication médicamenteuse. L'acte suicidaire peut intervenir à l'hôpital ou plus fréquemment au décours d'une hospitalisation [140, 154], le risque suicidaire diminuant ensuite progressivement. Il peut être en rapport avec une activité

processuelle, mais plus fréquemment, il est à relier avec un affect dépressif, souvent consécutif à une prise de conscience des difficultés consécutives à la pathologie [155], et du deuil à faire d'ambitions antérieures à l'apparition de la maladie [156].

Il n'est pas ici illégitime d'envisager la dynamique suicidaire chez les patients schizophrènes [157], dans la ligne de ce qui est dit plus haut, comme l'indice d'un ensemble dont participent la situation existentielle, la structure de la personnalité, la nature et l'intensité du trouble (dont la présence d'hallucinations), l'existence de facteurs de comorbidité [158], en particulier de nature dépressive, ou d'abus de substance [159], les éléments singuliers de l'histoire personnelle et sans doute de façon déterminante les éléments de prise en charge et leur suivi effectif par le patient [160]. Aussi les variations objectivées de fréquence du phénomène suicidaire dans les populations de personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sauraient être appréhendées sans tenir compte de l'époque, qui influe sur le niveau et la qualité de la prise en charge, thérapeutique et sociale, de la culture, de la période d'évolution de la maladie.

### Autres dimensions pathologiques

Il existe beaucoup d'autres dimensions pathologiques qui constituent des facteurs de risque de suicide, parmi lesquels les conduites addictives, notamment l'alcoolisme [161, 162], l'usage de toxiques [163, 164], les troubles de la personnalité [165], en particulier ceux qui associent des traits d'impulsivité, d'abandonnisme, de dépendance [166], qui peuvent être potentialisés par des événements de vie tels les deuils, ruptures, échecs. Toutes ces dimensions, qui peuvent coexister, chez un même sujet, avec d'autres noyaux pathologiques caractérisés peuvent être lues comme des aspects de comorbidité qui se comportent comme des variables indépendantes et potentialisent le risque suicidaire [167]. Ainsi apparaît-il qu'une pathologie ne constitue pas à elle seule une cause de suicide, mais que l'accumulation de facteurs de vulnérabilité vient alourdir le risque de passage à l'acte suicidaire. C'est particulièrement vrai pour l'abus d'alcool [168].

Pour les pathologies psychiatriques comme d'ailleurs pour les facteurs sociologiques ou économiques, il y a donc lieu de considérer telle ou telle expression symptomatique comme un indice partiel, au même titre d'ailleurs que l'occurrence suicidaire à laquelle elle semble corrélée, où les éléments structurels (la pathologie du narcissisme et de la personnalité) se répondent avec les éléments d'actualité (les troubles thymiques, les conduites, les passages à l'acte) pour constituer l'expression globale d'un malaise plus fondamental. Toute politique de prévention doit intégrer cette notion fondamentale pour ne pas privilégier des initiatives aussi simplistes que décevantes [169, 170]. Il n'en reste pas moins que l'accumulation des facteurs de risque, la pression des événements déstabilisants, l'intensité des affects alerteront toujours le clinicien averti.

La notion de vulnérabilité a par exemple été abordée par le biais de l'analyse des attitudes mentales adoptées par le sujet en situation de stress, ou à l'égard des grands problèmes de l'existence [171].

Généralement, l'organisme manifeste un ensemble de réponses comportementales devant les événements stressants de la vie, permettant par là même de maintenir un état d'équilibre. Lorsqu'un événement vient rompre cet équilibre, par exemple par des changements importants survenant dans son milieu, l'individu cherche à retrouver cet équilibre antérieur par la mise en place d'un ensemble de stratégies et de mécanismes d'adaptation. Si l'individu perd ses capacités habituelles à faire face aux agents stressants, on dira qu'il se trouve dans un état de vulnérabilité. À ce stade, l'individu a épuisé son répertoire de réponses habituelles et s'il est confronté à des échecs répétés ou à un événement difficile supplémentaire, il entre alors dans un état de crise. Il s'agit d'une période de déséquilibre intense qui se caractérise par deux étapes : la désorganisation (période de trouble et de stress importants), suivie d'une période de récupération. Entre ces deux étapes, il peut dans certains cas y avoir une période de passage à l'acte, correspondant à la « phase aiguë » de la crise. Le suicide peut, dans ce cas, être perçu

comme la solution unique, voire l'ultime façon de mettre fin à la souffrance et à la douleur ressentie.

Les capacités de « coping », à maîtriser les émotions [172], ont été mises en évidence comme contribuant à diminuer le sentiment de désespoir et l'idéation suicidaire, ouvrant la voie à d'évidentes perspectives en matière de prévention. Dans sa dimension constitutionnelle, cette « résilience », popularisée par Boris Cyrulnik, reste à bien des égards mystérieuse dans ses déterminants, même si elle sera à l'évidence décisive.

### Récidive suicidaire

Dans un autre registre, la récidive suicidaire a fait l'objet d'une attention particulière, partant du constat que les tentatives de suicide antécédentes attestaient pour un sujet d'une problématique singulière aiguë, d'une capacité à passer à l'acte, et par conséquent que ce comportement répétitif représentait un prédicteur fort d'une récidive, parfois très précoce [173], et donc un facteur de risque de suicide avéré [174]. Et s'il fut un temps où était soulignée la différence de *pattern* sociologique entre la population potentiellement suicidaire et celle susceptible d'effectuer des tentatives de suicide, pour en inférer une différence de risque, le consensus est aujourd'hui beaucoup plus nuancé sur cette question. Si les données épidémiologiques continuent à relever notamment un sex-ratio très différent entre les deux populations, l'interprétation qui en émerge aujourd'hui retient plutôt l'idée d'une différence d'expression symptomatique d'un même phénomène plutôt que celle de problématiques fondamentalement distinctes. En d'autres termes, il n'y aurait pas d'un côté une population de personnes décidées à mourir, et de l'autre une qui ne le voudrait pas. Dès lors, cette analyse doit également se prolonger sur le terrain de la prévention.

### Données biomédicales et génétiques

Un courant de recherche s'est depuis plusieurs décennies intéressé aux corrélations établies entre suicide et désordres biologiques [175]. C'est ainsi que la diminution de l'acide 5-hydroxy-indolylacétique (5-HIAA) dans le liquide céphalora-chidien a pu être incriminée [176], comme indicateur d'une défaillance du système sérotoninergique, également en cause dans les comportements impulsifs ou agressifs. Les recherches portant sur le système noradrénergique se sont avérées contradictoires. En revanche, l'échappement à la freination de l'axe hypothalamohypophysaire par la dexaméthasone, indice de son hyperactivité, s'est montré beaucoup plus fortement corrélé à une issue suicidaire que les facteurs cliniques [177]. En dépit de leur caractère convaincant, il reste à déterminer dans quelle mesure ces indications seraient utilisables en pratique courante dans une perspective préventive.

Dans le champ de la recherche génétique, les difficultés méthodologiques ont été majeures. L'hétérogénéité phénotypique du suicide, le caractère par nature rétrospectif des études n'ont permis de déboucher que sur le simple constat qu'il existe une vulnérabilité génétique au comportement suicidaire [178-180] qui est probablement indépendante de l'hérédité du trouble de l'humeur [181]. En revanche, cette vulnérabilité pourrait être corrélée aux facteurs biologiques [182]. Le poids de ces facteurs génétiques dans le déterminisme des conduites suicidaires apparaît cependant faible, laissant place à la multiplicité des facteurs.

## ■ Suicide et prévention

Le terme de prévention a recouvert plusieurs acceptions au cours de l'histoire [31]. Sa polysémie laisse des traces dans l'usage que nous en faisons aujourd'hui.

Dans un contexte où les cliniciens, les responsables du champ sanitaire, le grand public, les familles concernées sont durement interpellés par le phénomène suicidaire, la prévention s'inscrit comme une aspiration d'annuler par anticipation tout problème et tout risque, en l'occurrence tout danger de mort volontaire. L'acte préventif se propose de se situer en amont de la pensée et de l'acte suicidaire. Il aurait suffi en toute logique

## “ Point important

Le mot prévention est issu du latin judiciaire « *praevenire* », dont le sens est double : citer en justice, ou bien prévenir en avertissant. Avant tout jugement le présumé coupable est un prévenu, parfois mis en détention préventive.

Par extension, l'action préventive peut aussi viser à soustraire aux risques de « pathologies sociales ». On parlera ainsi de la *prévention de la délinquance, de la violence, etc.*

Dans le langage commun, on utilise également le terme de prévention pour qualifier une opinion préconçue défavorable, un préjugé, antérieur à tout examen.

C'est seulement au XIX<sup>e</sup> siècle que, en langage de santé publique, le terme a revêtu le sens de *comportement préventif*, qualifiant ainsi l'activité qui doit permettre d'éviter de contracter une pathologie, ou diminuer le risque d'y être soumis (efficacité préventive des vaccinations, de l'activité sportive comme prévention des maladies cardiovasculaires, etc.).

Au XVI<sup>e</sup> siècle, prévenir signifie *aller au devant des désirs*, d'où est resté dans l'usage moderne le qualificatif *prévenant*, que l'on applique à quelqu'un rempli de sollicitude vis-à-vis de l'autre. On peut inscrire toute *démarche de prévention* dans cette dimension de *prévenance*, c'est-à-dire d'attention, de délicatesse et de respect de l'autre, considéré comme sujet.

d'identifier les risques et de remonter les chaînes de causalité pour rompre avec la fatalité du mal. Pour les survivants, le suicide d'un proche est une plaie ouverte et la question reste en suspens : que n'a-t-on pas vu, ou pas fait, qui aurait pu empêcher cela ? Y a-t-il eu une faute de vigilance, un manque de compétence ? À qui la faute incombe-t-elle ? Le pacte qui lie chacun à la vie a été rompu, il doit bien y avoir quelqu'un qui aurait pu, qui aurait dû agir et ne l'a pas fait. On n'a pas su ou voulu prévenir ! Chacun revendique de ne plus connaître cette douleur, cette catastrophe intime de l'irréparable de la mort du proche, du mystère de sa volonté de partir, de quitter ceux qui, autour de lui, avaient choisi de le soutenir, et de lui rester liés.

La prévention devient donc une dimension obligée qui se décline classiquement en trois temps situés en amont et en aval d'un geste suicidaire et diversement définis (Tableau 5) [183-188].

Au-delà de l'exercice sémantique, il est clair que, pour chacun des auteurs, la prévention s'est naturellement déclinée à partir des caractéristiques du phénomène. Dans les pages qui suivent, nous avons adopté la classification présentée par Leguay : la prévention tertiaire, à l'attention des personnes directement concernées par une problématique suicidaire actuelle, la prévention secondaire visant les personnes présentant des facteurs de risques, sociaux, pathologiques, ou liés à des conduites à risque et la prévention primaire auprès de la population dans son ensemble, dans les caractéristiques socio-démographiques globales d'un corps social géographiquement déterminé.

De telles démarches ne se développent pas sans être portées, d'abord par un militantisme, relayé par une volonté politique. Ce fut le cas en France, comme dans d'autres pays. Citons, dès les années 1950 la création de SOS Amitié calquée sur l'initiative de Chad Varah en Grande-Bretagne, puis, à partir des années 1970, le travail de pionnier du Groupement d'études et de prévention du Suicide (GEPS), puis le rapport de Michel Debout en 1993 pour le Conseil économique et social (CES) [189]. Aujourd'hui, l'Union nationale pour la prévention du Suicide (UNPS), créée en 1996, regroupe plus de 30 associations qui, toutes, se préoccupent de la prévention du suicide ou de la prise en charge de familles endeuillées - autre forme de prévention.

**Tableau 5.**

Illustration de différentes dénominations utilisées dans des publications internationales.

Auteur principal, dates et références	Temps 1 Avant tout geste suicidaire	Temps 2 Dans l'immédiat d'un geste suicidaire	Temps 3 Après un geste suicidaire
Shneidman [183] Morgan [184] Seguin [185]	<b>Promotion / Prévention</b> , deux mots quasiment interchangeables : information à publics ciblés et/ou tout public, transmission d'outils d'identification de personnes à risque, sensibilisation, accès aux moyens.	<b>Intervention</b> : réponse à la crise suicidaire (ligne téléphonique, rencontre face à face, service de prise en charge et de soutien à court terme).	<b>Postvention</b> : activités thérapeutiques s'adressant aux personnes vivant le deuil suite au suicide d'un proche (réduction du niveau de détresse, des risques d'imitation, et favorisant le rétablissement et la résolution du processus de deuil).
Silverman et Felner [186]	<b>Prévention</b> : tout ce qui concourt en population générale à réduire les taux de troubles mentaux.	<b>Intervention précoce</b> : cherche à réduire la prévalence des troubles.	<b>Traitement</b> : intervention auprès des suicidants (après un premier geste suicidaire).
Programme national suédois, 1996	<b>Générale</b> : mesures de promotion de la santé (domaine de la psychologie, du social et éducation et prévention des accidents).	<b>Indirecte</b> : identification et traitement de la maladie [mentale] et des problèmes sociaux et relationnels dans les groupes ou les situations à risque.	<b>Directe</b> : l'objectif est de combattre le processus suicidaire lui-même, c'est-à-dire les idées suicidaires, les tentatives et le suicide.
PRS souffrance psychique et phénomène suicidaire, 1996	<b>Primaire</b> : information auprès du public, au sens large : information en population générale sur le suicide.	<b>Secondaire</b> : auprès de « groupes à risque », scolaires, Rmistes, personnes incarcérées, etc.	<b>Tertiaire</b> : auprès des suicidants, prévention de la récurrence.
Upanne [187]	<b>Primaire</b> : cherche à réduire l'incidence des taux de troubles psychiques.	<b>Secondaire</b> : cherche à réduire la prévalence des troubles, leur intensité, sévérité et durée.	<b>Tertiaire</b> : s'adresse aux personnes qui présentent des troubles sérieux. Elle vise la réduction de la récurrence suicidaire.
Leguay [188]	<b>Primaire</b> : s'adresse à un public très large (organisation sociale et registre culturel).	<b>Secondaire</b> : repérage et prise en charge de personnes présentant plusieurs facteurs de risque pathologiques ou environnementaux.	<b>Tertiaire</b> : médicale : soins aux suicidants.

Révéant une préoccupation majeure du corps social, jusqu'alors négligée, la prévention du suicide s'introduira presque systématiquement dans les priorités de santé publique, et les programmes régionaux de santé qui en découleront, issus de la mise en place, à partir de 1995, des instances régionales de santé publique. Ainsi sera bâti, souvent hâtivement, un ensemble de mesures, affichées comme complémentaires, mais qui bien souvent n'échappera pas à « l'effet catalogue » : une juxtaposition d'actions dont la cohérence reposera essentiellement sur l'idée que tous les moyens sont bons. Cet activisme fera la plupart du temps l'impasse sur une réflexion plus profonde sur la légitimité du corps social à s'interposer entre le sujet et lui-même. La lecture pathologique, dans son extériorité résolue, et son objectivité revendiquée (cette mise en évidence des « déterminants » contre laquelle nous avons formulé plus haut nos mises en garde), viendra trop souvent colmater, par une sorte de domination de l'opérateur, l'interrogation éthique et philosophique. Prévenir le suicide, c'est juste, et c'est nécessaire, sans doute. Encore faudrait-il en asseoir le sens, dans notre société, au-delà de la seule prise en compte du scandale statistique [161, 190, 191]. Pierre Legendre rappelait « il ne suffit pas de produire la chair humaine pour qu'elle vive, il faut à l'homme une raison de vivre » [192].

## Prévention tertiaire, ou médicale

Elle repose sur le soin aux suicidants et le repérage des dimensions clairement pathologiques, et leur prise en charge à un niveau individuel et collectif.

Les Programmes régionaux de Santé (PRS) mis en place entre 1995 et 2002 dans 11 régions françaises, relayés par le Programme national (PNS), dédiés à la prévention du suicide ont insisté sur le nécessaire renforcement des services d'urgence accueillant des suicidants. L'impérieuse nécessité pour chaque suicidant entrant, d'un entretien, au minimum, avec un psychiatre a été soulignée et parfois suivie d'effets [193].

La conférence de consensus « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge » qui s'est tenue en 2000 à l'initiative de l'Agence nationale d'analyse et d'évaluation des soins (ANAES) et de la Fédération française de Psychiatrie a fait, dans notre pays, le point sur les registres à prendre en compte, et les mesures à mettre en œuvre.

Le repérage de la crise suicidaire constitue le socle de cette prévention tertiaire. La notion de crise suicidaire s'est récemment imposée comme une évolution de la conception psychiatrique traditionnelle du suicide, pour se définir [194] comme un moment de rupture des équilibres psychiques, d'invasion par une angoisse déstructurante, débordant les mécanismes de défenses habituels. Le passage à l'acte suicidaire constitue dans ce contexte l'un des moyens de réduire la tension, le sujet ne pouvant choisir entre l'identification à une position de victime et celle d'agresseur, et se décidant finalement à être les deux.

L'intérêt d'identifier une période de crise suicidaire réside dans le fait qu'elle va permettre, au contraire du raptus suicidaire, de laisser place à des interventions préventives. Entre les idées de suicide, l'intention suicidaire et le geste, se passent généralement des intervalles de temps qui vont autoriser des actions de soins. La prise en charge au décours d'une éventuelle tentative aura également pour objectif de prévenir la récurrence.

Les principales recommandations de cette conférence [195] ont été :

- de développer les compétences au diagnostic de la crise, reposant sur le triptyque de la manifestation des idées suicidaires, de la manifestation de l'état de crise psychique et d'un contexte de vulnérabilité, et ceci en tenant compte des différences d'expression selon les âges de la vie, ou des situations particulières (armée, prison). Ce diagnostic doit être particulièrement exploré dans le cas d'une pathologie (dépression, psychoses) ou de facteurs de risque (troubles de la personnalité avec impulsivité, addictions) ;
- d'en apprécier la gravité, en évaluant, au besoin à l'aide d'outils diagnostiques synthétiques, le poids des différents facteurs déstabilisants (pathologie, événements de vie), individuels ou familiaux, et les facteurs de protection (support familial et social, ressources psychiques) ;
- d'en apprécier la dangerosité et l'urgence, en explorant six éléments : le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, les éléments d'impulsivité, un éventuel facteur précipitant, la présence de moyens létaux à disposition, la qualité du soutien de l'entourage ;
- de souligner le rôle de l'entourage, du milieu socioprofessionnel ou éducatif, du système de soins primaire avec celui,

éminent, des médecins généralistes, des paramédicaux de proximité et des travailleurs sociaux, des réseaux d'accueil et d'écoute ;

- de définir, dans ce contexte global, le rôle plus spécifique des services d'urgence et des psychiatres, dans le diagnostic psychopathologique, la définition de la stratégie thérapeutique à suivre, en particulier la prescription médicamenteuse, et le recours éventuel aux dispositifs institutionnels. En tout état de cause, une hospitalisation de quelques jours après une tentative de suicide est systématiquement préconisée ;
- de mettre en œuvre un suivi systématique. En fonction des situations particulières il sera réalisé par le professionnel de santé le plus investi par le patient.

On voit que ces recommandations nécessitent le développement de compétences et de savoir-faire des professionnels de santé mais aussi l'implication de professionnels et d'institutions du champ social, qui suppose la mise en œuvre de stratégies de partage de l'information (par exemple par le biais de réseaux de santé), et de formation, l'adaptation des structures (à une mission définie comme prioritaire, voire des mesures d'ordre législatif. C'est ainsi, par exemple, que s'est débattue l'opportunité de réglementer l'accès aux moyens létaux <sup>[196]</sup>, qui peuvent aussi être considérés comme des actions de prévention primaire.

Il semble être établi, en effet, que le risque de suicide est cinq fois plus élevé dans les foyers où une arme à feu est à disposition <sup>[197]</sup>. Prenant exemple sur les dispositions en vigueur en Angleterre et en Australie, la France a effectué un premier pas dans cette direction par la loi du 15 novembre 2001 qui prévoit pour les forces de l'ordre la possibilité du retrait immédiat d'une arme à feu à toute personne en disposant et ayant un projet d'homicide ou de suicide. On est toutefois loin de « l'entreposage sécuritaire » des armes à feu pratiqué au Québec.

## Prévention secondaire

Elle concerne la prise en charge des personnes présentant un facteur de risque ou une pathologie exposant clairement au passage à l'acte suicidaire. Elle peut par exemple consister à s'intéresser à une population spécifique (jeunes, adolescents, personnes âgées, militaires, détenus...) pour identifier et contrôler les facteurs de risque, en développant à leur égard des actions de lutte contre leurs effets déstabilisants. Dans ce domaine, la méthode de l'autopsie psychologique, qui a fait l'objet d'un rapport d'expertise de l'Inserm <sup>[198, 199]</sup> en 2005, a permis de déboucher sur des recommandations. De la même façon l'OMS a formulé en 2002, vis-à-vis de certaines sous-populations, et à l'intention des professionnels qui sont à leur contact le plus proche, des recommandations qui constituent un ensemble accessible et adapté au public auquel elles s'adressent (personnel de santé, personnel pénitentiaire, monde enseignant, media...). La prévention secondaire consiste également à prendre en compte les facteurs de risque liés à la pathologie. Le suicide en effet se prête, comme on l'a vu plus haut, à une lecture médicale, tant par son lien presque systématique, comme en attestent les pratiques d'autopsies psychologiques <sup>[200]</sup>, avec une pathologie psychiatrique déterminée que par les caractéristiques cliniques ou paracliniques qu'il présente (clinique dimensionnelle de la dépression, de l'impulsivité, du désespoir, stigmates biologiques). Il est donc logique de tenter de le prévenir par cette voie. Ce courant est principalement porté par les professionnels de la santé, dont la porte d'entrée dans ce domaine est celle de la pratique clinique, de la recherche thérapeutique, ou encore de l'action directe sur l'environnement des patients. Favoriser l'accès aux soins, faire au plus tôt le bon diagnostic, reconnaître les facteurs de risque et les signes d'alerte spécifiques, évaluer le caractère d'acuité de la problématique, traiter efficacement, et précocement, utiliser les bonnes méthodes et les bons médicaments, organiser le bon suivi sont les étapes de cette approche, qui se déclinent autant pour les pathologies dépressives que pour les troubles schizophréniques. Dans cet esprit une étude australienne <sup>[201]</sup> a, par exemple, tenté de quantifier le pourcentage de suicides évitables par le système de soins dans une population de patients psychiatriques suivis par le système de soins spécialisés et a retenu le chiffre de 20 %. Ce résultat est évidemment à rapporter aux conditions de

fonctionnement du système de soins considéré, et on imagine combien il pourrait varier selon le lieu ou le moment ! En dépit de son caractère apparemment binaire, cette démarche, qui recouvre ce qui pourrait être considéré comme le champ de la prévention secondaire, répond aux préoccupations des médecins qui « prennent en charge » les patients à risque avec la constante arrière-pensée de l'acte auxquels ils pourraient s'abandonner. D'expérience ils savent comment un retard à la mise en œuvre d'un traitement adapté, un oubli collectif dans un suivi jusqu'alors rigoureux, une conduite d'isolement passée inaperçue, une situation de tension institutionnelle, voire une contre-attitude non contrôlée peuvent faire basculer le destin.

Bien des recommandations de prise en charge ont procédé de cette approche <sup>[12]</sup>. Le paradigme de cette démarche est le programme mis en place sur l'île suédoise de Götland dans les années 1980, où la prise en charge des troubles dépressifs, qui commence par leur diagnostic, donc par l'accès aux soins, puis par la formation à leur dépistage par le système de soins primaire, puis par un traitement adapté a fait diminuer le taux de suicide de 60 % <sup>[202]</sup>. À distance, ce résultat n'a pu être maintenu, en grande partie du fait de l'estompement progressif de cette action, avec le départ des médecins formés, et la relégation progressive de cette préoccupation collective <sup>[203]</sup>. Sans rien retirer à leur utilité, ceci souligne l'exigence de toutes les démarches « qualité » pour qu'elles durent. Faut-il se résigner à ce que les systèmes ne soient pas parfaits, et qu'un impératif, un moment prioritaire, et aussi important soit-il, soit remplacé par d'autres, dans le public comme chez les professionnels ?

Un autre axe de réflexion dans le domaine de la prévention secondaire a cherché à établir s'il était possible de saisir l'opportunité d'un contact préalable avec le système de soins, primaire ou spécialisé, pour détourner une intention suicidaire qui aurait été repérée. Cette idée repose sur le constat qu'un très important pourcentage de personnes s'étant donné la mort avait consulté un professionnel de santé dans le mois, et dans la semaine précédant le décès. Les pourcentages varient évidemment en fonction des époques, des pays, des variables sociodémographiques, mais c'est un phénomène constant dans les pays occidentaux. Ainsi en conclut-on d'une part que leur résolution suicidaire n'était pas encore affirmée, puisqu'ils attendaient encore un soulagement, ou au moins « quelque chose » de quelqu'un, et d'autre part que si le professionnel avait pu décrypter le sens de cette visite, et adopter une conduite appropriée, le destin aurait pu en être changé. Cette stratégie rejoint celle du dépistage des troubles dépressifs, dans le cas où ils seraient en cause dans le geste autolytique, avec une dimension supplémentaire, de désigner une intention cachée, ou au moins un risque, et de charger un système professionnel d'en dévoiler la nature. La réflexion sur ce thème est encore inachevée, et si le constat demeure <sup>[132]</sup>, il reste à en imaginer les retombées possibles et réalistes en termes d'organisation, au-delà de ce qui a déjà été formulé <sup>[204]</sup>.

Dans la sphère de l'organisation des soins, et pour rejoindre tant la notion de période critique que de facteur de risque supplémentaire que constituent les antécédents de tentative de suicide, un certain nombre de préconisations ont été formulées par la conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000, précédemment évoquée, et qui, au-delà des recommandations d'action dans le cadre de la crise, conseille d'instaurer un suivi qui puisse constituer le cadre d'un recours. Ce recours doit pouvoir se faire en urgence, mais surtout dans la durée afin de faire une place à la parole libre, où puissent se mettre en perspective, et être travaillés les éléments singuliers de la subjectivité qui constituent, parfois à l'insu du sujet, les déterminants à la pulsion d'autodestruction. Il devrait également pouvoir proposer des outils d'affirmation de soi, de développement personnel, de « coping », de lutte contre le stress, d'apprentissage d'habiletés relationnelles, qui ont pu faire défaut au sujet, aux prises avec un contexte particulièrement difficile et submerger ses capacités de gestion de l'adversité. Ces méthodes sont malheureusement encore trop peu répandues dans notre pays, à l'instar - notre « exception culturelle » ? - de tout ce qui se définit comme un apprentissage dans le champ du subjectif et du relationnel.

L'ensemble des actions dans ce domaine perd toutefois un peu de sa pertinence dès lors que le champ de la pathologie s'ancre dans la personnalité, ou qu'il n'est qu'un indicateur intriqué à une problématique plus existentielle (troubles de la personnalité, addictions, « souffrance psychique » révélée par des conduites à risque...). Le suicide, faut-il le rappeler, n'est pas toujours de l'ordre de la maladie, et à référer à la médecine. Il peut survenir « en réaction » à certaines difficultés, chez des personnes enclines à « prendre la vie » d'une certaine manière, ou disposant de peu de ressources psychologiques pour faire face, et dont les mécanismes de défense sont vite débordés, ce qui peut représenter leur vulnérabilité. Bien entendu cette deuxième occurrence n'est pas binaire, et on peut considérer qu'existe une continuité entre les situations où la pathologie est clairement en cause et celles où les circonstances, rencontrant la fragilité du sujet, sa subjectivité, son inscription philosophique dans l'existence, les moyens qu'il se reconnaît, le prix qu'il accorde à sa vie et ce qu'il en attend vont aboutir à la détermination fatale.

Dans ce registre, certaines recherches récentes ont mis en cause cette équation induite par la représentation prégnante de l'association entre un trouble psychique, sa potentialité critique, et sa traduction virtuelle dans l'acte suicidaire. Quelques études ont par exemple relevé un risque suicidaire légèrement accru chez les adolescents traités par antidépresseurs [205]. À l'inverse, le risque suicidaire semble diminué chez les personnes âgées traitées par antidépresseurs [206], qui au total, paraissent ne pas se montrer globalement inducteurs d'une réactivation de la problématique suicidaire [207-209]. Par comparaison, l'efficacité préventive des médicaments normothymiques ou antipsychotiques semble plus consistante [210]. Mais ainsi apparaît-il clairement que le postulat du suicide comme ne pouvant survenir en dehors d'un accès dépressif doit être sérieusement remis en question.

De la même façon, dans le champ des troubles psychotiques, la dynamique du geste suicidaire semble obéir à une logique multidimensionnelle. La nature des thérapeutiques médicamenteuses, la qualité et l'intensité de la prise en charge sociale, les modalités d'intervention du système de soins et de l'entourage sont évidemment des pistes à explorer dans le registre de l'épidémiologie évaluative. Quelques données, qui restent à consolider, existent déjà en faveur de l'action préventive de la clozapine [160, 211, 212] préfigurant semble-t-il d'autres résultats en faveur des antipsychotiques de seconde génération (rispéridone, olanzapine) [213, 214] versus les produits de première génération [215]. Sur le versant de la prise en charge psychothérapique ou de réhabilitation psychosociale, il semble avéré que les pratiques psychoéducatives actuelles d'information sur la maladie n'augmentent pas la suicidalité [216].

## Prévention primaire

La prévention primaire s'efforce de déchiffrer l'énigme du suicide dans la population générale. Il s'agit de nommer, pour les transformer, les relations entre les faits sociaux et le suicide. Or, « Jamais on ne disposera de certitude absolue sur les liens réels de causalité entre les variables sociales et macroéconomiques (niveau de richesse, chômage, contexte social et économique...) et le suicide, bref entre le milieu et le suicide. Les corrélations signalent les variations concomitantes, non des chaînes de causalité. » [23] Bien sûr, le suicide est avant tout un phénomène d'exception provoqué par des forces et des pulsions individuelles. Pour autant, à l'aide de ses instruments statistiques, la sociologie a construit une représentation de facteurs favorisant le suicide [23].

Au-delà de la lecture médicale, par définition individuelle, la lecture durkheimienne reste opérante, dans la compréhension qu'elle propose des variations de fréquence, et leurs liens avec ces réalités sociales. Bien entendu, si le chômage, le statut matrimonial, l'habitat, les références culturelles... sont déterminants à l'échelle d'une collectivité, pour induire une fréquence du phénomène, ils le sont mécaniquement beaucoup moins que les facteurs individuels pour une personne considérée. Pour

cette dernière, les facteurs sociaux ne viennent, parfois, constituer que la « goutte d'eau », l'impondérable qui peut représenter le fragile rempart au passage à l'acte, ou au contraire, par son absence, autoriser le geste fatal.

Pour autant, ces éléments ne sont pas sans portée, et pour des pouvoirs publics, en charge d'une population, invitent à tout le moins à la réflexion. Si ces facteurs sociaux expliquent une part de la différence qui existe entre les groupes sociaux, dont les plus spectaculaires seront ceux qui existent entre les nations, comment les traiter dans une perspective de prévention ? Précisons que cette différence, à indicateurs économiques forcément comparables, viendra essentiellement du culturel.

## Éthique de la prévention

Mais, doit-on, peut-on, et comment devrait-on intervenir dans le champ de la prévention primaire du suicide ? Doit-on intervenir ? Et d'abord sur quoi ?

Peut-il s'agir d'une vigilance d'ordre technique, organisationnelle ? Jusqu'où absolue et constante ? Et si elle l'était, les candidats au suicide ne trouveraient-ils pas d'autres moyens pour parvenir à leurs fins ? Au moins peut-on penser qu'un minimum de structuration, de procédures, de « bonnes pratiques », une culture partagée, une importance attribuée collectivement, une priorité dans les arbitrages de moyens puissent maintenir au maximum possible la contribution des professionnels de santé et des décideurs à la lutte contre le fléau.

Dans un autre ordre d'idée, si la culture est le pendant, dans le groupe social, de ce que recouvre la psychopathologie pour une personne, si les représentations sociales, les repères collectifs sur lesquels se fondent les réflexes d'une société, son envie d'aller de l'avant, ou au contraire sa tentation du repli constituent une manière d'inconscient collectif, alors c'est peut-être sur elle qu'il est concevable d'agir. Mais d'emblée, la légitimité d'une intervention qui se donnerait pour mission d'infléchir ces paramètres culturels, c'est-à-dire des *patterns* communs, souterrains, agissant à l'insu des individus, interroge : si une personne peut y consentir, une société demande-t-elle des soins ? Des pouvoirs publics seraient-ils légitimes à entreprendre « pour son bien », une action qui aurait le projet de constituer une thérapeutique collective ? Et tout d'abord lesquels ? Une majorité politique, mais avec quel crédit de long terme ? La présidence de la République, qui s'est beaucoup engagée ces dernières années sur des champs de cette nature, mais son autorité est-elle naturelle en ce domaine ? Le consensus scientifique, mais constitué comment ? Une « haute autorité » de plus ? ... La question n'est pas simple.

On peut imaginer qu'une majorité de citoyens donnerait raison à une politique qui afficherait de s'attaquer au fléau du suicide. Cependant continuerait-ce à être le cas si cet arbitrage devait aboutir à la remise en cause de certains socles identitaires, tel l'idéal universaliste, égalitaire ? Marcel Gauchet [217] en a bien décrit le travail subtilement destructeur : sommé de ne pas céder sur son désir et de se construire son propre chemin, terrorisé par sa propre perte et incertain de son être, le héros moderne (si français ?), à choisir entre l'autre et le même, opte pour le même, c'est-à-dire pour la mort du futur [180]. Peut-on, comme certains auteurs [218], évoquer ici une culture de mort, qui, paradoxe, se nourrirait de la sacralisation de l'homme, de ses droits, de la terreur du manque dont le socius serait assigné à répondre ? Un homme-produit de ses déterminismes, complaisamment exhumés par la science, un homme-objet de la sollicitude publique, donc déshumanisé ?

C'était la crainte de Foucault vis-à-vis d'un État cherchant à asseoir son emprise sur les corps en régularisant « leur totalité et leurs flux, en contrôlant les processus assurant la vie et sa reproduction... » [219] Il dénonçait ainsi un État qui fonde son action sur une certaine conception de la vie comme « bios » et mobilise de multiples acteurs, dont les « philanthropes » dans la gestion de « la vie nue » pour établir son pouvoir biopolitique.

On ne peut attendre tout de l'État. On attend des pouvoirs publics qu'ils créent les conditions de possibilité qui permettent à la vie de se déployer. C'est dans l'organisation concrète de la société qu'une politique de prévention peut s'élaborer, avec la mise en place de relais de vigilance, en milieu scolaire, dans

certaines zones urbaines, ou à disposition de professionnels du champ social ou sanitaire. Des formations au dépistage, à l'intervention peuvent être organisées pour les différents acteurs du champ, ainsi que des initiations à la mise en place des procédures, des filières de recours, etc. Le concept de réseau est sans doute ici fondamental. Si une prévention du suicide est possible elle pourrait passer par une amélioration du maillage des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions et dans l'accomplissement de leurs missions, en s'appuyant sur les travaux issus des « rencontres citoyennes » du type de celles organisées pas SOS Amitié et de diverses associations de personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

Ne serait-ce pas le rôle d'une prévention primaire pertinente du suicide que de promouvoir le sujet dans ses ressources de liberté, et, pourquoi pas, de façon contradictoire, dans son droit à la mort ? [220] Que signifie d'être « contre » le suicide, posture trop peu explicitée, hélas, des programmes de santé publique ? Ne défendre la vie que par cette sorte d'affichage de façade n'est-il pas, d'ailleurs, fondamentalement trompeur ?

Quant à cette part de la lutte qui se tient sur le terrain des idées, des valeurs partagées, de l'esprit d'un peuple, y a-t-il une autre façon que celle de promouvoir ce progrès de l'attention à soi, à sa défaillance, à sa limite, à l'échec de sa toute-puissance, comme paradigme de l'attention à l'autre ? Une sorte « d'humanisme psychanalytique », si les deux concepts ne faisaient pas si mauvais ménage, qui viendrait proposer la sollicitude, le lien, la vigilance diffuse, la solidarité de proximité... ?

L'évaluation est le maître mot des politiques publiques. Autant il est facile d'observer des objets, d'assurer leur traçabilité d'une étape première à une étape finale, de décrire ainsi leur transformation et d'attribuer le changement observé aux effets des actions menées lors du parcours, autant cette démarche est complexe lorsqu'il s'agit de sujets humains et de leur évolution. On ne mesurera pas l'efficacité de la prévention du suicide par une modification des taux. Ce serait accepter que nous disposions d'une représentation claire des différentes modalités du suicide et avons en main les leviers capables d'en empêcher la réalisation. Nous avons suffisamment souligné la singularité des processus pour refuser ce fantasme de toute puissance. Pour autant il est indispensable d'interroger la valeur des actions de prévention entreprises, de rendre compte des évolutions des problématiques et des comportements dues aux efforts des acteurs sociaux et des soignants. La prévention est une éthique de prévenance vis-à-vis de sujets en souffrance. Une éthique qui viserait à redonner à chacun une place dans l'ensemble social, où sa présence serait attendue et sa parole aurait un sens.

## ■ Conclusion

Le suicide est un phénomène multifactoriel. Ceci fait l'objet des pages qui précèdent mais cette évidence, déclinée dans de nombreux ouvrages et articles nous a autorisé l'économie d'une énième revue complète de la littérature. C'est ainsi que nous n'avons pas tant recherché ici l'exhaustivité qu'une attitude didactique. En effet, dans la forêt des publications qui paraissent quasi journalièrement, faut-il se résigner à admettre ce qui est identique d'une publication à une autre, tout mettre sur le même plan, au risque de voir stagner les questions essentielles ? D'où l'effort constant de citer des données provenant d'origines diverses (sociologie, démographie, psychologie, psychiatrie) et de préciser leur mode d'obtention et leurs limites. Car la question cruciale n'est-elle pas celle de l'identification de la crise suicidaire, de la question de la prise en charge et plus que tout de la prévention ?

Décision personnelle entre toutes, le suicide est le fait de sujets (hommes, femmes) pour qui, pour un temps, n'existe plus rien : les proches, la cité, la santé, l'histoire personnelle, la culture, toutes ces sphères qui se croisent, s'enveloppent - plus ou moins harmonieusement, il est vrai - se repoussent ; plus rien brusquement ne fait sens. Le mécanisme s'est enrayé ; le sujet ne voit plus son insertion dans aucun groupe social, dans la cité, perd le goût et le contrôle de sa santé, ne se connaît plus d'histoire personnelle, se sent dépassé par tout et même le

savoir-faire de son groupe ne lui est plus d'aucun secours. C'est alors, que la trajectoire de vie peut pencher dangereusement vers un geste fatal.

Et, ce constat illustre la question de la nature fondamentale de la décision suicidaire : effet d'une pathologie, sans doute parfois, mais bien plus souvent, question essentielle posée au sujet par lui-même, question travaillée en secret, tentation toujours présente, confrontée à celle du sens de l'existence, à la valeur du lien à l'autre, à la force du désir de faire, de vivre, de faire confiance au futur et d'en attendre, dans l'acceptation de ses limites, la justification humble et quotidienne du choix d'exister. Cette position « ontologique » serait-elle conséquence d'un noyau psychopathologique, ou, plus certainement, sa source ? En attesteraient l'absence de diminution du phénomène suicidaire, en dépit des soins aux patients dépressifs, qui se sont formidablement développés depuis 20 ans, et aussi la déconnexion entre libre disposition de moyens létaux radicaux et taux de suicide (comparés par exemple entre la France et les États-Unis, où les armes à feu sont en vente libre). Le suicide, phénomène collectif, se montre résistant aux tentatives mécaniques de le réduire, appelant à être décrypté, interprété, entendu, comme il peut l'être à titre individuel.

Bien entendu, il est sans doute toujours possible d'en empêcher l'occurrence, à un moment, et pour une personne donnée, lorsque les circonstances s'y prêtent. C'est tout le débat de la prévention. La dimension « accidentelle » du geste suicidaire peut ainsi sans doute être momentanément tenue en respect. Mais où agir et de quel droit, alors que l'interrogation profonde du sujet est confrontée à la problématique de sa liberté de s'engager, ou non, dans un changement, sans préjudice de l'héritage personnel, familial, culturel, social dont il pourra choisir de s'affranchir ? Le suicide, ici, transcende les frontières de la pathologie, de la sociologie, pour témoigner de l'humain. Ne pas se dérober à cette interrogation essentielle, philosophique, constituera, si le lecteur le veut bien, notre contribution à sa prévention.

## ■ Références

- [1] Heidegger M. *Être et temps*. Paris: Gallimard; 1986.
- [2] Chesnais JC. *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Paris: Robert Laffont; 1981.
- [3] Perrier-Durand A. *Je me tue à vous le dire : le suicide à la croisée des regards de la psychanalyse et de la criminologie*. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1998.
- [4] Dozon JP, Fassin D. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris: Balland; 2001.
- [5] Jouffroy T. Le suicide est-il une solution? In: Breton A, editor. *Œuvres complètes. Alentour III*. Paris: Gallimard; 1988. p. 895.
- [6] Durkheim E. *Le suicide*. Paris: PUF; 1999.
- [7] Mucchielli L, Renneville M. Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930). *Deviance Soc* 1998;13:36.
- [8] Boudon R, Bourricaud F. *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris: PUF; 2000.
- [9] Halbwachs M. *Les causes du suicide*. Paris: PUF; 2002.
- [10] Schmidtke A, Bille-Brahe U, de Leo D, Kerkhof A. *Suicidal behaviour in Europe*. Göttingen: Hogrefe and Huber; 2004.
- [11] Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. Near fatal deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord* 2004;79:263-8.
- [12] Fédération Française de Psychiatrie. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris: John Libbey Eurotext; 2001 (422p).
- [13] Derrida J. *L'écriture et la différence*. Paris: Le Seuil; 1967.
- [14] Debout M. Préface. In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 2-3.
- [15] Choquet M. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. In: *Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques*. Paris: John Libbey/Eurotext; 2001. p. 119-29.
- [16] Gunnell D, Harbord R, Singleton N, Jenkins R, Lewis G. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. *Br J Psychiatry* 2004;185:385-93.

- [17] De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 2005;**86**:215-24.
- [18] Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis* 2000;**21**:16-25.
- [19] Corcoran P, Gallagher J, Keeley HS, Arensman E, Perry JJ. Adverse childhood experiences and lifetime suicide ideation: a cross sectional study in a non-psychiatric hospital setting. *Ir Med J* 2006;**99**:42-5.
- [20] Baudelot C, Establet R. Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social. *Sociol Stat* 1984;**168**:59-70.
- [21] Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel J, et al. *Épidémiologie : principes et méthodes quantitatives*. Paris: INSERM; 1993.
- [22] Kapur N. Management of self-harm in adults: which way now? *Br J Psychiatry* 2005;**187**:497-9.
- [23] Baudelot C, Establet R. *Suicide : l'envers de notre monde*. Paris: Seuil; 2006.
- [24] Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Smith GD. Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. *BMJ* 1999;**319**:1034-7.
- [25] Mémoire ENSP. *Le chiffre en question : de l'objectif 92 de la loi de Santé Publique visant à réduire de 20% le nombre de suicides en France d'ici*. 2008.
- [26] Expertise collective. *Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris: Inserm Expertise collective; 2005.
- [27] Baechler J. *Les suicides*. Paris: Calmann-Levy; 1971.
- [28] Jouglé E. Mortalité par suicide en France. In: *Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris: INSERM Expertise collective; 2005. p. 121-9.
- [29] *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM) : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: OMS/Masson; 1993.
- [30] Jouglé E, Pequignot F, Le Toullec A, Bovet M, Mellah M. Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide : données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2003;**45**:31-4.
- [31] Rey A. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert; 1998 (p. 3260).
- [32] Weil S. In: *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: PUF; 2005. p. 1620-3.
- [33] Haim A. *Les suicides d'adolescents*. Paris: Payot; 1969.
- [34] Debout M. *Le suicide*. Paris: Ellipses; 1996.
- [35] Williams M. *Compte rendu du 9e symposium européen "suicide et comportement suicidaire"*. Warwick, 14-17 septembre. International Association for Suicide Prevention Newsletter, december; 2002.
- [36] Grant GW, Abbott RL, Young SK. In: *Making sense of railway suicide: the personal and professional aftermath*. 9<sup>th</sup> European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour Warwick 14-17 september; 2002. p. 28.
- [37] van Heeringen K. In: *Psychobiological approach to the vulnerability for suicidal behaviour: implication for treatment and prevention*. 9<sup>th</sup> European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour Warwick, 14-17 september; 2002. p. PL1-PL9.
- [38] Chappert JL, Péquignot F, Pavillon G, Jouglé E. *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention*. Paris: INSERM/DRESS/CépiDc INSERM; 2003 (p. 30).
- [39] FNORS. *Bilans régionaux : prévention des suicides et tentatives de suicide. États des lieux*. Paris: Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS); 1995 (97).
- [40] Wachter S. *État, décentralisation et territoires*. Paris: l'Harmattan; 1987.
- [41] Chauvel L. *Le destin des générations*. Paris: PUF; 2002.
- [42] Berk M, Dodd S, Henry M. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychol Med* 2006;**36**:181-9.
- [43] Chauvel L. L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie? *Rev Fr Sociol* 1997;**38**:681-734.
- [44] Surault P. Variations sur les variations du suicide en France. *Population (Paris)* 1995(4-5):983-1012.
- [45] Ferrada-Noli M. Health and socioeconomic indicators in psychiatric catchment areas with divergent suicide rates. *Psychol Rep* 1997;**81**: 611-9.
- [46] OMS. 2002 dans [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
- [47] Cantor CH. Suicide in the western world. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley and sons; 2000. p. 9-28.
- [48] Lönnqvist J, Bille-Brahe U, Wasserman D, Hjelmeland H, Salander-Renberg E, Michel K, et al. In: *WHO/EURO Multicentre study on parasuicide: facts and figures*. Odense DK: WHO collaborating center for Prevention of suicide; 1999. p. 71-5.
- [49] Bille-Brahe U. *WHO/EURO Multicentre study on parasuicide: facts and figures*. Odense DK: WHO collaborating center for Prevention of suicide; 1999.
- [50] Badeyan G, Parayre C. Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. *DREES/Études et Résultats* 2001;**109**: 1-8.
- [51] Cheng AT, Lee CS. Suicide in Asia and the Far East. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley and Sons. 2000. p. 29-48.
- [52] Desnoë G. Les limites de l'approche par programme en santé publique. In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 140-9.
- [53] MACIF-Prévention. *Les attitudes à l'égard du suicide : rapport d'étude*. 2006.
- [54] Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *DRESS/Études et résultats* 2006;**488**:1-8.
- [55] Haut Comité de la Santé Publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2000.
- [56] Schmidtke A, Bille-Brahe U, de Leo D, Kerkhof A. *Suicidal behaviour in Europe*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
- [57] Stone DH, Chishti P, Poulston C. *Final report of the European review of suicide and violence epidemiology (Eurosav) project*. Agreement reference n°: VS/1999/5300; 2002 (99VF3-316).
- [58] Chishti P, Stone DH, Corcoran P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health* 2003;**13**:108-14.
- [59] Davidson F, Philippe A. *Suicides et tentatives de suicide*. Paris: INSERM/Doin; 1986 (Collection Grandes enquêtes).
- [60] Choquet M, Ledoux S. *Adolescence. Enquête nationale*. Paris: INSERM; 1994.
- [61] Nizard A. Suicide et mal-être social. *Popul Soc (Paris)* 1998;**34**:1-4.
- [62] Gonthier R. Suicide et grand âge. *Bull Soc Thanatol* 1997;**109/110**: 95-114.
- [63] De Leo D, Hickey P, Meneghel G. Dépression et suicide du sujet âgé. In: *Perspectives en psychiatrie de la personne âgée : la dépression*. Paris: SERDI; 2001. p. 89-103.
- [64] Harwood D, Jacoby R. Suicide chez les sujets âgés. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*, 37-500-A-80, 2006 : 8p.
- [65] Leenaars A, Yang B, Lester D. The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and the United States. *J Clin Psychol* 1993;**49**:918-21.
- [66] Lester D. Marital integration, suicide and homicide. *Psychol Rep* 1993; **73**:1354-7.
- [67] Yang B, Lester D, Yang CH. Sociological and economic theories of suicide. *Soc Sci Med* 1992;**34**:333-4.
- [68] Bourget D, Gagné P, Moamai J. Spousal homicide and suicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2000;**28**:179-82.
- [69] Conséquence des violence conjugales sur la santé des femmes et de leurs enfants. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence/consequences.htm>.
- [70] Seedat S, Stein MB, Forde DR. Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma and suicide attempts in a community sample of women. *Violence Vict* 2005;**20**:87-98.
- [71] Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Violence against women and suicide risk: the neglected impact of same-sex sexual behaviour. *Soc Sci Med* 2006;**62**:2002-13.
- [72] Morton E, Runyan CW, Moracco KE, Butts J. Partner homicide-suicide involving female homicide victims: a population-based study in North Carolina, 1988-1992. *Violence Vict* 1998;**13**:91-106.
- [73] Besnard P. Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle. *Rev Fr Sociol* 1997;**38**: 735-58.
- [74] Adam KS. Environmental, psychological and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, editors. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 39-97.
- [75] Linehan M, Goodstein JL, Nielsen S, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol* 1983;**51**:276-86.
- [76] Hawton K, Roberts J, Goodwin G. The risk of child abuse among mothers who attempt suicide. *Br J Psychiatry* 1985;**146**:486-9.

- [77] Pritchard C. Suicide, employment and gender variations in the western world 1964-1986. Are women in anglophone countries protected from suicide? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;**25**:73-80.
- [78] Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide? *Compr Psychiatry* 1998;**39**:165-75.
- [79] Brent DA, Bridge J, Jonhson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996;**53**:1145-52.
- [80] Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M. The genetics of suicidal behaviour. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley and Sons. 2000. p. 209-21.
- [81] La Rosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay, Le Clésiau H. Facteurs associés au risque suicidaire chez les jeunes consultants d'un centre de prévention sanitaire et sociale. *Encephale* 2005;**31**:289-99.
- [82] von Borczyskowski A, Hjerm A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicidal behaviour in national and international adult adoptees. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;**41**:95-102.
- [83] Schulsinger F, Kety S, Rosenthal D, Wender P. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, editors. *Origins, prevention and treatment of affective disorders*. Orlando: Academic Press; 1979. p. 277-87.
- [84] Bozzini L, Tessier R. Support social et santé. In: Dufresne J, Dumont F, Martin Y, editors. *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Québec: Presses de l'université de Québec, IQRC; 1985. p. 905-39.
- [85] Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;**33**:395-405.
- [86] MacMahon B, Pugh TF. Suicide in the widowed. *Am J Epidemiol* 1965;**81**:23-31.
- [87] Bunch J, Barraclough B, Nelson B, Sainsbury P. Suicide following bereavement of parents. *Soc Psychiatry* 1971;**6**:193-9.
- [88] Guillemard AM. La production sociale de la maladie par l'isolement. *Gerontologie* 1973;**10**:11-5.
- [89] Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;**6**:328-34.
- [90] Tousignant M. In: *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris: PUF; 1992. p. 45-51.
- [91] Séguin M, Lesage A, Kiely M. History of early loss among a group of suicide survivors. *Crisis* 1995;**16**:121-5.
- [92] Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 2002;**325**:1-5.
- [93] Kolves K, Värnik A, Schneider B, Fritze J, Allik J. Recent life events and suicide: a case-control study in Tallin and Frankfurt. *Soc Sci Med* 2006;**62**:2887-96.
- [94] Cooper J, Appleby L, Amos T. Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;**37**:271-5.
- [95] Martelli C, Awad H, Hardy P. *Communication au colloque de la société de psychologie médicale et psychiatrie/GEPS 29-30 septembre*. 2005.
- [96] Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *Psychol Med* 1999;**29**:1141-9.
- [97] Gustafsson L, Jacobsson L. On mental disorder and somatic disease in suicide: A psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden. *Nord J Psychiatry* 2000;**54**:383-95.
- [98] Consoli S. *La psychologie médicale face aux situations de détresse psychique et physique. La détresse psychique à l'hôpital et au sein des institutions : comment prévenir le suicide des personnes prises en charge ?*. Colloque de la société de psychologie médicale et psychiatrie/GEPS 29-30 septembre; 2005.
- [99] Simpson G, Tate R. Clinical feature of suicide attempts after traumatic brain injury. *J Nerv Ment Dis* 2005;**193**:680-5.
- [100] Kisely SR, Goldberg DP. The effect of physical ill health on the course of psychiatric disorder in general practice. *Br J Psychiatry* 1997;**170**:536-40.
- [101] Hietanen P, Lönnqvist J, Henriksson M, Jallinoja P. Do cancer suicides differ from others? *Psychooncology* 1994;**3**:189-95.
- [102] De Leo D, Hickney PA, Meneghel G, Cantor CH. Blindness, fear of sight loss and suicide. *Psychosomatics* 1999;**40**:339-44.
- [103] Allaz AF. *Le messager boiteux : approche pratique de la douleur chronique*. Genève: Médecine et Hygiène; 2003.
- [104] Rogers A, Pilgrim D. In: *Mental Health and inequality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2003. p. 161-7.
- [105] Gunnell D, Shepherd M, Evans M. Are recent increases in deliberate self-harm associated with changes in socio-economic conditions? An ecological analysis of patterns of deliberate self-harm in Bristol 1972-3 and 1995-6. *Psychol Med* 2000;**30**:1197-203.
- [106] Lorant V, Kunst A, Huisman M, Costa G, Mackenbach J. the EU Working Group on socio-economic inequalities in Health. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry* 2005;**187**:49-54.
- [107] Lucey S, Corcoran P, Keeley HS, Brophy J, Arensman E, Perry JJ. Socioeconomic change and suicide: a time-series study from the republic of Ireland. *Crisis* 2005;**26**:90-4.
- [108] Touranchet A. Temps, nouvelle organisation du travail et santé. In: *Repenser les temps*. Rennes: Université de Rennes; 2006. p. 45-84.
- [109] Goldberg M, Leclerc A. *Cohorte GAZEL: 20.000 volontaires d'EDF-GDF pour la recherche médicale - Bilan 1989-1993*. Paris: Inserm; 1994.
- [110] Berkman LF, Melchior M, Chastang JF, Niedhammer I, Leclerc A, Goldberg M. Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas de France: the GAZEL cohort. *Am J Epidemiol* 2004;**159**:167-74.
- [111] Koskinen O, Pukkila K, Hakko H, Tiihonen J, Vaisanen E, Sarkioja T, et al. Is occupation relevant in suicide? *J Affect Disord* 2002;**70**:197-203.
- [112] Nishimura M, Terao T, Soeda S, Nakamura J, Iwata N, Sakamoto K. Suicide and occupation: further supportive evidence for their relevance. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004;**28**:83-7.
- [113] Pirkola S, Isometsä E, Heikkinen M, Lönnqvist J. Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. *Alcohol Clin Exp Res* 1997;**21**:1704-6.
- [114] Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *J Epidemiol Community Health* 2004;**58**:321-6.
- [115] Batt A, Campeon A, Kearns N, Corcoran P. *Suicide et développement : un coût humain?*. Rennes: Rapport d'étude; 2002.
- [116] Desplanques G. L'inégalité sociale devant la mort. In: *La société française, Données Sociales*. Paris: INSEE; 1993. p. 251-8.
- [117] Andrian J. Le suicide en pleine force de l'âge : quelques données récentes. *Cah Sociol Demogr Med* 1996;**2**:171-200.
- [118] Surault P. Suicide et milieu social: éléments d'analyse. In: Chavagnat JJ, Franc R, editors. *Suicide et vie professionnelle : les risques du métier. XXVIII<sup>e</sup> Journées du Groupement d'études et de prévention du suicide*. Toulouse: GEPS/Starsup Editions; 1997. p. 57-82.
- [119] Bourgoin N. Suicide et activité professionnelle. *Population (Paris)* 1999;**1**(54):73-102.
- [120] Lorant V, Kunst A, Huisman M, Bopp M, Mackenbach J. the EU Working Group. *Soc Sci Med* 2005;**60**:2431-41.
- [121] Platt S, Kreitman N. Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-1987. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;**25**:56-61.
- [122] Pritchard C. Is there a link between suicide in young men and unemployment? A comparison of the UK with other European community countries. *Br J Psychiatry* 1992;**160**:750-6.
- [123] Johansson SE, Sundquist J. Unemployment is an important risk factor for suicide in contemporary Sweden: an 11-year follow-up study of a cross-sectional sample of 37 789 people. *Public Health* 1997;**111**:41-5.
- [124] Lewis G, Slogett A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998;**317**:12836.
- [125] Jones SC, Foster DP, Hassanyeh F. The role of unemployment in parasuicide. *Psychol Med* 1991;**21**:169-76.
- [126] Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;**160**:765-72.
- [127] Agerbo E. Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *J Epidemiol Community Health* 2005;**59**:598-602.
- [128] Chastang F, Dupont L, Rioux P, Kovess V. Rôle de l'intégration professionnelle dans la récurrence suicidaire. *Ann Psychiatrie* 1998;**13**:241-7.
- [129] Terra JL. *Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées; 2003.
- [130] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;**359**:545-50.
- [131] Bourgoin N. Le suicide dans la police nationale. 1997. [http://www2.unil.ch/penombre/1g/03\\_02.htm](http://www2.unil.ch/penombre/1g/03_02.htm).

- [132] Farberow NL, Kang HK, Bullman TA. Combat experience and postservice psychosocial status as predictors of suicide in Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis* 1990;**178**:32-7.
- [133] Marttunen M, Henriksson M, Pelkonen S, Schroderus M, Loonqvist J. Suicide among military conscripts in Finland: a psychological autopsy study. *Mil Med* 1997;**162**:14-8.
- [134] Lindeman S, Heinanen H, Vaisanen E, Loonqvist J. Suicide among medical doctors: Psychological autopsy data on seven cases. *Arch Suicide Res* 1998;**4**:135-41.
- [135] Hawton K, Simkin S, Rue J, Haw C, Barbour F, Clements A, et al. Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychol Med* 2002;**32**: 239-50.
- [136] Shelly M. In: *Le suicide révèle la souffrance singulière des jeunes homosexuels*. Le Monde; 2005.
- [137] Verdier E, Firdion JM. *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. Paris: H et O éditions; 2003.
- [138] Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S. The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;**22**:281-8.
- [139] Carroll ST, Riffenburgh RH, Roberts TA, Myhre EB. Tattoos and body piercings as indicators of adolescent risk-taking behaviors. *Pediatrics* 2002;**109**:1021-7.
- [140] Levasseur G. Le généraliste dans le dispositif de prise en charge de la crise suicidaire : des recommandations à la pratique. In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 165-75.
- [141] Bonne E. La santé des suicidés : à propos de 308 cas de patients suicidés, recensés dans le Service de Médecine Légale de Saint-Etienne et à l'Institut de Médecine Légale de Lyon, entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 Octobre 2004. [thèse de médecine], Saint Etienne, 8 Septembre 2005. n°2005.20.
- [142] Van Praag HM. Why has the Antidepressants Era not shown a significant drop in suicide rates? *Crisis* 2002;**23**:77-82.
- [143] Vanelle JM. Crise suicidaire et pathologie mentale. In: *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000*. Paris: FFP/John Libbey Eurotext; 2001.
- [144] Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK, Bonnin JM, Gonzales B, Castello. Les facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur huit ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *Encephale* 2000;**26**:1-7.
- [145] Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983;**40**:249-57.
- [146] Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970;**117**:437-8.
- [147] Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996;**153**:1009-14.
- [148] Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders. *Clin Neuropsychiatry* 2005;**2**:48-54.
- [149] Hunt I, Kapur N, Robinson J, Shaw J, Flynn S, Bailey H, et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. *Br J Psychiatry* 2006;**188**:135-42.
- [150] Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorders and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;**16**:155-65.
- [151] Strosahl K, Chiles JA. Linehan Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness and depression. *Compr Psychiatry* 1992;**33**:366-73.
- [152] Omnes C, Vaiva G, Philippe A, Rouillon F, Roelandt JL. Risque suicidaire dans l'enquête SMPG : premiers résultats. *Inf Psychiatr* 2005;**81**: 308-12.
- [153] Casadebaig F. Morbidité et mortalité chez les patients schizophrènes. In: Vidon G, editor. *Schizophrénies en France*. Paris: Frison Roche; 2000. p. 265-80.
- [154] Barner-Rasmussen P. Suicide in Psychiatric patients in Denmark. 1971-1981. *Acta Psychiatr Scand* 1986;**73**:449-55.
- [155] Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990;**16**:571-89.
- [156] Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso P, Petersen L, Thorup A, et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002;**43**: 98-106 [suppl].
- [157] Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001;**15**: 127-35.
- [158] Potkin SG, Alphas L, Hsu C, Krishnan KR, Anand R, Young FK, et al. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Biol Psychiatry* 2003;**54**:444-52.
- [159] Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005;**187**: 9-20.
- [160] Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME, Scholte WF, de Haan L, Goldstein MJ. Early detection and intervention in schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;**13**(suppl3):S31-S34.
- [161] McCloud A, Barnaby B, Omu N, Drummond C, Aboud A. Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study. *Br J Psychiatry* 2004;**184**: 439-45.
- [162] Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006;**113**:13-22.
- [163] Liraud F, Verdoux H. Caractéristiques cliniques et pronostiques associées à une comorbidité addictive chez des patients hospitalisés. *Encephale* 2000;**26**:16-23.
- [164] Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C, Corkery JM. Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry* 1999;**175**:277-82.
- [165] Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;**256**:17-27.
- [166] Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;**163**:20-6.
- [167] Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 2005;**162**:2116-24.
- [168] Organisation Mondiale de la Santé. *La prévention du suicide – Indications pour professions de santé primaire*. Genève: OMS; 2002.
- [169] Llorca PM, Pere JJ. Leponex, 10 ans après - Une revue clinique. *Encephale* 2004;**30**:474-91.
- [170] De Leo D. Bilan des politiques de prévention : pourquoi si peu d'avancées? In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 237-58.
- [171] Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidnitz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide Life Threat Behav* 2001;**31**:367-85.
- [172] Edwards MJ, Holden RR. Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *J Clin Psychol* 2001;**57**: 1517-34.
- [173] Batt A, Eudier F, Breurec JY, Baert A, Le Vaou P, Badiche A, et al. Repetition of parasuicide: risk factors in general hospital referred patients. *J Ment Health* 1998;**7**:285-97.
- [174] Cedereke M, Ojehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *Eur Psychiatry* 2005;**20**:101-9.
- [175] Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depress Anxiety* 2001;**14**:164-76.
- [176] Samuelsson M, Jokinen J, Nordstrom AL, Nordstrom P. CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 2006;**113**:44-7.
- [177] Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry* 2001;**158**:748-53.
- [178] Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996;**53**:1145-52.
- [179] Roy A. Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1983;**40**:971-4.
- [180] Roy A, Segal NL. Suicidal behavior in twins. *J Affect Disord* 2001;**66**: 71-4.
- [181] Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Koldo D, et al. Familial pathways to only-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 2002;**59**:801-7.
- [182] Bellivier F, Chaste P, Malafosse A. Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behaviour: a meta-analysis. *Am J Med Genet* 2004;**124B**:87-91.
- [183] Shneidman ES. Overview: A multidimensional approach to suicide. In: Jacobs D, Brown HN, editors. *Suicide; Understanding and responding*. Madison: International Universities Press; 1989.
- [184] Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green study. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:111-2.
- [185] Seguin M. Les stratégies de prévention du suicide au Québec. In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 193-206.

- [186] Silverman MM, Felner RD. Suicide prevention programs: Issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness. *Suicide Life Threat Behav* 1995;**25**:92-104.
- [187] Upanne M. A model-based analysis of professional practices in suicide prevention. *Scand J Public Health* 2001;**29**:1-5.
- [188] Leguay D. Quelles campagnes de prévention contre le suicide? In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 93-105.
- [189] Debout M. *Le suicide. Rapport au Conseil Économique et Social*. Paris: J.O. du 30 juillet; 1993.
- [190] Cettour D. Du bon usage de la tentation. In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 29-45.
- [191] Campéon A. Du Faire mourir au laisser vivre : le suicide en question. In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 47-64.
- [192] Legendre P. *La fabrique de l'homme occidental*. Paris: Arte-Mille et une nuits; 1996 (11p).
- [193] Eudier F, Gault S, Batt-Moillo A, Drapier D, Millet B. Diminution des récidives suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgences- étude de 2 cohortes. *Presse Med* 2006;**35**:759-63.
- [194] Vedrinne J, Weber D. Les étapes de la crise suicidaire. In: *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Conférence de Consensus - 19 et 20 octobre 2000*. Paris: John Libbey/Eurotext; 2001. p. 9-19.
- [195] Recommandations du Jury, sous la présidence de Guy Darcourt. In: *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Conférence de Consensus - 19 et 20 octobre 2000*. Paris: John Libbey/Eurotext; 2001. p. 14-46.
- [196] Terra JL. Fabriquer de la prévention pour lutter contre un destin tragique : stratégie nationale et premières applications. In: Batt-Moillo A, Jourdain A, editors. *Le suicide et sa prévention – Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: édition ENSP; 2005. p. 81-92.
- [197] Lavoie M, Cardinal L, Chapdelaine A, St Laurent D. L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec. *Maladies chroniques au Canada* 2001;**22**:26-32.
- [198] <http://www.psy-desir.com/leg/IMG/pdf/suicide.pdf>.
- [199] *Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris: éditions INSERM; 2005 (199p).
- [200] Bourgeois ML. Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. *Encephale* 1996;**22**(suppl4):46-51.
- [201] Burgess P, Pirkis J, Morton J, Croke E. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatr Serv* 2000;**51**:1555-60.
- [202] Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord* 2001;**62**:123-9.
- [203] Batt A. Dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2003;**45**:26-7.
- [204] Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecins générale? In: *Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris: John Libbey Eurotext; 2001. p. 185-96.
- [205] Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006;**63**:246-8.
- [206] Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology* 2006;**31**:178-81.
- [207] Bauer MS, Wisniewski SR, Marangell LB, Chessick CA, Allen MH, Dennehy EB, et al. Are antidepressants associated with new-onset suicidality in bipolar disorder? A prospective study of participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Clin Psychiatry* 2006;**67**:48-55.
- [208] Hammad TA, Laughren TP, Racoosin JA. Suicide rates in short-term randomized controlled trials of newer antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2006;**26**:203-7.
- [209] Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry* 2006;**163**:41-7.
- [210] Tondo L, Isacson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003;**17**:491-511.
- [211] Modestin J, Dal Pian D, Agarwalla P. Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records. *J Clin Psychiatry* 2005;**66**:534-8.
- [212] Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2005;**73**:139-45.
- [213] Barak Y, Mirecki I, Knobler HY, Natan Z, Aizenberg D. Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacology (Berl)* 2004;**175**:215-9.
- [214] Keck Jr. PE, Strakowski SM, McElroy SL. The efficacy of atypical antipsychotics in the treatment of depressive symptoms, hostility, and suicidality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2000;**61**(suppl3):4-9.
- [215] Montout C, Casadebaig F, Lagnaoui R, Verdoux H, Philippe A, Begaud B, et al. Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2002;**57**:147-56.
- [216] Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador, Pini S, Cassano GB, et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 2004;**161**:1494-6.
- [217] Gauchet M. *Le désenchantement du monde*. Paris: Gallimard; 1985.
- [218] Anatrella T. *Non à la société dépressive*. Paris: Flammarion; 1997.
- [219] Foucault M. Faire vivre et laisser mourir, la naissance du racisme. *Temps Mod* 1991(535):37.
- [220] Guihaumé A, Guihaumé R. La reconnaissance du droit à la mort n'est-elle pas paradoxalement une prévention efficace du suicide? *Psychol Med* 1983;**15**:63-5.

A. Batt (Agnes.Batt@univ-rennes1.fr).

INSERM, Faculté de Médecine, département de Santé Publique, 2, avenue du Professeur-Léon-Bernard, 35043 Rennes cedex, France.

A. Campeon, Sociologue.

École nationale de Santé Publique (ENSP), avenue du Professeur-Léon-Bernard, 35043 Rennes cedex, France.

D. Leguay, Psychiatre des Hôpitaux.

CE.SA.ME. BP 89, 491 37 Les Ponts de Cé cedex, France.

P. Lecorps, Ancien enseignant chercheur.

École nationale de Santé Publique (ENSP), avenue du Professeur-Léon-Bernard, 35043 Rennes cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Batt A., Campeon A., Leguay D., Lecorps P. Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-500-A-20, 2007.

Disponibles sur [www.emc-consulte.com](http://www.emc-consulte.com)



Arbres  
décisionnels



Iconographies  
supplémentaires



Vidéos /  
Animations



Documents  
légaux



Information  
au patient



Informations  
supplémentaires



Auto-  
évaluations