

« L'Observatoire national du suicide étayera une vraie politique de prévention »



Entretien avec le professeur Michel Debout, président de l'association Bien-être et Société.

La Santé en action :
Professeur Debout, comment la question du suicide et de sa prévention a-t-elle évolué depuis 1993 ?

Pr Michel Debout : Le rapport au Conseil économique et social de 1993 se concluait sur une série de préconisations, dont la création d'un Observatoire. Il signalait effectivement une réelle prise de conscience que le suicide constitue un vrai problème de santé publique. Mais il ne fut malheureusement pas suivi, ni suffisamment ni rapidement, par des actes.

Le premier Plan national du suicide, en 2000, sept ans plus tard, mené sous l'impulsion de la secrétaire d'État Dominique Gillot, a développé la formation au repérage de la crise suicidaire. Ce dispositif a permis d'améliorer la connaissance des mécanismes psychologiques du passage à l'acte suicidaire, et du repérage des personnes confrontées à la tentation du suicide. Mais il était insuffisant pour constituer une politique de prévention vraiment à la hauteur des enjeux.

La priorité, toutefois, ayant été accordée aux adolescents et aux jeunes, de nombreuses initiatives ont été

prises (création des Points écoute jeunes, de Maisons des adolescents, etc.), et des résultats positifs ont été enregistrés, avec la baisse de 900 à 500 du nombre de décès de mineurs par suicide.

S. A. : *Vous avez publié plusieurs ouvrages, dont le dernier, « Le Suicide. Un tabou français » [1], plaide pour une amélioration des données quantitatives et qualitatives sur le suicide, grâce à la création d'un Observatoire national. Pourquoi ?*

Pr M. D. : On ne peut bien prévenir que ce que l'on observe avec précision.

Il m'est apparu évident que pour disposer de données fiables, il fallait nous doter d'un outil d'observation scientifique à la fois pertinent et permanent : or, autant en termes de mortalité que de morbidité, nous manquons de chiffres disponibles et les statistiques ont longtemps été publiées avec un délai de trois ans. Par ailleurs, depuis septembre 2008, notre pays, comme de nombreux autres, est entré dans une crise économique et sociale d'une ampleur exceptionnelle, dont nous ne voyons toujours pas l'issue. En février 2009, lors de l'ouverture des Journées nationales de prévention du suicide, je me suis élevé contre l'absence de réflexion collective sur les conséquences humaines de cette crise. Et j'ai regretté que le retard des données épidémiologiques empêche d'obtenir, dans un délai raisonnable, une appréciation de l'évolution du nombre des suicides, indicateur précieux de l'effet de la crise sur la santé psychologique de la population. À ce titre, le manifeste que nous avons lancé dans *l'Express* et *Libération*, en avril 2011, avec Jean-Claude Delgène, pour la création de cet Observatoire, a été signé par des milliers de professionnels spécialisés et de citoyens.

S. A. : Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a installé, en septembre 2013, l'Observatoire national du suicide. Qui contribuera à son fonctionnement et avec quels moyens ?

Pr. M.D. : Durant des années, les gouvernants successifs sont restés peu favorables à l'idée de créer un Observatoire pour mieux connaître la réalité du phénomène suicidaire en France. J'ai d'ailleurs pu observer la même prudence dans les milieux professionnels spécialisés : nombre d'entre eux sont longtemps restés fermés à cette idée. L'Observatoire – et je m'en félicite – a été installé par la ministre, madame Marisol Touraine, qui en est la présidente, à la suite d'un décret interministériel en date du 9 septembre 2013 (sept ministères sont concernés), qui en précise la composition et les missions (voir encadré page 46, *ndlr*). Ses travaux s'inscrivent sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ministère des Affaires

L'ESSENTIEL

■ **☒ L'année 2013 aura été une date anniversaire pour le professeur Michel Debout qui avait remis, en 1993, un rapport sur le suicide au Conseil économique et social.**

■ **☒ Ce document fit date, car il était le premier rapport officiel de la République sur ce sujet.**

■ **☒ Vingt ans après, *La Santé en action* fait le point sur la prévention du suicide en France avec l'un de ses pionniers les plus actifs.**

sociales), en lien avec l'Institut national de veille sanitaire (InVS). Il est composé de représentants des ministères concernés et de personnalités qualifiées, réparties au sein de groupes dédiés (épidémiologie, pratiques préventives, évaluation, etc.), qui se réunissent en plénière deux fois l'an. Leur rôle sera de faire le lien entre les attentes du terrain et les travaux ainsi que les préconisations de l'Observatoire.

S. A. : Alors que de nombreux organismes de santé publique traversent une crise de financement, une nouvelle structure dédiée au suicide était-elle nécessaire ?

Pr. M.D. : L'Observatoire du suicide n'a pas de budget propre, et sa création n'entraîne pas de dépenses sociales significatives. Au contraire, ses recherches ne pourront à terme qu'améliorer l'efficacité des programmes de prévention du suicide, facteur évident d'économies pour les budgets médico-sociaux.

S. A. : En matière de prévention du suicide, quelles sont selon vous les priorités aujourd'hui ?

Pr. M.D. : À mes yeux, il appartient à la société elle-même, aux acteurs, aux professionnels, de définir ces priorités d'action. C'est la raison pour laquelle j'ai lancé, à Lille, en octobre dernier, avec l'association Bien-être et Société, les premiers Ateliers de la prévention. Les réflexions alors menées par de nombreux acteurs partenaires ont abordé la question du suicide sous différents aspects (les jeunes et le suicide, le suicide et le chômage, travail et suicide, personnes âgées et suicide,

etc.), et ont formulé une série de préconisations transmises à l'Observatoire. Charge à lui de les intégrer dans le futur programme de prévention.

S. A. : Quelques mots sur ces préconisations ?

Pr. M.D. : Nous proposons que soient prioritairement menées des recherches scientifiques sur les conséquences sanitaires de la crise (impact sur la santé des chômeurs, des personnes licenciées, des précaires en termes de dépression/suicide, etc.) Et d'autre part, qu'une réflexion active soit développée sur le soutien aux familles de suicidés, et sur le lien qui doit être maintenu entre les personnels de santé des urgences et les suicidants ayant été hospitalisés après une tentative. Pour l'Observatoire, nous préconisons la création de deux sous-commissions, l'une consacrée à l'éthique (la fin de vie, le suicide médicalement assisté, etc.), l'autre au thème « suicide et travail », ouvertes à quelques experts et personnalités qualifiées. Ces deux sous-commissions n'existent pas pour l'instant.

S. A. : Il reste beaucoup à faire mais vous avez contribué en vingt ans, à inscrire le suicide comme vrai enjeu de santé publique, à créer les Journées nationales de prévention tous les 5 février, qui mobilisent acteurs associatifs et professionnels de santé, à obtenir la création de l'Observatoire : y-a-t-il d'autres combats à mener sur la question du suicide ?

Pr. M. D. : J'en vois au moins deux. Le premier, auquel j'ai déjà fait référence, est celui des effets de la crise économique et sociale sur la santé de la population. Les médias nous martèlent quotidiennement que cette crise est sans précédent, et les chiffres du chômage en attestent. Durant des années, après mon rapport pour le Conseil économique et social en 1993, j'ai été surpris et déçu que l'idée d'un Observatoire destiné à mieux connaître le suicide ne fasse pas l'unanimité : aujourd'hui, par exemple, nous mesurons mal les contrecoups humains de la crise de 2008.

La santé des personnes précaires, des chômeurs, etc., devrait aussi mobiliser davantage : il est surprenant, qu'aujourd'hui encore, les travaux de

recherche sur le lien entre chômage et dépression, ou perte d'emploi et suicide soient si peu nombreux.

Le second combat concerne ma spécialité, la médecine légale, et l'occasion manquée, lors de sa réforme de 2011, d'en reconnaître sa dimension de santé publique. Désormais, au sein des hôpitaux, le réseau des Instituts de médecine légale (IML), accueille quotidiennement le corps des personnes suicidées, mais aussi leurs proches endeuillés. Les médecins légistes et leurs équipes sont alors parmi les premiers interlocuteurs des personnes meurtries par un suicide. La qualité de leur accueil et de l'information qu'ils délivrent à la famille jouent un rôle déterminant. Ce réseau des IML pourrait constituer à lui seul un véritable « outil » de santé publique, une source d'information irremplaçable sur tous les aspects du phénomène suicidaire.

Pour autant, je reste confiant dans les travaux de l'Observatoire du suicide, points d'appui validés aux plans humain et scientifique, d'une future politique de prévention à la hauteur de l'enjeu. ■

**Propos recueillis par
Gérard Clavairoly,**
journaliste
et Alain Douiller,
directeur du Codes 84.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Debout M., Clavairoly G. *Le suicide. Un tabou français*. Paris : éditions Pascal, 2013 : 192 p.

PRÉVENTION DES SUICIDES : UNE POLITIQUE PUBLIQUE MISE EN PLACE À PARTIR DES ANNÉES 1990

Suite à la reconnaissance du suicide comme problème de santé publique dans le courant des années 1990, une politique publique spécifique de prévention a été mise en place. Après un plan prospectif initié en 1998, le ministère de la Santé a lancé, en 2000, une première « Stratégie nationale d'actions face au suicide », qui a permis de « *mettre en place les premiers jalons de la prévention : formation et mise en réseau des professionnels, limitation de l'accès à certains moyens létaux, développement de la prise en charge médicale et du suivi des personnes, notamment en pédopsychiatrie.* »

La stratégie s'est articulée autour de quatre axes prioritaires d'intervention : favoriser le dépistage de la crise suicidaire, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge des suicidants et approfondir la connaissance épidémiologique. La prolongation des actions de la Stratégie 2000-2005 a été inscrite dans l'axe 4.1 « Dépression et suicide » du Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Un comité de pilotage, présidé par David Le Breton, sociologue à l'université Marc Bloch de Strasbourg, a ensuite été installé pour travailler à une approche globale de la question du suicide : de la prévention à la prise en charge des suicidants et à la postvention. C'est sur la base du rapport de ce comité de pilotage que le « Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 » a été élaboré. Ce Programme, qui fait une large place à la prévention, « *aborde la question du suicide dans sa globalité. Il définit les actions à mener dans le champ de la prévention et de l'amélioration de la prise en charge des suicidants et, le cas échéant, l'accompagnement de leur entourage (« postvention »).* ». Il comporte quarante-neuf mesures regroupées en six axes : le développement de la pré-

vention et de la postvention, l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage, l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide, la formation des professionnels, le développement des études et de la recherche, l'animation du programme au niveau local.

Mise en place de l'Observatoire

Trois ans plus tard, le décret (809) du 9 septembre 2013 crée un Observatoire national du suicide, auprès du ministre chargé de la Santé. Il définit ses missions et sa composition. L'Observatoire national du suicide est « indépendant et pluridisciplinaire ». Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide, de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est composé de parlementaires, des directeurs des principales administrations centrales et opérateurs concernés, d'experts, de chercheurs, de professionnels de santé et de représentants des associations. L'Observatoire élaborera, chaque année, un rapport qu'il rendra public.

Les missions de l'Observatoire sont les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ;
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ;
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Yves Géry