



Université de Strasbourg

FACULTÉ DE PHARMACIE

N° d'ordre: _____

MÉMOIRE DE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

—

**LES POLITIQUES DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE
CHEZ LES JEUNES**

Présenté par Mme Athénaïs Ercker

Soutenu le 22 Novembre 2024 devant le jury constitué de

Pr Bruno MICHEL, Président du jury & Directeur de thèse

Dr Eléonore REAL, membre du jury

Dr Raoul SANTUCCI, membre du jury

Dr Grégory HAUSWALD, membre du jury

Approuvé par le Doyen et
par le Président de l'Université de Strasbourg

SERMENT DE GALIEN

JE JURE,

en présence des Maîtres de la Faculté,
des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens
et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit
dans les préceptes de mon art et de
leur témoigner ma reconnaissance en
restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique,
ma profession avec conscience et de respecter non
seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles
de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne dévoiler à personne les secrets
qui m'auront été confiés et dont j'aurai eu
connaissance dans la pratique de mon art.

Si j'observe scrupuleusement ce serment,
que je sois moi-même honoré
et estimé de mes confrères
et de mes patients.



| | |
|-----------------------------------|---|
| Doyen | Esther KELLENBERGER |
| Directeurs adjoints | Julien GODET Béatrice HEURTAULT Emilie SICK |
| Directeur adjoint étudiant | Léo FERREIRA-MOURIAUX |
| Responsable administrative | Rachel MOUEZY |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs :

| | | |
|-----------|---------------|--------------------------|
| Philippe | BOUCHER | Physiologie |
| Nathalie | BOULANGER | Parasitologie |
| Line | BOUREL | Chimie thérapeutique |
| Pascal | DIDIER | Biophotonique |
| Saïd | ENNAHAR | Chimie analytique |
| Valérie | GEOFFROY | Microbiologie |
| Philippe | GEORGEL | Bactériologie, Virologie |
| Béatrice | HEURTAULT | Pharmacie galénique |
| Esther | KELLENBERGER | Bio-Informatique |
| Maxime | LEHMANN | Biologie cellulaire |
| Eric | MARCHIONI | Chimie analytique |
| Rachel | MATZ-WESTPHAL | Pharmacologie |
| Francis | MEGERLIN | Droit et économie pharm. |
| Yves | MELY | Physique et Biophysique |
| Nathalie | NIEDERHOFFER | Pharmacologie |
| Jean-Yves | PABST | Droit Economie pharm. |
| Françoise | PONS | Toxicologie |
| Valérie | SCHINI-KERTH | Pharmacologie |
| Florence | TOTI | Pharmacologie |
| Thierry | VANDAMME | Biogalénique |
| Catherine | VONTHRON | Pharmacognosie |
| Pascal | WEHRLÉ | Pharmacie galénique |

Professeurs-praticiens hospitaliers

| | | |
|-----------|----------------|---------------------------------------|
| Julien | GODET | Biostatistiques - science des données |
| Jean-Marc | LESSINGER | Biochimie |
| Bruno | MICHEL | Pharm. clinique santé publique |
| Pauline | SOULAS-SPRAUEL | Immunologie |
| Geneviève | UBEAUD-SÉQUIER | Pharmacocinétique |

Enseignants contractuels

| | | |
|-----------|----------|---------------------------|
| Alexandra | CHAMPERT | Pharmacie d'officine |
| Matthieu | FOHRER | Pharmacie d'officine |
| Philippe | GALAIS | Droit et économie pharm. |
| Philippe | NANDE | Ingénierie pharmaceutique |
| Caroline | WEHRLÉ | Pharmacie d'officine |

Maîtres de Conférences :

| | | |
|----------------|-----------------|-------------------------------|
| Nicolas | ANTON | Pharmacie biogalénique |
| Fareeha | BATOOOL | Biochimie |
| Martine | BERGAENTZLÉ | Chimie analytique |
| Elisa | BOMBARDA | Biophysique |
| Aurélié | BOURDERIOUX | Pharmacochimie |
| Emmanuel | BOUTANT | Virologie et Microbiologie |
| Véronique | BRUBAN | Physiologie et physiopath. |
| Anne | CASSET | Toxicologie |
| Thierry | CHATAIGNEAU | Pharmacologie |
| Manuela | CHIPER | Pharmacie biogalénique |
| Guillaume | CONZATTI | Pharmacie galénique |
| Félicie | COTTARD | Biotechnologie pharmaceutique |
| Marcella | DE GIORGI | Pharmacochimie |
| Serge | DUMONT | Biologie cellulaire |
| Gisèle | HAAN-ARCHIPOFF | Plantes médicinales |
| Célien | JACQUEMARD | Chémoinformatique |
| Julie | KARPENKO | Pharmacochimie |
| Sergio | ORTIZ AGUIRRE | Pharmacognosie |
| Sylvie | PERROTEY | Parasitologie |
| Romain | PERTSCHI | Chimie en flux |
| Frédéric | PRZYBILLA | Biostatistiques |
| Patrice | RASSAM | Microbiologie |
| Eléonore | REAL | Biochimie |
| Andreas | REISCH | Biophysique |
| Ludivine | RIFFAULT-VALOIS | Analyse du médicament |
| Carole | RONZANI | Toxicologie |
| Emilie | SICK | Pharmacologie |
| Yaouba | SOUAIBOU | Pharmacognosie |
| Maria-Vittoria | SPANEDDA | Chimie thérapeutique |
| Jérôme | TERRAND | Physiopathologie |
| Nassera | TOUNSI | Chimie physique |
| Aurélié | URBAIN | Pharmacognosie |
| Bruno | VAN OVERLOOP | Physiologie |
| Maria | ZENIOU | Chimiogénomique |

Maîtres de conférences - praticiens hospitaliers

| | | |
|---------|-----------------|----------------------------------|
| Julie | BRUNET | Parasitologie |
| Pierre | COLIAT | Production de méd. anticancéreux |
| Nelly | ÉTIENNE-SELLOUM | Pharmacologie- pharm. clinique |
| Vincent | GIES | Immunologie |
| Damien | REITA | Biochimie |

Assistants hospitaliers universitaires

| | | |
|------------|----------|----------------------------------|
| Abdelmalek | BENDJAMA | Production de méd. anticancéreux |
| Maxime | PETIT | Pharmacotechnie |

Remerciements

À Monsieur le Professeur et Docteur Bruno Michel, Directeur de cette thèse mais aussi Président du jury, D'avoir été là au long de mon parcours universitaire, qui se conclut par votre acceptation de diriger ce travail et votre aptitude à toujours trouver du temps pour m'accompagner. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère et profonde reconnaissance pour tout ce que vous avez rendu possible. Enseignant chercheur émérite, praticien hospitalier brillant, digne représentant de la discipline qu'est la santé publique, je vous admire dans toutes vos dimensions et fonctions, jusqu'à la personne que vous êtes. Quel modèle vous faites pour les étudiants qui croisent votre chemin.

Aux membres du jury,

Pour l'honneur que vous me faites de siéger parmi les membres du jury et de m'entourer ainsi pour la dernière étape d'un long cursus scolaire.

À Madame Eléonore Real, personne marquante de mes études pharmaceutiques par votre naturel et votre bienveillance, d'avoir accepté de vous tenir à mes côtés pour leur clôture.

À Monsieur Raoul Santucci, d'endosser aujourd'hui le rôle de membre du jury et bientôt celui d'employeur, notre collaboration n'en est qu'à ses débuts et j'en suis ravie !

À Monsieur Grégory Hauswald, je suis flattée que vous ayez accepté d'apporter votre expertise de la pédopsychiatrie et votre regard clinique sur mon modeste travail.

Pour les autres remerciements, vous aurez, de façon assez prévisible, tous droit à votre citation :

À Frédéric, « C'est de la force des convictions que dépend la réussite, pas du nombre de partisans ». À la mission que tu diriges avec brio, au succès que tu rencontres et qu'on ne reconnaît pas à sa juste hauteur et à la personne que tu es.

À Nolwenn, puisses-tu trouver « un peu de soleil dans l'eau froide » comme le dit si bien Françoise Sagan, et « rester debout dans un monde qui s'affaisse ».

À Julie, d'être ma plus fidèle amie depuis un nombre d'années que je ne compte même plus.

À Océane, de me montrer que certains coups de cœur n'obéissent pas aux lois du temps

À Marion, il paraît que « l'un des plus grands défis de l'existence est d'accepter les gens tels qu'ils sont réellement ». À cette amitié qui au milieu de toutes les tempêtes de l'existence n'aura jamais connu les doutes, rien que les certitudes.

À Pierre-Thomas, d'être quelqu'un de meilleur que ce que tu crois être, à chaque moment avec toi j'espère que les heures ne défilent pas trop vite.

À Tanguy, j'ai une reconnaissance infinie pour l'aide incommensurable que tu m'as apportée pour cet écrit comme dans ma vie, et qui me fait penser à la question posée à Jean Cocteau : « - Si votre appartement brûlait, qu'emporteriez-vous ? - Je prendrai le feu » avait répondu le poète »,

À Anna, la personne la plus forte que je connaisse, tu apprécieras Zaho de Sagazan qui dit qu'« être sensible c'est être vivante et on n'est jamais trop vivante »,

Christian Bobin disait « Il n'y a pas de plus grande joie que de connaître quelqu'un qui voit le même monde que nous. C'est comme apprendre que l'on n'était pas fou. »

À ce lien unique qui nous unit, à tout ce que vous méritez, à tout ce que je vous dois, et à cet amour infini que j'ai pour vous.

À mes grands-parents, puisses-tu Mamie Erna me regarder de là-haut et être fière de moi,

À ma famille, Charlie, Tim, papa et maman,

Qui se sont tenus à mes côtés envers et contre tout & tous, et qui m'ont permis d'en arriver jusqu'ici. Tout ce que vous jugez être des réussites dans ma vie, elles se sont produites grâce à vous.

Toujours des phares même dans la nuit noire, « on trouvera la lumière au milieu des ombres ».

Mon peintre préféré, Vincent Van Gogh, décédé par suicide en 1890, déclarait « la tristesse durera toujours ».



La Nuit étoilée, dite aussi Nuit étoilée (cyprés et village), Vincent van Gogh, Saint-Rémy-en-Provence, juin 1889, huile sur toile, 74 × 92 cm, exposée au MoMa (Museum of Modern Art) à New York (États-Unis)

Mais j'ai envie de croire que...

« La nuit n'est jamais complète.
Il y a toujours puisque je le dis,
Puisque je l'affirme,
Au bout du chagrin,
une fenêtre ouverte,
une fenêtre éclairée.
Il y a toujours un rêve qui veille,
désir à combler,
faim à satisfaire,
un cœur généreux,
une main tendue,
une main ouverte,
des yeux attentifs,
une vie : la vie à se partager. »

Paul Éluard, extrait du recueil Derniers poèmes d'amour, 1947

Table des matières

| | |
|---|----------|
| LES POLITIQUES DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES JEUNES | 1 |
| Remerciements | 2 |
| Table des matières | 4 |
| Liste des figures et tableaux | 9 |
| I. Introduction..... | 12 |
| II. Le suicide, de quoi parle-t-on ?..... | 12 |
| A. Suicide et risque suicidaire | 12 |
| 1. Définition et étymologie..... | 12 |
| 2. Historique : aspects culturels, religieux, légaux..... | 13 |
| a) Antiquité..... | 14 |
| b) Moyen-Âge..... | 14 |
| c) De la Renaissance à la Réforme | 15 |
| d) Révolution et Empire..... | 15 |
| 3. La représentation du suicide : entre tabou, idées reçues, stigmatisation et interdit | 16 |
| 4. Terminologie..... | 18 |
| 5. Modélisation du processus suicidaire..... | 20 |
| 6. Epidémiologie | 21 |
| a) Échelle mondiale | 22 |
| b) Echelle européenne..... | 26 |
| c) Échelle française..... | 28 |
| d) Echelle régionale | 31 |
| 7. Moyen employé..... | 34 |
| 8. Conséquences socio-économiques | 35 |
| B. Les jeunes | 35 |
| 1. Périmètre | 35 |
| 2. Vulnérabilité au risque suicidaire | 38 |
| 3. Déterminants en santé mentale..... | 40 |
| 4. Facteurs de risque du suicide | 41 |
| a) Individuels – identitaires..... | 41 |
| b) Socio-économiques | 44 |
| c) Contexte politique et sociétal..... | 46 |
| 5. Facteurs de protection du suicide | 46 |
| a) Individuels..... | 46 |
| b) Socio-économiques | 47 |
| c) Contexte politique et sociétal..... | 47 |
| III. Les politiques de prévention du suicide..... | 47 |
| A. Définitions | 48 |
| B. Processus de constitution du suicide en tant que priorité de santé publique..... | 51 |
| C. Historique des législations..... | 54 |
| 1. Échelle mondiale | 54 |

| | |
|--|------------|
| 2. Echelle européenne | 56 |
| 3. Echelle nationale | 58 |
| D. Cadre national actuel des politiques publiques de réduction du suicide | 65 |
| 1. Dispositifs de prévention..... | 72 |
| 2. Sensibilisation et éducation..... | 73 |
| 3. Détection : Evaluation du risque | 74 |
| 4. Prise en charge et intervention | 78 |
| 5. Lutte contre la récidive..... | 82 |
| E. Cartographie des acteurs | 85 |
| IV. Perspectives d'amélioration..... | 87 |
| A. Politiques publiques..... | 87 |
| B. Politiques de santé | 90 |
| 1. Population générale | 90 |
| 2. Jeunes | 95 |
| C. Et le rôle du pharmacien dans tout ça ? | 97 |
| 1. Rôle de la faculté de pharmacie | 97 |
| 2. Le pharmacien, expert du médicament..... | 99 |
| 3. Le pharmacien comme porte d'entrée..... | 100 |
| V. Ouverture : utiliser la culture contre le suicide | 102 |
| A. Réseaux sociaux : pour le meilleur ou pour le pire ? | 102 |
| B. Impact des médias et de la communication sur le suicide | 107 |
| 1. De l'effet Werther... .. | 107 |
| 2. À l'effet Papageno..... | 109 |
| 3. Bonnes pratiques pour une couverture médiatique responsable du suicide | 111 |
| C. La culture comme « nouveau » moyen de déstigmatisation et de prévention du suicide | 113 |
| 1. La culture : pour quoi faire ?..... | 113 |
| 2. Exploiter la culture sous toutes ses formes | 116 |
| a) Musique..... | 116 |
| b) Audiovisuel | 119 |
| c) Littérature et témoignages..... | 123 |
| VI. Conclusion..... | 128 |
| VII. Bibliographie | 130 |
| Résumé..... | 146 |

Liste des abréviations

ADESM : Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale

AFFEP : Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie

AJPIA : Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé

ANEPF : Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BO : Bulletin Officiel

CCOMS : Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Cépi-DC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CLS : Conseil Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mental

COCT : Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIGEM : Collectif National InterGEM

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNSM : Conseil National de Santé Mentale

CPS : Centre Prévention du Suicide

CReHpsy : Centres Ressources Handicap Psychique

CRSAM : Centre de Référence en Santé Mentale

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

CSSMP : Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie

DGS : Direction Générale de la Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

ESJ : Ecole Supérieure de Journalisme

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires

FEVSD : Fédération Européenne Vivre Son Deuil

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

FHF : Fédération Hospitalière de France

FNAPSY : Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux en Santé

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GEPS : Groupement d'Études et de Prévention du Suicide

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IASP : International Association for Suicide Prevention

INE : Identifiant National Etudiant

INJEP : Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

MNA : Mineur Non Accompagné

MOOC : Massive Online Open Course

NEET : Not in Education, Employment or Training

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONS : Observatoire National du Suicide

ONU : Organisation des Nations Unies

PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeune

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PRS : Plan Régional de santé

PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens

RPS : Risques Psycho-Sociaux

RUD : Risque Urgence Dangerosité

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SESAME : Soins d'Equipe en Santé Mentale

SFSP : Société Française de Santé Publique

SIES : Sous-direction des Systèmes d'Information et des Etudes Statistiques

SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer

SNP : Syndicat National des Psychologues

SNPHAR-E : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Elargi

SPF : Santé Publique France

SPS : Soins aux Professionnels de Santé

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

TS : Tentative de Suicide

UE : Union Européenne

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

UNHAJ : Union Nationale pour l'Habitat des Jeunes

UNPS : Union Nationale de Prévention du Suicide

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Etapes du processus de la crise suicidaire. Le processus suicidaire - Infosuicide.org [Internet]. Disponible sur : <https://www.infosuicide.org/guide/la-crise-suicidaire/le-processus-suicidaire>

Figure 2 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) des deux sexes confondus, OMS, 2019. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

Figure 3 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) des femmes, OMS, 2019. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

Figure 4 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) des hommes, OMS, 2019. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

Figure 5 : Suicides dans le monde par âge et par niveau de revenu du pays (en milliers), OMS, 2019. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

Figure 6 : Top 4 des causes de décès pour la catégorie d'âges 15-29 ans, OMS, 2019. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

Figure 7 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) selon les régions de l'OMS, OMS, 2019. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

Figure 8 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) en Europe, Eurostat, 2016.

Figure 9 : Taux standardisé de décès par suicide dans l'Union européenne et au Royaume-Uni (pour 100 000 personnes) par sexe en 2017, Eurostat, 2017.

Figure 10 : Pourcentages de tentatives de suicide chez les 18-75 ans selon le sexe et la classe d'âge lors de la tentative en France métropolitaine, Baromètre de Santé Publique France, 2017. Article Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html

Figure 11 : Part des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides dans la population générale, Suicide and social behavior, Gustavo Turecki, David A. Brent, 2015. Stratégie Nationale de Prévention du Suicide, DGS, février 2024, p.3 [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2024-02-02_plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide.pdf

Figure 12 : Taux annuels régionaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge et tous sexes en France, CépiDC, 2017

Figure 13 : Taux standardisés de décès par suicide par région en France entre 2001 et 2003 et entre 2015 et 2017 (pour 100 000 habitants). Publié par Statista Research Department, 22 mai 2024 [Internet]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/807452/suicide-taux-france-par-region/>

Figure 14 : Moyens de suicide utilisés en France selon le sexe. Publié par Statista Research Department, 2018 [Internet]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/1356968/moyens-suicide-utilises-france-selon-sexe/>

Figure 15 : Modèle des déterminants de la santé mentale. Les déterminants de la santé mentale - Synthèse de la littérature scientifique [Internet]. Disponible sur : <https://www.minds-ge.ch/ressources/les-determinants-de-la-sante-mentale>

Figure 16 : Double continuum de la santé mentale, Santé mentale en milieu scolaire Ontario, 21 février 2024. Keyes CLM, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. American Journal Of Public Health [Internet]. 22 oct 2010 ; 100(12) : 2366-71. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.192245>

Figure 17 : Exemple d'une démarche de postvention, Fiche Repère 2 - Comprendre les étapes d'une démarche de postvention pour mieux l'anticiper, ARS Nouvelle Aquitaine et Institut Régional Jean Bergeret. Figure adaptée de Nicolas C., Notredame C-E. et Séguin M. (2017). Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature ». [Internet] Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/99038/download?inline>

Figure 18 : Cartographie des centres répondants du 31 14 en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer. [Internet] Disponible sur : <https://3114.fr/3114-qui-sommes-nous/>

Figure 19 : L'outil RUD (RISQUE URGENCE DANGEROUSITÉ), J.L Terra, M.F Berthier, F. Chauvet, W. Boutaleb. Le processus suicidaire – Infosuicide.org [Internet]. Disponible sur : <https://www.infosuicide.org/guide/la-crise-suicidaire/le-processus-suicidaire/>

Figure 20 : Tableau récapitulatif pour la gestion du potentiel suicidaire : dépistage, évaluation, stratégie selon le niveau RUD. Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? [Internet]. Revue Medicale Suisse. 2010. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-259/quand-referer-aux-urgences-un-patient-presentant-une-crise-suicidaire>

Figure 21 : Cartographie des acteurs autour des jeunes ayant des idées suicidaires, *propre production* via <https://www.canva.com/>

Figure 22 : Approche graduée de la santé mentale. Faire de la santé mentale une grande cause nationale, Angèle Malâtre-Lansac, Expressions par Montaigne, 16/05/2024 [Internet]. Institut Montaigne. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/expressions/faire-de-la-sante-mentale-une-grande-cause-nationale>

Figure 23 : Message d'avertissement Google lors de la recherche « suicide » **Figure 24** : Message d'avertissement YouTube lors de la recherche « suicide » **Figure 25** : Message d'avertissement X lors de la recherche « suicide »

Figure 26 : Article de presse « Précision : Suicide à Hohrod », journal quotidien Dernières Nouvelles d'Alsace, Saverne – Sarre-Union (67B), vendredi 27 septembre 2024, rubrique Région « Faits divers – Justice », p.22.

I. Introduction

1 suicide par heure en France. C'est de ce constat que nous partons et de ce chiffre que nous proviennent les différentes interrogations que nous allons soulever tout au long du développement. Qu'est-ce que le suicide et le risque suicidaire, quelle est son histoire culturelle – religieuse – légale, quelle représentation y est associée, quels en sont les facteurs de risques ou de protection, quelles politiques sont menées aux différentes échelles mondiale – européenne – nationale – territoriale pour le prévenir, etc. Toutes ces réflexions dans le but d'aboutir à l'ultime questionnement : est-il possible de mener des politiques de prévention (efficaces) du risque suicidaire ? Et au regard de l'épidémiologie chez les jeunes dont les signaux sont de plus en plus alarmants : est-il politiquement faisable d'endiguer le mal-être chez les jeunes ?

II. Le suicide, de quoi parle-t-on ?

A. Suicide et risque suicidaire

1. *Définition et étymologie*

« Le problème du suicide gagnerait à être traité selon une terminologie uniforme. Que de vaines controverses seraient évitées si l'on pouvait s'entendre sur le sens des mots ! » [1]

Considérant, comme Maurice Van Vyve, que nous ne pouvons pas commencer à discuter du suicide avant de comprendre quel sens se cache derrière le mot, nous commencerons par définir ce terme.

Étymologiquement, le mot suicide provient du pronom latin « sui » qui désigne « de soi-même » et de la racine latine « cid » du verbe « caedere » soit « tuer, frapper » [1]. L'abbé Prévost parle de suicide dans sa gazette, sans pour autant s'attribuer la paternité du terme. Avant cela, il semble avoir déjà été employé au seizième siècle par les Causistes. Pourtant, l'usage pour la première fois du mot français est attribué à Desfontaines, un prêtre du XVIIIème siècle, dans son écrit « Observation sur les écrits modernes » en 1737 [2]. Avant l'invention de ce néologisme, on employait les formulations

« homicide de soi-même » ou « mort volontaire » pour parler de ce que nous qualifions aujourd'hui de suicide. Voltaire contribue à la diffusion du mot à l'aide de son œuvre de 1739, « Du suicide ou de l'homicide de soi-même », ainsi que d'autres encyclopédistes. Pour parachever l'attribution de ce terme, l'Académie française le reconnaît officiellement en 1762 pour décrire l'acte d'une personne qui est à l'origine de sa propre mort [3].

Cette définition, à l'image de l'histoire de la perception, conception et acceptation du suicide, est évolutive au cours du temps selon les représentations en vigueur et en vogue. Ces évolutions sont explicitées et analysées dans l'article « La notion de suicide » de Maurice Van Vyve paru dans la Revue Philosophique de Louvain en 1954 [1]. Initialement donc, se suicider, c'est se tuer soi-même, être l'auteur de sa mort. Par la suite, de nombreuses encyclopédies, dictionnaires, écrits philosophiques introduisent en complément l'intentionnalité et parlent de conscience et de volonté de causer l'acte. De cette façon, la victime cause sa mort, le tout en le décidant, conscientisant et voulant.

C'est le parti pris d'Achille Delmas qui parle de « l'acte par lequel un homme lucide, pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir » [4].

Dans cette idée également, en 1897, selon Emile Durkheim, sociologue français considéré comme l'un des fondateurs de la sociologie moderne, « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et quelle savait devoir produire ce résultat » [5]. Cette large définition contribue à intégrer le suicide dans la vie morale de la société plutôt que de les renvoyer à une pratique tout à fait isolée et monstrueuse.

En ce sens, d'après l'OMS, le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement ou en espère l'issue fatale [6].

Une critique de l'expression tautologique (fait de redire la même chose avec les mêmes mots) « se suicider » subsiste encore dans notre époque contemporaine puisque le réfléchi « se » est déjà compris dans le pronom « sui ». Dire se suicider constitue ainsi une véritable redondance, montrant à quel point il s'agit dans cet acte de se tuer « soi-même ».

2. *Historique : aspects culturels, religieux, légaux*

Pour passer de l'abstrait au concret, ne limitons pas le suicide à une définition mais considérons-le plutôt comme un comportement qu'il s'agit d'étudier.

Pour G. Deshaies [7], l'étude historique du suicide peut être observée à travers deux prismes :

- Le suicide dans l'histoire : à savoir la façon dont il a été interprété et catégorisé au fil des époques, en intégrant donc la dimension socioculturelle ;
- L'histoire du suicide : c'est-à-dire les différents travaux qu'il a suscités (dont on peut relever une scientification à partir du XIXème siècle).

Intéressons-nous donc plus particulièrement à la morale qui entoure le suicide de l'Antiquité aux temps modernes, partant du postulat que, « de tout temps, les hommes ont cherché à exercer sur eux-mêmes le droit de vie et de mort » [8].

À savoir que cette évolution du suicide à travers les âges est totalement imbriquée avec des aspects culturels, religieux et légaux. Pour cet historique, nous nous baserons principalement sur les écrits de M.-J. Izard [8], Les conduites suicidaires (1965), ainsi que ceux de Nathalie De Kernier à propos du suicide [9].

a) Antiquité

De nombreux suicides religieux sont commis, l'exemple de la Germanie l'illustre bien puisque sont recensés nombre de suicides pour s'ouvrir les portes du paradis dit « Walhalla ».

Nous pouvons également relever que des veuves se sacrifient sur le corps de leur époux nouvellement disparu notamment en Inde, que des gaulois choisissent la mort plutôt que de subir l'esclavagisme des romains ou encore l'incitation par certaines communautés au suicide des personnes âgées pour ne plus qu'elles soient un poids pour la société, à l'image du « rocher des Aïeux ».

À Rome, les suicides augmentent durant la période dite décadente, influencés par des philosophes, comme Sénèque selon qui « penser à la mort, c'est penser à la liberté », ou des littérateurs, comme Lucain « poète du suicide ».

D'ores et déjà règne l'interdit de la religion chrétienne derrière son commandement « tu ne tueras point, ni un autre, ni toi-même, car celui qui se tue n'est-il pas le meurtrier d'un homme ? ». Dans la même idée, la sépulture religieuse est refusée aux suicidés. Il existe donc une pénalité religieuse d'après le droit canon, gardien de la morale, en l'absence de pénalité dans le droit.

b) Moyen-Âge

Dans la continuité de nos propos précédents, le suicide reste condamné dans toute la chrétienté et autres religions monothéistes. Nous pouvons citer Saint Louis qui établit en France la première peine laïque.

Peu de suicide surviennent du Vème au XIème siècle. En revanche, durant le XIIème et XIIIème siècle, l'hérésie cathare incite certains membres désignés comme les « parfaits » à réaliser le « suicide sacré ». Mais cette période est synonyme de violente répression, les cadavres sont traînés au sol puis exposés, d'autres sont brûlés...

À noter que Saint Thomas d'Aquin, à travers l'admission de la doctrine de l'Eglise des exceptions du « furiosus » et de l'« insanus », droit romain qui introduit le suicide pathologique, œuvre à déculpabiliser le suicide dans certains cas.

c) De la Renaissance à la Réforme

Un engouement pour les auteurs gréco-latins les place comme nouveaux apôtres du suicide. Le protestantisme, à l'image du positionnement historique du catholicisme, se prononce contre la légitimité du suicide. Au XVIIème siècle donc, persiste la répression qui est globale puisque le suicide constitue un crime de lèse-majesté, divine et humaine. Evoquons le XVIIIème siècle à travers les exemples de différentes littératures :

- Rousseau aborde le suicide dans la Nouvelle Héloïse
- L'Encyclopédie avec d'Alembert et Diderot posent le suicide comme gage de liberté individuelle
- Voltaire admet la légitimité du suicide dans l'Ingénu

Ainsi, les humanistes concourent à la première révolution culturelle en s'interrogeant sur l'interdit chrétien. La célèbre interrogation d'Hamlet derrière la sentence « être ou ne pas être, telle est la question » (1600) traduit le malaise lié à la naissance de la modernité. Sous l'effet des crises, le débat s'amplifie et la question est posée publiquement, tandis que les traités qui visent à comprendre le suicide se multiplient.

Un autre œuvre littéraire fait grand bruit en 1774, à savoir « Les souffrances du jeune Werther » de Johann Wolfgang von Goethe, en provoquant (malgré elle) des suicides par contagion en particulier des jeunes (nous nous intéresserons à l'effet Werther qui découle de ces événements plus loin dans le déroulé).

Nous pouvons toutefois mentionner le traité du suicide ou du meurtre de soi-même, rédigé par le pasteur Paul Dumas, qui maintient sa défense du droit canon. Ainsi la répression du suicide, toujours, est maintenue.

d) Révolution et Empire

En proclamant la liberté humaine, la déclaration des droits de l'homme et du citoyen œuvre à faire tomber les pénalités encourues. En conséquence, les suicides sont plus nombreux.

Le XIXème siècle fait suite à ce phénomène puisqu'on y dénombre une forte augmentation du nombre de suicide. Des facteurs sociaux (via la transformation économique, politique, humaine) ou culturels sont mis en cause pour tenter d'expliquer cette hausse.

Le Code de 1810 est une première voie de désacralisation de l'acte, ne considérant plus le suicide comme un crime d'assassinat ou de meurtre contre soi-même et supprimant les peines qui frappaient les suicidants [10]. Ce code pénal napoléonien marque donc la promulgation de la dépénalisation de l'acte suicidaire. Mais cette dépénalisation du suicide ne vaut pas approbation, les citoyens sont incités à vivre pour le bien de la patrie.

De plus, le silence de l'Etat et de l'Eglise contribue à faire du suicide « l'un des derniers sujets tabous de notre époque » [8].

En conclusion, nous pouvons nous accorder sur l'universalité du suicide dans l'histoire comme nous venons de le voir mais aussi dans les sociétés et les pays. Universalité qui peut toutefois être mise en perspective si l'on sort d'une vision occidentale et que l'on s'intéresse par exemple à la période japonaise durant laquelle il était un honneur pour la nation de se sacrifier, à l'image de leur forme rituelle de suicide dite hara-kiri. La signification du comportement suicidaire est en lien direct avec les religions, philosophies, littératures et climats socioculturels de l'époque. Consécutivement, le suicide apparaît comme un fait social longtemps réprimé par la loi, suscitant des réactions dans les sociétés diverses et variées.

3. *La représentation du suicide : entre tabou, idées reçues, stigmatisation et interdit*

Nous l'aurons compris, la représentation du suicide est au cours du temps teintée de tabou, de stigmatisation et d'interdit. Au fil des siècles, la question de la liberté de chacun sur sa propre vie a été remise en question [11].

La première réprobation que le suicide a connue était la condamnation éthique et religieuse, puisque les grandes religions de l'histoire de l'humanité condamnent universellement la pratique du meurtre et par voie de conséquence le meurtre de soi sous couvert de l'affirmation du caractère sacré de la vie [12].

Par la suite, a émergé le suicide comme crime juridique, sévèrement jugé par les autorités civiles après les autorités ecclésiastiques.

À elles deux, les autorités morales et politiques relèguent le suicide au rang des interdits, du contre-nature, du tabou, de la honte. En témoigne par exemple l'exclusion de suicidants dans le silence des asiles.

Mais, plus que tout, le suicide a toujours été l'objet de la réprobation sociale. Le processus de désacralisation a contribué à penser la mort volontaire comme acte à comprendre de façon détachée à tout jugement moral [9]. Il reste néanmoins beaucoup de travail pour donner un autre regard sur le

suicide, et cela fera l'objet de plus amples développements dans la suite de ce travail. Alors qu'une personne sur cinq devra y faire face au long de sa vie, la santé mentale reste taboue pour le trois quarts des sondés du baromètre de la fondation Aésio publié en automne 2022 [13].

Il peut être intéressant d'ores et déjà de contrer quelques idées reçues autour du suicide, et cela permettra d'introduire nombre de sujets déclinés tout au long de cette thèse :

- « **Si les personnes en parlent [comprendre du suicide], elles ne le feront pas** », qui va avec l'idée que « le suicide est un acte imprévisible » : 8 personnes sur 10 donnent des signes précurseurs de leurs intentions ou en parlent avant de faire une tentative de suicide [14], donc il est illusoire de penser que ce ne sont que des « paroles en l'air ». En revanche, tout l'enjeu est d'arriver à repérer ces signaux d'alertes pour intervenir avant le passage à l'acte [15].
- « **Les troubles et maladies mentales sont une façon d'attirer l'attention vers soi mais ne présentent pas de risques mortels** » : dans la même idée, ces clichés contribuent à penser que la souffrance mentale est un caprice et qu'elle présente moins de valeur que la souffrance physique. Or, cela constitue une cause importante de décès - une partie sera spécifiquement consacrée à l'épidémiologie et aux données mais les statistiques suivantes formulent une partie de la réponse : une personne tente de se suicider toutes les trois secondes, et une mort par suicide survient toutes les heures [16].
- « **Parler de suicide à quelqu'un va lui donner envie de passer à l'acte** » : Contrairement à ce postulat qui circule encore massivement et qui empêche donc de libérer la parole autour du suicide, il est important d'oser aborder le sujet avec la personne qui a des idées noires. C'est en effet une façon de lui signifier qu'elle n'est pas seule et donc de rompre son isolement, de lui proposer une oreille attentive, bref de briser le silence. C'est aussi une façon de prendre au sérieux la menace et de montrer à l'autre que vous le croyez et que vous ne sous-estimez pas sa douleur et l'impact que cette douleur a et pourrait avoir [17]. Bien évidemment, il convient d'adopter une certaine posture de dialogue et d'écoute, et c'est d'autant plus le cas pour les journalistes et parties prenantes du milieu de la culture.
- « **C'est courageux/lâche de se suicider** » : Le suicide est avant tout l'expression d'une si grande souffrance que la seule solution qui semble s'offrir au sujet en proie à ses idées est la mort. Y apposer un jugement moral de valeur, positif ou négatif, n'est qu'une énième façon de perpétuer la stigmatisation. Cela ajoute de la souffrance à la souffrance, plutôt que d'ouvrir une porte vers de la compréhension, de l'écoute et de l'aide.
- « **Il faut être fou pour vouloir se tuer** » : Malheureusement, dans le langage courant, il est coutumier d'assister à une pathologisation des qualifications, et à une utilisation dépréciative

des troubles psychiques. Sur d'autres sujets, on utilise « autiste » comme insulte, « schizophrène » ou « bipolaire » quand quelqu'un change d'avis et est indécis, ou encore « dépressif » lorsque quelqu'un passe une mauvaise journée et n'est pas enthousiaste. Injurier en se servant d'un trouble psychiatrique et donc d'une maladie ne fait que desservir l'image de ces pathologies et in fine leur traitement. De la même façon, en voulant sous-entendre qu'il ne faut pas être sain d'esprit pour vouloir mourir, on relègue au rang du tabou et du jugement la souffrance et son expression. Il serait donc opportun de changer notre regard, façon de parler et de considérer le suicide pour contribuer à le prévenir. Enfin, il eut été plus exact de dire que les personnes qui ont un trouble psychique ont un risque suicidaire majoré (11% des décès des personnes qui ont un trouble psychique sont liés à suicide, contre 1% des décès dans la population sans trouble psychique) [18].

En conclusion, nous pouvons constater que les idées reçues sur le suicide sont le reflet de toutes les lectures possibles du suicide, le plus souvent porteuses de jugements moraux, mais qu'elles sont surtout autant de freins pour les personnes qui souffrent dans leur recherche ou demande d'aide [19]. En effet, pour reprendre les propos de l'OMS [20], « la stigmatisation, qui entoure en particulier les troubles mentaux et le suicide, signifie que beaucoup de gens qui ont attenté à leur vie ne cherchent pas à se faire aider et ne reçoivent pas l'aide dont ils auraient besoin ». Ce qui explique en grande partie le retard pris par les différentes parties prenantes dans la prévention du suicide est le tabou qui entoure encore ce problème de santé publique dans les sociétés et donc l'insuffisance de paroles pour alerter sur le danger sanitaire et surtout la réalité et l'urgence que constitue le suicide et donc sa prévention.

De plus, les jeunes de 18-24 ans sont moins préoccupés par leur santé mentale ou leur bien-être (leur santé en général) que leurs aînés [21], et sont notamment moins nombreux à penser pouvoir agir sur celle-ci, moins enclins à en parler avec leur médecin et croient moins fréquemment en l'existence de solutions efficaces pour soigner l'anxiété ou la dépression. Une preuve de plus, s'il en fallait, que les idées reçues entraînent une conséquence directe pour les individus qui souffrent à savoir la non prise en charge de leur souffrance.

4. *Terminologie*

Dans la volonté de mettre des mots sur des maux, et pour s'assurer que nous utilisons les mêmes termes pour désigner les mêmes choses, il semble opportun de constituer un dictionnaire reprenant l'essentiel de la terminologie utilisée dans le suicide et leurs définitions. Nous nous aiderons pour

cela notamment du glossaire constitué par Infosuicide.org [22].

Tout d'abord, les **conduites suicidaires** sont définies comme l'ensemble des actes réalisés par un sujet à l'encontre de lui-même avec une certaine intention de mourir [23]. Selon l'issue du geste, on parle de **suicide** abouti lorsque le sujet décède des suites de son geste, l'individu sera donc désigné comme

« **suicidé** », et de **tentative de suicide** (TS dans le jargon médical) lorsque l'issue n'a pas été fatale, quelles que soient les conséquences, ce qui fait donc de lui un « **suicidant** ». De la même façon, on qualifie de **suicidaire** une personne ayant le projet de tenter de se suicider.

Notons l'importance de l'intentionnalité de la mort, qui revient et reviendra dans différentes définitions, comme nous le prouvent Ionita Adela et Courtet Philippe dans leur publication « Peut-on définir les conduites suicidaires » [24]. Par exemple, la tentative de suicide représente un comportement auto-infligé, potentiellement dangereux, sans issue fatale, pour lequel il existe une preuve (explicite ou implicite) de l'intention de mourir [25].

Selon un processus similaire, on distingue ainsi le **suicide**, acte d'automutilation mortel avec des preuves d'intention de mourir de l'**automutilation non suicidaire** qui consiste en un acte auto-infligé qui provoque des douleurs ou des lésions superficielles mais qui n'a pas pour but de causer la mort pour reprendre la définition du manuel médical MSD [26] [27].

Pour reprendre les termes de Fabrice Jollant dans « Modélisation actuelle des conduites suicidaires : crise, transition et vulnérabilité » [28], la **crise suicidaire** a été définie, en 2000, par une conférence de consensus de l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAED) comme « une situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture [...] 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 ».

L'**Idéation suicidaire** inclut toute pensée concernant le désir et la méthode pour commettre un suicide, c'est-à-dire l'ensemble des réflexions sur l'action visant à mettre fin à ses jours, par exemple identifier une méthode, avoir un plan et/ou avoir l'intention d'agir [29] [30].

Suicidogène signifie propre à induire un comportement suicidaire, qui provoque le suicide.

Enfin, la **suicidologie** est l'étude des comportements suicidaires et la prévention du suicide, concept

fondé par Edwin Schneidman qui crée en 1958 un centre de recherche scientifique voué à étudier le suicide et à sa prévention.

5. Modélisation du processus suicidaire

Schématiquement, il est possible de constituer un modèle du processus qui amène un individu jusqu'à l'acte. C'est la connaissance de ce procédé suicidaire qui permettra de concevoir une prévention du suicide adaptée.



Figure 1 : Etapes du processus de la crise suicidaire

Le processus suicidaire – Infosuicide.org [Internet]. Disponible sur : <https://www.infosuicide.org/guide/la-crise-suicidaire/le-processus-suicidaire>

Plus en détail, les étapes sont les suivantes :

1. Détresse (recherche de stratégies ou de solutions) : La personne vit une situation problématique de souffrance psychologique durable et envisage un certain nombre de solutions.
2. Flash (fantasme de mort) : Devant l'incapacité de résoudre la situation, la personne est émotionnellement troublée et cherche une solution instantanée. C'est ici qu'apparaît pour la 1^{ère} fois l'idée suicidaire.
3. Idéation (fantasme de suicide) : Lorsque les solutions s'avèrent inefficaces et les possibilités ne cessent de diminuer, les idées suicidaires prennent de plus en plus d'importance. À ce stade, la personne craint souvent ses idées suicidaires (peur de perdre le contrôle).
4. Rumination (fixation) : À cette étape, les solutions envisagées au début sont pratiquement épuisées et celles qui restent (les idées suicidaires notamment) prennent de plus en plus d'importance. La personne réfléchit sérieusement sur la planification de son suicide (les

moyens pour y arriver).

5. Cristallisation (planification) : Devant l'absence de solutions, la situation devient insupportable. La personne est prête à n'importe quoi pour arrêter de souffrir et le suicide est vu comme la seule porte de sortie. La personne a complété sa planification (comment, où et quand).
6. Passage à l'acte : Toutes les pensées de la personne sont centrées sur le suicide et la personne met en application son plan suicidaire si elle n'a pas reçu d'aide.

La vitesse à laquelle les différentes étapes se succèdent est variable d'un individu à l'autre. On estime chez l'adulte que le processus peut s'échelonner entre 2 mois et 2 ans et se développer plus rapidement chez les personnes qui sont fragilisées. En population générale, environ 4 à 5% de la population vit une crise suicidaire chaque année, phase de déséquilibre intense. La très grande majorité des personnes en crise suicidaire ne font cependant pas de tentatives, mais le taux de tentatives varie beaucoup selon différents facteurs. Parmi les personnes qui font une tentative, une majorité reste en vie [31].

La modélisation du risque suicidaire pourrait également être réalisée en distinguant facteurs de stress (adversité récente, phase aiguë de maladie mentale, intoxication alcoolique) des facteurs de vulnérabilité (histoire familiale, trait de personnalité, maltraitance subie, antécédent de tentative de suicide) et la conclusion serait assez logiquement la suivante : les individus les plus vulnérables sont ceux qui sont les plus à risque de développer une crise suicidaire en cas de situation stressante et par la suite de réaliser un geste suicidaire [32].

6. *Epidémiologie*

« Cependant, bien qu'il ne faille pas prendre en compte les statistiques comme argent comptant, elles ont toutefois le mérite d'attirer l'attention des responsables politiques et des pouvoirs publics, des associations, institutions, et citoyens, sur l'importance à accorder aux politiques de prévention en faveur d'une bonne santé mentale, ainsi qu'aux politiques de soins pour accompagner au mieux les personnes vivant avec un trouble psychique. » Pour poursuivre l'objectif bien décrit par le CRESAM [33], centre de référence en santé mentale en Belgique, nous allons donc nous intéresser aux données démographiques et épidémiologiques du suicide à plusieurs échelles : mondiale, européenne, nationale, régionale.

a) Échelle mondiale

Les années se suivent et les enquêtes se succèdent, mais elles démontrent toutes que le suicide reste l'une des principales causes de décès dans le monde. En effet, les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'élevaient en 2019 à plus de 700 000 morts sur l'année ce qui représente 1 décès par suicide sur 100 décès. Ces chiffres élèvent le suicide au rang des vingt premières causes de décès dans le monde (selon l'OMS, il serait la 13ème cause de mortalité dans le monde [34]). Concernant les tentatives de suicide, on en dénombre entre 10 et 20 millions chaque année à l'échelle mondiale [35]. On compte donc bien plus de tentatives de suicide que de suicides. En imageant les statistiques et en les appliquant à une échelle de temps plus réduite, nous aboutissons au constat consternant qui est le suivant : **un suicide ôte une vie toutes les 40 secondes, et une tentative de suicide est intentée toutes les 3 secondes** [36] C'est plus que les chiffres des décès du VIH, du paludisme, du cancer du sein ou encore par homicides..

Le taux mondial de suicide standardisé par âge en 2016 était en moyenne dans le monde de 10,5 pour 100 000 habitants. En revanche, comme nous pouvons le constater sur la figure 2, il y a une grande variation des taux d'un pays à l'autre. Cela va de 5 décès par suicide pour 100 000 habitants comme en Algérie, Colombie ou Malaisie à plus de 30 pour 100 000 par exemple en Erythrée, Uruguay ou Russie.

Si nous tentons de dresser un constat sociodémographique, nous pouvons constater que bien que 79% des suicides dans le monde ont lieu dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce sont les pays à revenu élevé qui ont le taux le plus élevé de suicide (soit 11,5% pour 100 000 habitants). [32].

D'un point de vue du genre, il existe une différence entre les hommes et les femmes, liée également à la catégorisation du pays concernant ses revenus. En effet, presque trois fois plus d'hommes que de femmes mettent fin à leurs jours dans les pays dits riches, alors que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les différences entre hommes et femmes sont moins marquées (facteur d'1,5) comme nous le montrent les figures 3 et 4 [37]. Cela s'expliquerait par la plus forte consommation d'alcool et de substances, l'impulsivité voire l'agressivité, le moindre recours aux soins et le choix plus fréquent de moyens suicidaires violents à haute létalité chez les hommes en comparaison des femmes [32]. Dans le monde le suicide représente ainsi la moitié des morts violentes des hommes et presque trois quart de celles des femmes (71%) [37].

Si l'on se penche sur les différences liées à l'âge et donc la figure 4, nous pouvons noter que les taux

de suicide sont plus élevés à la fois chez les plus de 70 ans toutes régions du monde et sexes confondus, mais également chez les jeunes. Pour reprendre mot pour mot le communiqué de presse de l’OMS paru le 9 septembre 2019 sur la thématique [36], « Le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, après les traumatismes dus aux accidents de la route. Parmi les jeunes âgés de 15 à 19 ans, le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes filles (après les affections maternelles) et la troisième cause de décès chez les garçons (après les accidents de la circulation et la violence interpersonnelle). » (se référer à la figure 5).

Une limite évidente des statistiques au niveau mondial est le manque de données sur le suicide et les tentatives de suicide et/ou le manque de qualité de ces données. L’OMS déplore le fait que seuls 80 Etats membres disposent de systèmes d’enregistrement des données d’état civil d’une qualité qui permette qu’elles puissent directement être utilisées pour estimer les taux de suicide.

Cette problématique mathématique n’est pas réservée au sujet du suicide, toutefois, tenant compte de la sensibilité de la question, de l’illégalité du suicide dans certains pays et du tabou qu’il représente, nous pouvons supposer que la sous-notification et la mauvaise classification de la cause du décès (il est par exemple classé parfois à tort dans les catégories « accidents » ou « autres causes de décès ») soit particulièrement prégnante pour le suicide (par comparaison notamment aux autres causes de décès répertoriées) [38]. Pourtant, selon leurs propres dires, l’OMS et ses états membres considèrent le suicide comme une priorité de santé publique. Suite au premier rapport mondial sur le suicide nommé

« Prévention du suicide : l’état d’urgence mondial » de 2014 qui constitue une référence dans cette partie, une longue liste de rapports, plans d’actions et autres documents visent à enrayer le suicide dans le monde et notamment de réduire d’un tiers le taux de suicide d’ici à 2030 dans les nations (plan d’action de l’OMS pour la santé mentale 2013-2020), indicateur repris dans les objectifs de développement durable (« d’ici à 2030, réduire d’un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être »). La tâche reste immense puisqu’à ce jour, une minorité de pays ont inscrits la prévention du suicide au sein de leurs priorités en santé, et moins de 40 pays se sont armés d’une stratégie nationale de prévention du suicide [38].

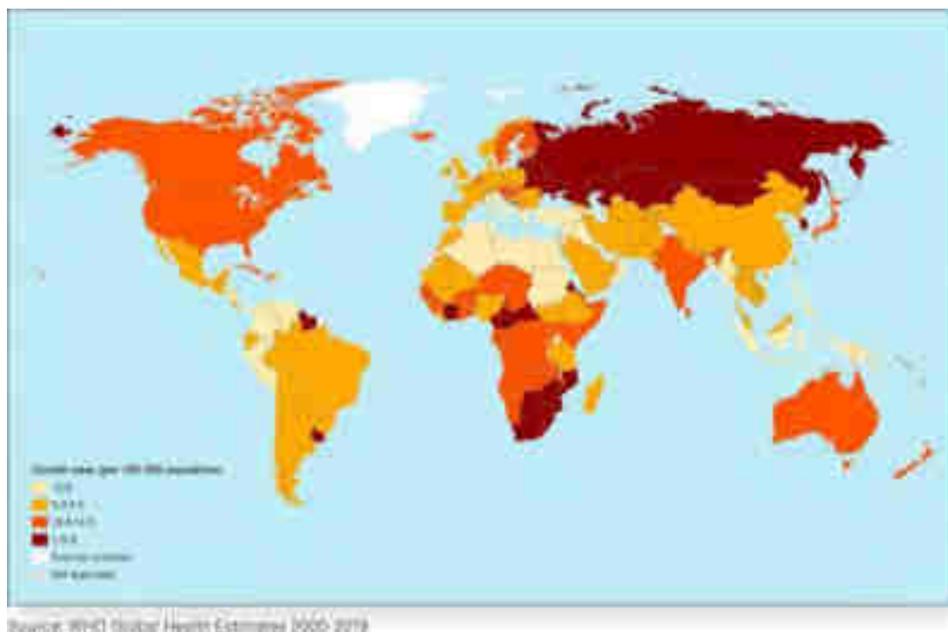


Figure 2 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) des deux sexes confondus, OMS, 2019
Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur
 : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>



Figure 3 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) des femmes, OMS, 2019
Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur
 : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

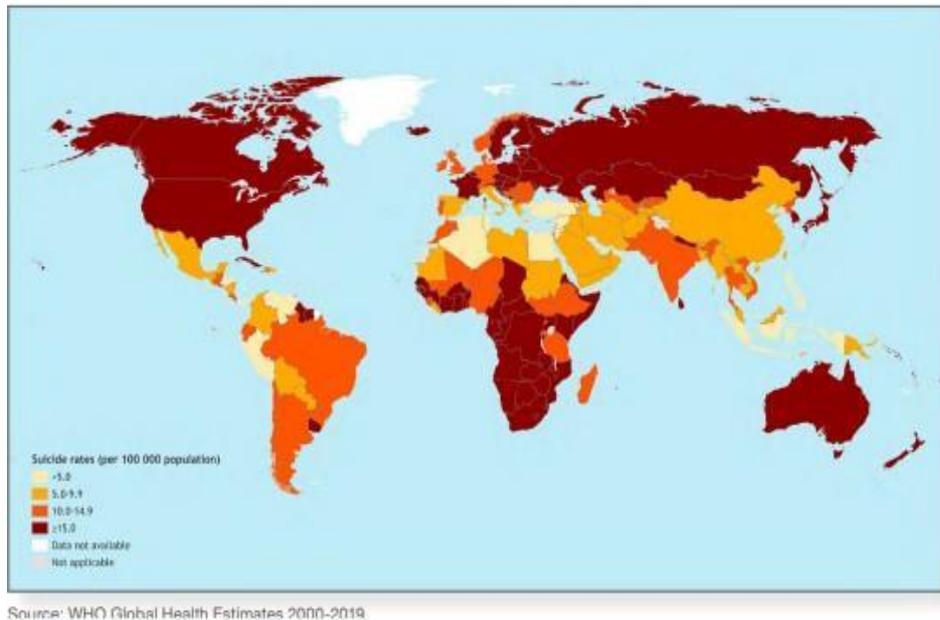


Figure 4 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) des hommes, OMS, 2019 *Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>*

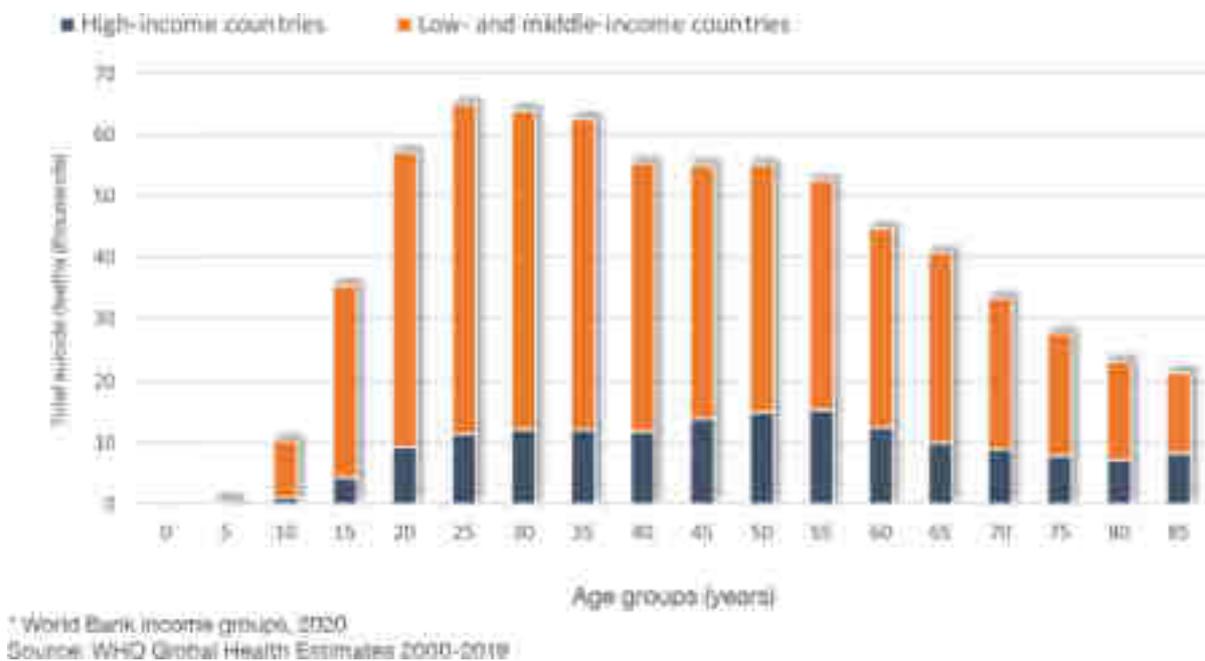


Figure 5 : Suicides dans le monde par âge et par niveau de revenu du pays (en milliers), OMS, 2019 *Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>*

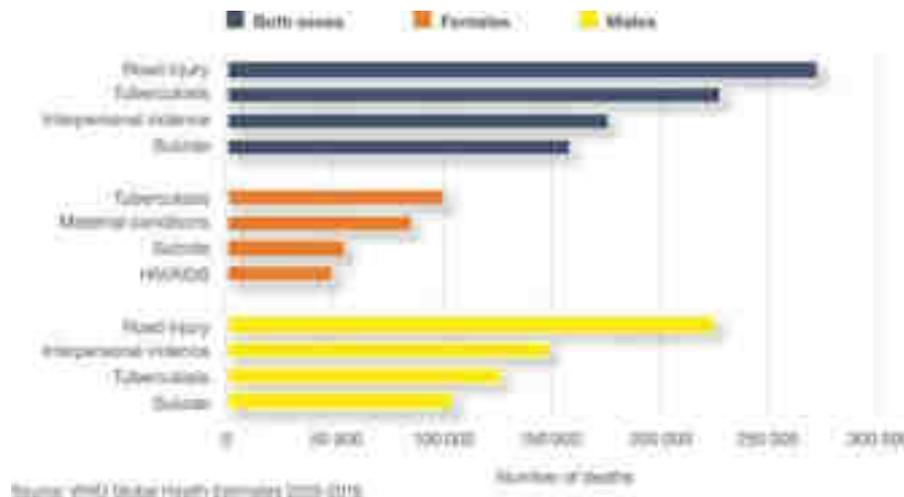


Figure 6 : Top 4 des causes de décès pour la catégorie d'âges 15-29 ans, OMS, 2019

Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

b) Echelle européenne

Après la dimension mondiale, tentons d'inscrire la dynamique européenne. Si l'on se focalise sur la figure représentant le taux de suicide standardisé par région de l'OMS datant de 2019 (figure 7), on s'aperçoit que l'Europe est le continent au plus fort taux tous sexes confondus à l'exception de l'Afrique. Si on affine cette photographie par genre, l'Europe est à la deuxième place des taux de suicide masculin toujours derrière l'Afrique, mais est derrière la moyenne globale avec son taux de suicide féminin, ne dérogeant pas au principe énoncé plus haut de rapport homme/femme dans les pays industrialisés et aisés.

À cette échelle également, il faut raisonner avec beaucoup de prudence lorsqu'on tente d'effectuer des comparaisons internationales. Effectivement, il existe entre les pays de nombreuses différences notamment en termes de définition du suicide, de qualité ou encore d'exhaustivité de déclarations, ce qui constitue une des limites de notre analyse.

« C'est un triste record que détient la France : le taux de décès par suicide y est nettement supérieur à la moyenne de l'Union européenne », indiquait en 2020 l'Observatoire national du suicide [39].

Les statistiques sont éloquentes à ce sujet, le taux de suicide pour 100 000 habitants est de 13,4 en France, contre 10,2 en moyenne en Europe selon les données 2020 d'Eurostat, ce qui l'érige comme l'un des pays où ce taux est le plus élevé du continent.

En 2016, c'est près de 53 600 personnes qui se sont suicidées dans l'Union Européenne toujours selon Eurostat, et une comparaison par pays des taux de mortalité par suicide peut être effectuée à l'aide de la figure 8 (tout sexe confondu) et de la figure 9 (taux de mortalité homme et femme).

Nous pouvons donc dresser deux constats majeurs en conclusion :

- L'Europe est l'un des continents où la mortalité par suicide est la plus forte dans le monde
- La France est l'un des pays où la mortalité par suicide est la plus forte dans l'UE Tant de chiffres donc qui justifient le choix du thème et de l'échelle d'étude du sujet.

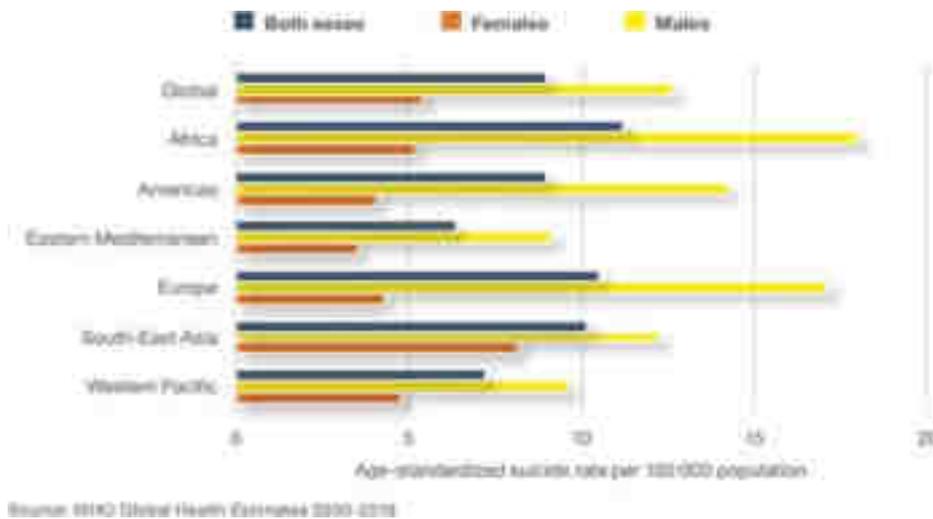


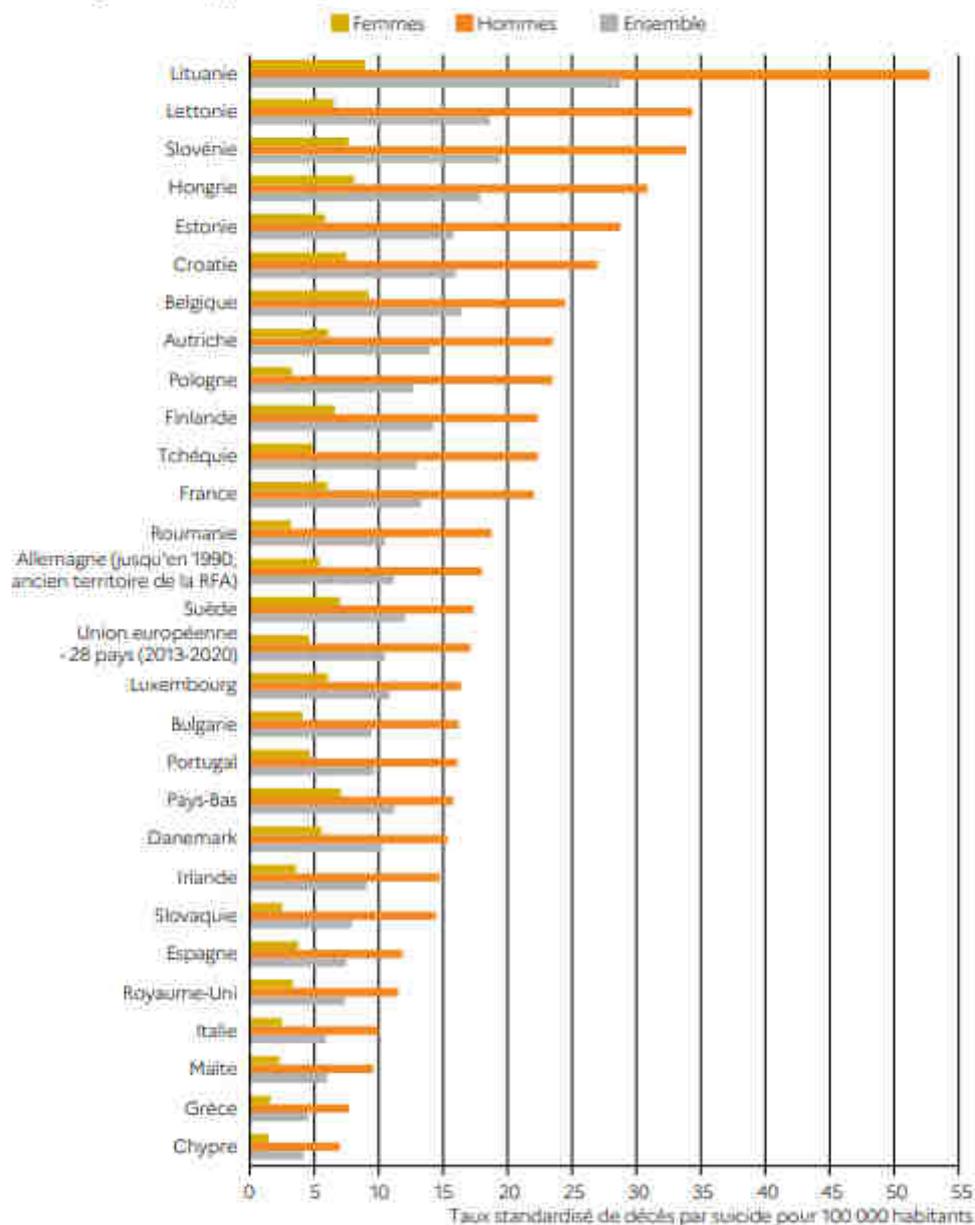
Figure 7 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) selon les régions de l’OMS, OMS, 2019 *Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). Suicide in the world [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>*

SUICIDE EN EUROPE
Source Eurostat 2016



Figure 8 : Taux de suicide standardisé par âge (pour 100 000 personnes) en Europe, Eurostat, 2016
Disponible sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>

Graphique • Taux standardisé de décès par suicide dans l'Union européenne et au Royaume-Uni, par sexe, en 2017



Note • Taux de décès standardisé pour 100 000 habitants selon la structure par âge, selon la population de référence Eurostat UE-EFTA.
Source • Eurostat.

Figure 9 : Taux standardisé de décès par suicide dans l'Union européenne et au Royaume-Uni (pour 100 000 personnes) par sexe en 2017, Eurostat, 2017

Disponible sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>

c) Échelle française

Au préalable, rappelons tout d'abord qu'en France, l'étude épidémiologique du suicide notamment de Santé Publique France (SPF), s'appuie principalement sur trois indicateurs : les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide. Ce sont donc ces critères qui feront l'objet d'un développement au cours de cette partie d'épidémiologie à l'échelle française [40].

Pour être complet, notons également qu'une rupture statistique s'est produite en 2018 grâce à une amélioration significative des méthodes de mesure, ce qui peut rendre les comparaisons avant/après cette date caduques [41].

En 2021, 8951 décès par suicide sont enregistrés en France mais, partant de l'hypothèse qu'il existe une sous-estimation de 10% [42], nous pouvons estimer à près de 10 000 les décès par suicide d'après le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Le processus est le suivant : des certificats de décès sont issues les statistiques de décès par suicide, et la base de données desquelles elles sont extraites est gérée par le CépiDc-Inserm.

Comme indiqué, une sous-évaluation d'une hauteur de 10 % est donc à craindre à l'échelle nationale, deux phénomènes étant pointés du doigt comme responsables :

- L'indétermination de la cause de certains décès
- Le non-rapport de la conclusion de certains examens médico-légal (au CépiDc-Inserm).

Pour synthétiser, nous pouvons mettre en avant les deux (tristement) parlantes statistiques qui suivent : nous recensons en France 200 000 tentatives de suicide tous les ans et 28 décès par jour, soit une mort toutes les 40 minutes [43]. En novembre 2020, 4 % des individus âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide [44]. Cette estimation est confirmée par le baromètre 2017 de Santé Publique France [40] sorti dernièrement puisqu'il y a, en population générale, à peu près 4,5 % des personnes qui ont déjà eu des idées suicidaires. À noter que cette proportion varie beaucoup selon les âges, notamment chez les adolescents puisque c'est presque un jeune sur dix qui a déjà eu des idées suicidaires au cours de sa vie.

Nous reviendrons plus en détail sur ces éléments dans la partie dédiée mais nous pouvons relever, particulièrement à l'aide de la figure 10, que la majorité des tentatives de suicide se produisent avant l'âge de 25 ans et que la proportion de suicidants est la plus forte dans la tranche d'âge 15-19 ans [40].

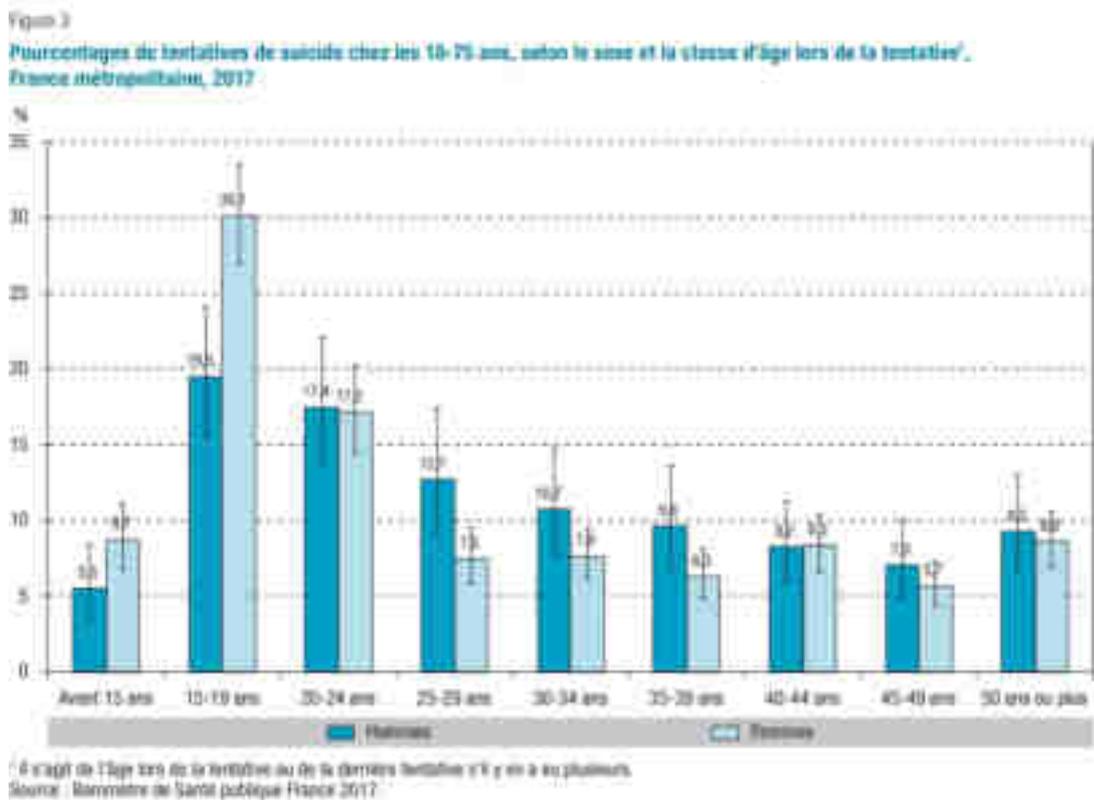


Figure 10 : Pourcentages de tentatives de suicide chez les 18-75 ans selon le sexe et la classe d'âge lors de la tentative en France métropolitaine, Baromètre de Santé Publique France, 2017
 Article - *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html

Pour établir également à cette échelle une comparaison intersexes, le taux de décès par suicide standardisé en fonction de l'âge révèle une supériorité de 3,5 fois chez les hommes que chez les femmes, avec donc 20,7 décès pour 100 000 hommes contre 6,0 décès pour 100 000 femmes.

Le schéma « Part des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides dans la population générale » [45] repris dans le document de Stratégie nationale de prévention du suicide de la Direction Générale de la Santé (DGS) de février 2024 permet de fournir une illustration éloquent sur ces statistiques.

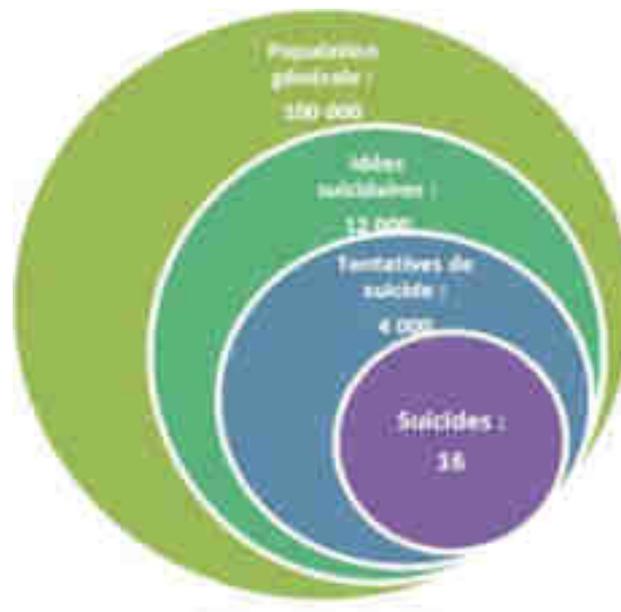


Figure 11 : Part des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides dans la population générale, Suicide and social behavior, Gustavo Turecki, David A.Brent, 2015
Stratégie Nationale de Prévention du Suicide, DGS, février 2024, p.3 [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2024-02-02_plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide.pdf

Infosuicide.org tente de dresser la tendance de l'évolution du taux de suicide sur un temps long. Le constat entre 1953-2012 permet d'aboutir à un découpage en trois phases :

- une stabilité du taux de suicide entre les années 1953 et 1976 (1,55/10000)
- une augmentation régulière de 1977 à 1985 (2,26/10000)
- une décroissance ensuite (1,53/10000 en 2012)

De plus, ils indiquent que « globalement, le taux de décès par suicide diminue entre 2001 et 2017, de 32,6 %. Cette baisse est plus importante entre 2009 et 2017 (-26,7 %) qu'entre 2001 et 2009 (-8,0 %). Les taux diminuent pour toutes les classes d'âge pendant ces deux périodes, sauf pour les personnes de moins de 25 ans et pour celles âgées de 45 à 64 ans entre 2001 et 2009. »

Cette tendance à la diminution globale des chiffres à l'exception de la classe d'âge jeunes est retrouvée dans le baromètre de Santé Publique France paru récemment et déjà mentionné plus haut.

d) Echelle régionale

À l'échelle régionale, nous pouvons relever des variations géographiques du taux de suicide qui oscille entre 7,4 et 22,2 décès/100 000 habitants selon les régions en 2017. Nous pouvons également observer un gradient d'ouest en est.

Entre 2015 et 2017, le taux de décès par suicide est en moyenne sur le territoire français (hors

Mayotte) de 14,0 pour 100 000 habitants. Le taux de suicide est le plus élevé en France dans la région de Bretagne puisque nous dénombrons 22 suicides pour 100 000 habitants, ce qui correspond à une supériorité de 56% par rapport au taux moyen national. En seconde et troisième positions se trouvent les régions Pays de la Loire et Hauts-de-France dont les taux culminent au-delà de 18 décès par suicide pour 100 000 habitants. Le taux de décès par suicide est le plus faible dans les régions insulaires puisque c'est en Corse et dans les territoires ultramarins qu'il est le plus bas (en partant du principe que nous mettons de côté la région Île-de-France pour des raisons de sous-estimations que nous énoncerons plus bas).

Pour faire un focus sur notre région Grand-Est, les dernières données de Santé Publique France rapportaient qu'en 2021 [46] :

- 1 habitant du Grand Est sur 22 (4,5%) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année
- 1 habitant du Grand Est sur 15 (6,8%) déclarait avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie

Figure 3 : Taux annuels régionaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes, France entière, 2017

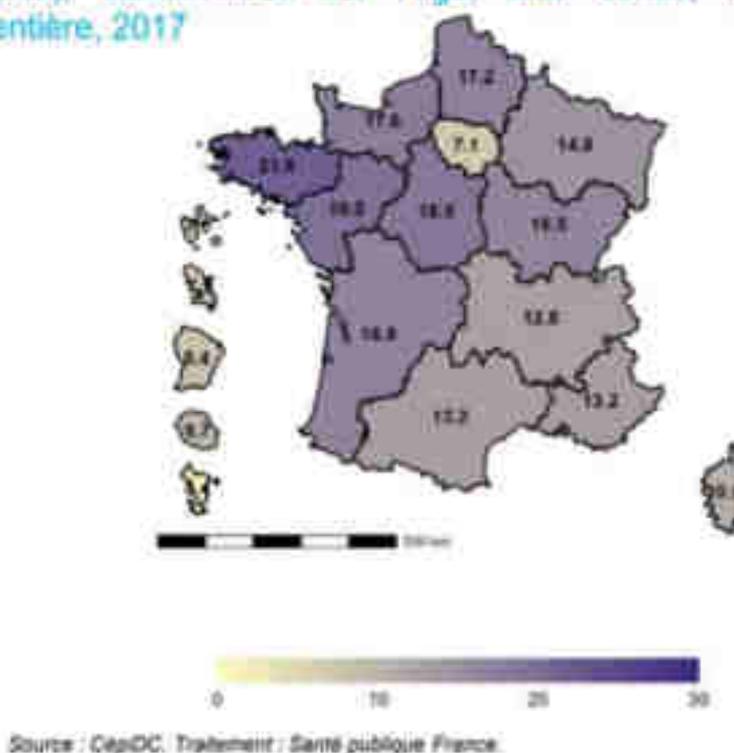


Figure 12 : Taux annuels régionaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l'âge et tous sexes en France, CépiDC, 2017

Tableau 3 • Taux standardisés de décès par suicide, selon la région, en 2001-2003 et en 2015-2017

| Région de domicile | Taux standardisés ¹ 2015-2017 (pour 100 000) | Taux standardisés ¹ 2001-2003 (pour 100 000) | Écart par rapport au taux global 2015-2017 ² | Variations 2001-2003 et 2015-2017 ³ |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| 11 - Île-de-France ⁴ | 70 | 10,6 | -49,4 % | -33,9 %* |
| 24 - Centre-Val de Loire | 170 | 24,3 | 22,6 % | -30,0 %* |
| 27 - Bourgogne-Franche-Comté | 16,3 | 24,1 | 17,4 % | -32,3 %* |
| 28 - Normandie | 177 | 26,3 | 27,4 % | -32,6 %* |
| 32 - Hauts-de-France | 181 | 26,0 | 30,4 % | -30,4 %* |
| 44 - Grand Est | 14,8 | 18,0 | 6,6 % | -17,8 %* |
| 52 - Pays de la Loire | 18,8 | 25,8 | 35,2 % | -27,4 %* |
| 53 - Bretagne | 21,6 | 31,1 | 55,6 % | -30,6 %* |
| 75 - Nouvelle-Aquitaine | 16,5 | 22,8 | 18,6 % | -27,7 %* |
| 76 - Occitanie | 13,0 | 17,6 | -6,2 % | -26,2 %* |
| 84 - Auvergne-Rhône-Alpes | 12,4 | 18,5 | -11,0 % | -33,3 %* |
| 93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur | 12,9 | 18,8 | -7,2 % | -31,4 %* |
| 94 - Corse | 9,0 | 14,3 | -35,1 % | -37,1 %* |
| 97 - DROM (hors Mayotte) | 9,2 | 12,5 | -34,0 % | -26,7 % |
| France entière (hors Mayotte) | 14,0 | 19,9 | 0,0 % | -29,7 %* |

*L'évolution est statistiquement significative au seuil de 5 %.

1. Taux standardisés selon la structure par sexe et âge de la population Eurostat EU-EFTA.

2. Variation régionale = (Taux régional - Taux France métropolitaine) * 100 / Taux France métropolitaine (à partir des taux standardisés).

3. Variation temporelle = (Taux standardisé 2015-2017 - Taux standardisé 2001-2003) * 100 / (Taux standardisé 2001-2003).

4. Les taux en Île-de-France sont fortement sous-estimés en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris de 2001 à 2003 et de 2015 à 2017.

Lecture - Entre 2015 et 2017, en France entière (hors Mayotte), le taux de décès par suicide est de 14,0 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 29,7 % entre 2001-2003 et 2015-2017. En Bretagne, le taux est supérieur de 55,6 % au taux moyen en France entière (hors Mayotte).

Champ - France entière (hors Mayotte).

Source - Inserm-CépiDC.

Figure 13 : Taux standardisés de décès par suicide par région en France entre 2001 et 2003 et entre 2015 et 2017 (pour 100 000 habitants)

Publié par Statista Research Department, 22 mai 2024 [Internet]. Disponible sur :

<https://fr.statista.com/statistiques/807452/suicide-taux-france-par-region/>

Gardons toutefois une certaine prudence dans la considération que nous faisons des écarts entre les régions compte-tenu de l'hétérogénéité des remontées d'informations qui ne reflètent pas nécessairement des différences de situation épidémiologique, comme nous le conseille l'Observatoire National du Suicide (ONS) dans son 5^{ème} rapport en 2022 (conformément aux recommandations de l'OMS, 2016) [47]

Nous pouvons illustrer ce propos avec l'exemple du territoire de l'Île-de-France pour lequel les taux sont fortement sous-estimés en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris de 2001 à 2003 et de 2015 à 2017 (Inserm-CépiDC).

7. *Moyen employé*

Les méthodes de suicide les plus courantes dans le monde sont la pendaison, l'auto-empoisonnement par les pesticides et les armes à feu [36]. À titre d'exemple, au niveau mondial, l'empoisonnement par les pesticides est, selon les estimations, à l'origine de 20 % de tous les suicides. En effet, dans les régions rurales, ces derniers « remplacent » les médicaments [48]. En France, la tendance est similaire puisque les méthodes les plus utilisées sont la pendaison (plus de 40% des suicides), les armes à feu, l'ingestion de médicaments ou de substances et les sauts d'un lieu élevé [49]. Une différence entre les techniques utilisées par les hommes et les femmes peut être relevée si l'on observe la répartition selon le sexe des moyens de suicide utilisés par les personnes mettant fin à leur vie en France en 2018 (figure 14). Derrière la pendaison qui est le moyen le plus utilisé pour se suicider chez les hommes comme pour les femmes, on trouve en seconde position les armes à feu pour les hommes (24%) tandis que pour les femmes c'est le saut dans le vide (23%).

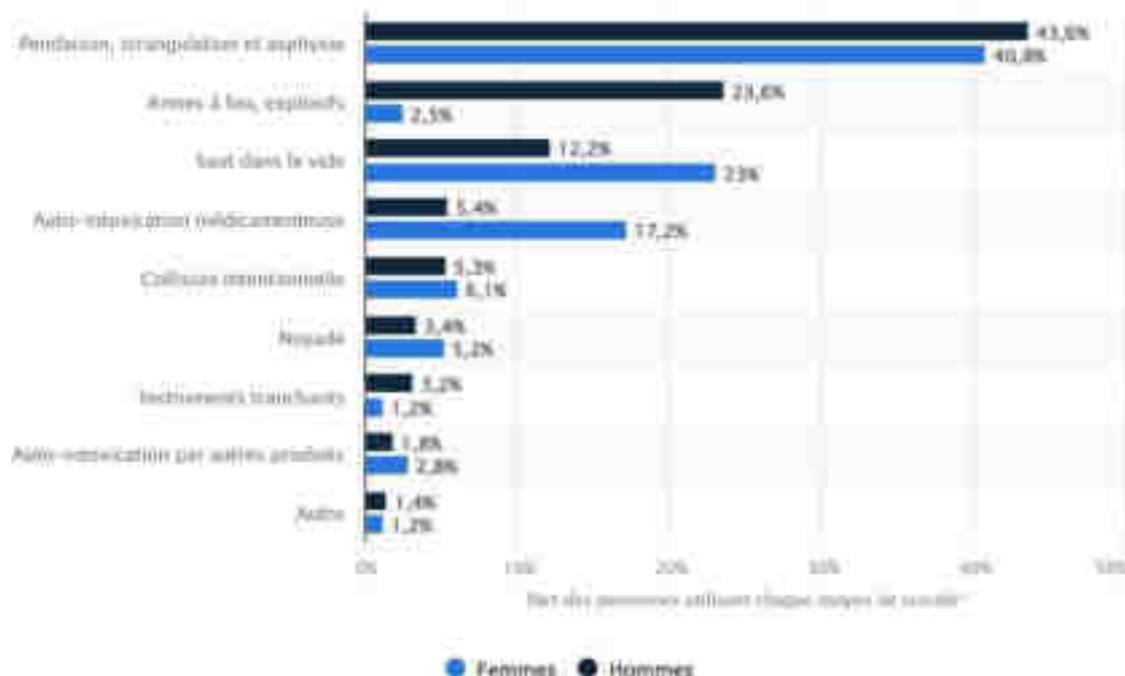


Figure 14 : Moyens de suicide utilisés en France selon le sexe

Publié par Statista Research Department, 2018 [Internet]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/1356968/moyens-suicide-utilises-france-selon-sexe/>

De ces moyens employés naissent des stratégies de prévention, cela revêt donc une importance de les identifier. De ces moyens employés dépendent également le taux de « rescapés » qui survivent à leur tentative de suicide.

8. *Conséquences socio-économiques*

Les conséquences économiques du suicide sont également considérables.

Selon les chiffres communiqués par le ministère de la Santé [45] d'après l'étude qui mesure le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide parue en 2009 [50], le suicide génère :

- 1,2 milliards d'euros de coûts directs par an dont 1,1 milliard pour le secteur sanitaire

Les coûts directs regroupent les coûts liés à la prise en charge dans les secteurs sanitaires et également les autres dépenses qu'elles soient publiques ou liées à la famille.

- 8,6 milliards de coût indirects par an

Les coûts indirects mesurent la perte de productivité engendrée par le suicide ou la TS pour la victime. Cette perte de productivité est évaluée par le manque à gagner du travail rétribué ou non (prise en compte du travail rémunéré et domestique) en cas de décès (suicides) ou d'arrêts maladie à la suite d'une TS, à l'aide de la méthode des revenus futurs actualisés.

- Soit un coût total des suicides et tentatives de suicide en 2009 de près de 10 milliards d'euros. La répartition des coûts des suicides et tentatives de suicide pour 2009 était respectivement de 88 % et 12 %.

Le coût sociétal d'un suicide est évalué à 350 000 euros (impact sur l'environnement familial, sur l'emploi, sur la santé des personnes) et le coût d'une prise en charge sanitaire d'une tentative de suicide s'élève à près de 15 000 euros [51]. Au-delà du coût du suicide, nous pouvons évoquer celui de la santé mentale. En effet, en 2022, les principaux motifs d'arrêt de travail des Français sont liés à la santé mentale. Si l'on additionne le motif le plus fréquent, à savoir le syndrome dépressif, avec les troubles anxieux, nous arrivons à 17,5 % des arrêts des travailleurs [52]. Face à l'ampleur de la souffrance au travail ou de la souffrance mentale qui se traduit au travail ou par une incapacité de se rendre au travail, on peut s'interroger sur la volonté de Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de s'attaquer aux indemnités journalières d'arrêts maladie pour en durcir ou complexifier l'accès plutôt que de concevoir que des causes plus structurelles expliquent cette hausse en 2024 des arrêts maladie [53] [54] [55].

B. Les jeunes

1. *Périmètre*

Le statut « jeunes » et plus largement la catégorie que l'on qualifie de « jeunesse » est relativement récente [56] [57]. D'après Sylvain Bordier dans « La fabrique sociale des jeunes. Socialisations et institutions », elle apparaît avec celle de l'enfance vers la fin du XVIIIème siècle dans le milieu de la bourgeoisie urbaine [58]. Avant la fin du XIXème siècle, les jeunes étaient limités à leur fonction

collective, à savoir celle d'une « collection d'individus [...] qui doit avant tout être dressée » [59].

Cette construction s'est faite en deux étapes. En premier lieu, entre le milieu du XIXème et le premier tiers du XXème siècle, via la mise en circulation progressive puis l'imposition dans les discours officiels et les cerveaux. En second lieu, à partir des années 1930, lorsque la puissance publique se sert de cette catégorie pour élaborer des politiques spécifiques dites de « jeunesse ». Cela correspond notamment à l'arrivée au pouvoir du Front Populaire [60].

Les politiques publiques ont donc contribué à configurer « l'état de jeunesse » et à construire une catégorie « jeune » à travers la conception de réponses dédiées, partant du postulat que cette partie de la population présente des problématiques particulières en raison de son âge. Rien de surprenant puisqu'il est fréquent qu'on recoure à l'âge afin de définir une population, critère simple de classement qui est à la fois une variable universelle et objective. En revanche, il n'y a pas d'unanimité sur les bornes qui délimitent cette jeunesse :

- Pour certains, elle serait un moment de passage entre l'enfance et/ou l'adolescence et l'adulte ;
- D'après une résolution de 1981 de l'Organisation des Nations Unies (ONU), elle se déroulerait entre 15-24 ans [61] ;
- Même borne d'âge (15-24 ans) selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il existe une subtilité cependant dans la définition de l'OMS puisqu'elle désigne l'adolescence comme une étape qui va de 10 à 19 ans, et la jeunesse comme la période qui s'étend de 15 à 24 ans. En revanche, elle utilise le terme « jeune » pour nommer ces deux groupes et qui comprend donc la période de la vie qui va de l'enfance à l'âge adulte, soit entre l'âge de 10 ans jusqu'à l'âge de 24 ans [62] [63] ;
- L'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) parle pour les 18-29 ans de « jeunes adultes » ;
- SPF, notamment dans les baromètres qu'elle constitue sur lesquels nous reviendront plus tard, parle de jeunes adultes entre 18 et 24 ans ;
- Pour citer l'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP), « un jeune est de manière générale un individu de moins de 30 ans », mais elle catégorise plus précisément les jeunes comme les personnes âgées entre 15 et 29 ans.
-

Afin de donner un ordre d'idée statistique de la proportion de jeunes dans la population générale, on dénombrait au 1er janvier 2021, 11,7 millions de personnes résidant en France qui avaient entre 15 et 29 ans, ce qui représente 17,3% de la population totale [64]. Une réflexion plus générale que nous pouvons faire est l'allongement de la jeunesse « par les deux bouts », c'est-à-dire qu'elle devient plus précoce mais également qu'elle dure plus longtemps.

Plusieurs critiques sont formulées en regard de cette catégorisation d'une population jeune.

Tout d'abord, le fait que considérer les jeunes pour eux-mêmes les met à l'écart de la société. Ensuite, pour reprendre l'idée du député Louis Boyard pour qui résumer une jeunesse ne veut rien dire politiquement et concrètement [65], la désignation d'une jeunesse efface la réalité des jeunes qui est multiple. Ce même concept est repris dans l'analyse de Francine Labadie sur « L'évolution de la catégorie jeune dans l'action publique depuis vingt-cinq ans » [66] qui figure qu'il y a une nécessité d'ajouter au critère chronologique d'autres critères pour répondre à cette visibilité à donner à la fragmentation de la population jeune. En effet, uniformiser la jeunesse présente les avantages de permettre une égalité de traitement et d'homogénéiser les parcours de vie mais de ne pas homogénéiser les sorts et donc in fine d'accentuer les inégalités. *Elle met en avant, par exemple, le renvoi excessif vers la famille pour le traitement des problèmes.*

Afin d'essayer de représenter la multiplicité des parcours des jeunes, nous pouvons reprendre la grille d'analyse des « Regards sur les conditions de vie des jeunes de Seine-Maritime » [67] qui dresse 7 catégories de jeunes selon leur position dans le processus d'insertion sociale et professionnelle :

- Lycéens : jeunes scolarisés et non titulaires d'un baccalauréat quel qu'il soit, hors apprentis ;
- Etudiants : jeunes inscrits dans un établissement d'enseignement et titulaires d'un baccalauréat ;
- Apprentis : définis selon leur condition d'emploi ;
- Jeunes en emploi : occupent un emploi salarié ou non hors apprentis et étudiants salariés ;
- Chômeurs/Hommes ou femmes au foyer : si se déclarent comme tels au recensement de population ;
- Jeunes autonomes : ne vivent plus dans leur famille ;
- Jeunes vivant dans leur famille.

À savoir que les trois dernières catégories constituent et renvoient au concept de NEET (Not in Education, Employment or Training), classification sociale qui désigne les jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation.

Nous estimons que 60% des jeunes sont hors de l'Enseignement Supérieur. En effet, 3 des 9 millions de jeunes dans les bases de l'Assurance Maladie sont étudiants ce qui correspond aux

prédictions des systèmes d'information et des études statistiques d'octobre 2023 mais surtout à la parution du 25 juillet 2024 de la note flash du SIES (Sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques) qui figure qu'à la rentrée 2023, le nombre d'inscrits dans l'enseignement supérieur s'élève à 2,97 millions d'étudiants [68]. En complément, nous dénombrons 2 251 000 lycéens selon les chiffres du Ministère de l'Education Nationale mis à jour en août 2023 [69]. Ce sont toutes ces réflexions qui ont achevées la décision de nommer cette thèse non pas « Les politiques de prévention du risque suicidaire chez le jeune » mais bien « Les politiques de prévention du risque suicidaire chez les jeunes », pour n'uniformiser ni leurs parcours, ni leurs douleurs, et les considérer dans toute leur diversité.

2. *Vulnérabilité au risque suicidaire*

Au niveau mondial, le suicide est, chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, la quatrième cause de décès après les accidents de la route, la tuberculose et la violence interpersonnelle (OMS). En France, en constituant 16% des décès des 15-24 ans [70], le suicide s'érige en seconde cause de mortalité de cette classe d'âge, derrière les accidents de la route.

Ces chiffres font des jeunes une population particulièrement vulnérable face au risque suicidaire. La détérioration de la santé mentale des jeunes, qui se traduit par une augmentation des pensées suicidaires et des tentatives de suicides, est un phénomène observable depuis une dizaine d'année.

À titre d'exemple, les 18-24 ans étaient 20,8 % à être concernés par la dépression en 2021, contre 11,7 % en 2017 [40]. Plus de 50% des troubles psychiatriques apparaissent entre 15 et 25 ans [71].

Et cette tendance, tandis qu'on observe une stagnation ou une amélioration des statistiques sur les idées suicidaires et tentatives de suicide pour toutes les (autres) classes d'âge, ne va pas en s'améliorant chez les 18-24 ans si on en croit le baromètre santé 2017 de Santé Publique France (SPF) [40] :

- Les 18-24 ans présentent les prévalences de pensées suicidaires et de tentatives de suicide dans l'année et au cours de la vie les plus élevées
- Par rapport aux 4,2% des sondés qui avouent avoir eu des pensées suicidaires en 2021, la proportion de jeunes adultes de 18-24 ans qui reconnaissent avoir songé au suicide cette année-là s'élève à 7,2% soit un peu moins du double

D'après Santé Publique France, « La surveillance des tentatives de suicide s'appuie en partie sur l'exploitation des données médico-administratives. Elles permettent de comptabiliser, sur l'ensemble du territoire national, les hospitalisations faisant suite à une tentative de suicide par le biais du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), et d'estimer le nombre de passages aux

urgences (suivis ou non d'une hospitalisation) à travers l'exploitation des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® (dispositif de SPF existant depuis 2004), couvrant près de 95% du territoire. » [72].

Les statistiques de l'étude sont confirmés et renforcés par les données de recours aux urgences du réseau Oscour® puisqu'a également été enregistré, chez les jeunes entre 11 et 24 ans, une augmentation des passages aux urgences pour troubles de l'humeur (épisodes dépressifs notamment), gestes et idées suicidaires. Ces passages aux urgences pour idées suicidaires ont quant à eux augmenté dès 2020 dans toutes les classes d'âge mais avec des hausses plus marquées chez les jeunes adultes (18-24 ans). Cette hausse se confirmait et s'accroissait en 2021, et s'est même poursuivie de façon marquée en 2023 [40].

La même tendance à la hausse s'observait à travers les hospitalisations depuis le début de l'année 2021 chez les adolescents (11-17 ans) et les jeunes adultes (18-24 ans). Les niveaux d'actes médicaux SOS Médecins pour angoisse étaient nettement supérieurs à ceux des années précédentes en 2023, ainsi que les passages pour geste suicidaire et troubles de l'humeur et les actes SOS Médecins pour états dépressifs dans une moindre mesure [40].

Les pensées suicidaires pour les jeunes de 18-25 ans touchent 3,6% des hommes et 5,6% des femmes. Depuis 2014, les pensées suicidaires ont été multipliées par 2 chez les 18-24 ans relève l'organisme public. De plus, l'âge médian de la dernière tentative de suicide est de 24 ans pour les hommes et les femmes rappelle SPF [40].

Le risque est majoré pour les étudiants, qui présentent une fréquence plus élevée de détresse psychologique et de dépression par rapport à la population non étudiante du même âge [73] [74].

Enfin, selon l'enquête ESCAPAD menée auprès de 26 351 adolescents de nationalité française de 17 ans en 2014, près de 3 % de l'ensemble des jeunes déclarent avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation, et un adolescent sur dix (10,4 %) avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois [75]. Une récente actualité vient renforcer ce constat puisque les résultats de l'étude EnCLASS 2022 dictent qu'environ un lycéen sur dix a déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie. C'est plus d'un quart d'entre eux (24,2 %) qui ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Il y a une différence genrée puisque les filles sont nettement plus concernées que les garçons et ce, quelle que soit la classe. En effet, 31% des lycéennes déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (contre 17,4% des lycéens) [76].

3. Déterminants en santé mentale

Un prisme dominant, souvent utilisé pour examiner des phénomènes psychologiques et sociaux, est celui des quatre niveaux d'analyses de Doise (1980). Ce modèle préfigure que chaque phénomène humain peut être examiné à travers quatre angles, et que ces quatre angles doivent être pris en compte pour aboutir à une compréhension globale.

- 1^{er} niveau – les processus intra-individuels : processus internes à l'individu ;
- 2nd niveau – l'étude des processus inter-individuels : c'est-à-dire qui impliquent au minimum deux personnes mais se limitent à une situation donnée (intra-situationnels) ;
- 3^{ème} niveau – les processus intergroupes : processus qui prennent en compte des dynamiques positionnelles dans une société donnée ;
- 4^{ème} niveau – le niveau sociétal : se situe au-dessus des dynamiques de groupes, prend en compte des réalités et croyances générales appartenant à une société donnée.

À l'aide de cette grille d'analyse, Minds a choisi de constituer son modèle des déterminants de la santé mentale, à la différence qu'ils ont fusionnés les niveaux 2 et 3 pour une simplification de l'ensemble. Ce sont ces déterminants qui seront des facteurs de risque ou de protection du suicide [77].

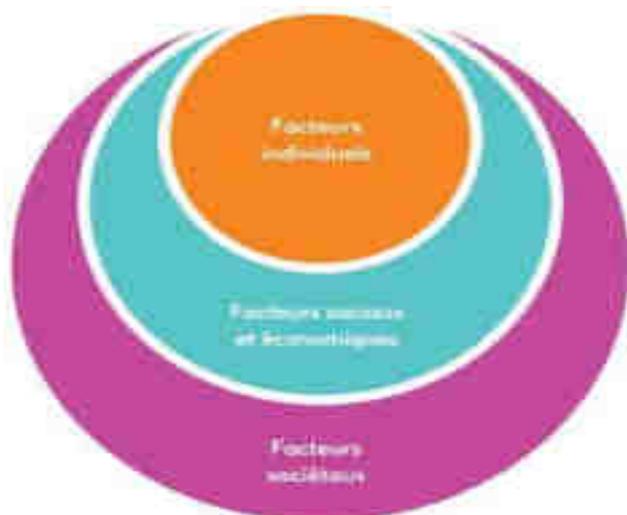


Figure 15 : Modèle des déterminants de la santé mentale

Les déterminants de la santé mentale - Synthèse de la littérature scientifique [Internet]. Disponible sur

: <https://www.minds-ge.ch/ressources/les-determinants-de-la-sante-mentale>

| | | |
|--|--|--|
| <p>FACTEURS BIOLOGIQUES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Génétique - Neurochimie - Stress - Neuroendocrinologie - Neurophysiologie <p>FACTEURS PSYCHOLOGIQUES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appréhension - Appréhension négative <p>FACTEURS LIÉS AU FAÇONNEMENT DE LA VIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation - Environnement social - Environnement physique - Santé et hygiène | <p>INDICES ET CÉRIBELLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stress - Anxiété <p>SITUATION ÉCONOMIQUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Santé économique - Éducation - Santé - Santé - Santé économique | <p>POLITIQUE SOCIALE ET ÉCONOMIQUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subvention sociale - Services sociaux - Politiques de logement - Droits sociaux - Autonomie sociale <p>ENVIRONNEMENT ET INFRASTRUCTURES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement - Éducation à la santé - Santé et sécurité - Santé et sécurité - Santé <p>CULTURE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Santé - Santé - Santé |
|--|--|--|

4. *Facteurs de risque du suicide*

Pour simplifier, on peut dire que la santé mentale repose sur des facteurs internes et externes, appelés donc déterminants en santé mentale, qui sont classés en trois catégories [78] :

- Ressources psychologiques et individuelles
- Tissu relationnel et socio-économique
- Contexte politique et sociétal

C'est à partir de ces différentes classes que nous allons dresser un catalogue non exhaustif des facteurs de risque du suicide. Dans la vraie vie, il y a souvent une imbrication et une concomitance de ces différents facteurs.

a) *Individuels – identitaires*

□ Genre

Comme constaté dans la partie consacrée à l'épidémiologie française, le risque de décès par tentative de suicide est plus de 3 fois supérieur chez l'homme que chez la femme.

Pour les personnes transgenres, le risque de faire une tentative de suicide est près de huit fois plus important selon une étude nationale danoise sur le sujet publiée en 2023 dans la revue scientifique *Journal of the American Medical Association* [79].

□ Catégorie d'âge

Les jeunes entre 15 et 30 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans sont à plus haut risque suicidaire que les autres catégories d'âge.

Bien qu'il soit erroné de chercher un motif unique au suicide qui est la résultante d'une pluralité et d'une multiplicité de facteurs, quelques pistes de réflexions émergent pour tenter de justifier les « motivations au suicide par classe d'âge ».

En premier lieu, s'agissant des jeunes, sont évoqués évidemment les effets de la pandémie du Coronavirus-19 et des confinements associés, la peur en l'avenir, le contexte économique et politique voire social, les conflits armés et/ou attentats, une forme d'éco-anxiété face au réchauffement climatique et ses conséquences, une pression scolaire accrue de performance et de réussite, une diminution de la fonction protectrice de la famille qu'importe sa conformation, l'usage des technologies numériques (internet et notamment les médias sociaux) mis en question quant à leur rôle dans la dévalorisation de soi prégnante des jeunes (image corporelle par exemple

notamment chez les jeunes filles [80]), mais également les biais genrés de la société et violences (sexuelles) dans le cas des jeunes filles [80] [70].

En second lieu, au sujet des personnes âgées, d'autres hypothèses émergent tels que la difficulté à supporter la sensation d'affaiblissement physique, un sentiment d'inutilité, la réduction des activités et loisirs sources auparavant de plaisir, les circonstances familiales amplifiant la solitude (pas d'enfants ou distance avec leur famille, veuvage, situations de transition comme le passage à la retraite synonyme de perte de statut socio-économique ou changement d'environnement comme le placement en institution, etc.), survenue d'évènements négatifs de la vie (deuil, rechute d'une maladie, perte d'autonomie), des douleurs somatiques, le climat sociétal latent de stigmatisation des aînés avec des propositions publiques (retrait du droit de vote, suspension du permis), etc. Une supposition qui pourrait être faite et qui prend tout son sens en regard de l'actualité politique de ces derniers mois est le nonaccès à l'euthanasie ou au suicide assisté en France, qui obligerait ainsi à mettre fin à ses jours de façon « clandestine illégale » ou de sa propre initiative. Il aurait à cet effet été intéressant de suivre le vote de la loi relative à « l'accompagnement des malades et de la fin de vie » et d'analyser par la suite si cela a un impact sur les statistiques de cette catégorie de personnes mais la dissolution de l'Assemblée Nationale le 9 juin 2024 a entériné avec elle ce projet de loi. Ce dernier reste néanmoins plébiscité par les associations de patients et par la société civile [81] [82].

□ Médical :

- Dépression et/ou troubles psychiatriques

Une étude britannique a montré qu'une dépression persistante à l'adolescence augmentait le risque d'automutilation suicidaire et de problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Plus largement, la dépression touche 50 à 70% des patients suicidés. Une autre étude a révélé que les garçons présentant des symptômes d'hyperactivité ou d'inattention, qui persistent de l'enfance à l'adolescence, courent un plus grand risque de pensées et de tentatives suicidaires [83].

En population générale, la présence de comorbidités psychiatriques actives ou anciennes multiplie le risque suicidaire par un facteur dix. Par exemple, l'anorexie mentale multiplie ce risque par vingt-deux, la dépression par vingt, la schizophrénie par huit, le trouble panique par huit et les troubles de la personnalité par sept [84].

- Problème de santé physique et/ou handicap

La présence d'une pathologie somatique (épilepsie, traumatisme crânien, cancer, VIH, etc.) peut augmenter le risque suicidaire d'un facteur variant d'un à deux [84].

- Conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme)

En complément, presque 50% des suicides se font sous l'emprise de l'alcool [84].

- Maladie psychiatrique dans la famille
- Antécédents de tentatives de suicide

Le risque suicidaire est majoré chez les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide [85] :

- o 75% des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide ;
- o La survenue d'une tentative de suicide multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante, et par 4 le risque de suicide ultérieur.

□ Parcours et événements de vie :

- Célibat

On dénombre un doublement du risque chez les célibataires (en Suisse) [86].

- Veuvage

Il y a 5 fois plus de risque chez les veufs (en Suisse toujours) [86].

- Subit des violences ou abus physiques / psychologiques / sexuels
- Difficultés avec la justice / détention

En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale dans le milieu libre [87].

- Placement en foyer d'accueil / institution
- Parcours migratoire
- Souffrance liée à des discriminations (orientation sexuelle, ethnie, etc.)

Concernant l'orientation sexuelle, « La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie a été estimée à 10,8% pour les femmes homosexuelles contre 4,9% pour les hétérosexuelles. Chez les hommes, les estimations s'établissaient à 12,5% pour les homosexuels contre 2,8% pour les hétérosexuels » pouvait-on lire en décembre 2011 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH).

Dans le même sens, selon l'association « Dites je suis là », le risque de suicide est quatre fois plus élevé chez les personnes LGBTQ+ que pour le reste de la population.

- Antécédents familiaux ou de proches qui se sont suicidés / risque de « contagion »

b) Socio-économiques

La relation de cause à effet entre formes déséquilibrées du lien social (c'est-à-dire les forces qui lient entre eux les membres d'une communauté sociale) et taux de suicide avait déjà été affirmée par Durkheim dans son étude sociologique nommé « Le suicide : Etude de sociologie » (1897) (suicide par excès/défaut d'intégration, excès/défaut de régulation).

Également, nous allons le voir, ces facteurs de risque mettent en exergue l'impact du déterminisme et des inégalités sociales sur la santé mentale des personnes.

□ Social :

- Vit seul
- Conflit conjugal/divorce
- Perte précoce des parents / abandon
- Famille monoparentale
- Subit du harcèlement

Le harcèlement est une problématique particulièrement préoccupante, notamment chez les jeunes. Lorsqu'ils en sont victimes, leur risque d'idéation suicidaire et de tentative de suicide est multiplié par 3 [88].

- Retrait social : isolement et/ou problèmes d'intégration

Des chercheurs de l'Université de Tokyo ont examiné les trajectoires de multiples symptômes psychopathologiques et comportementaux. La prévalence des pensées suicidaires chez les adolescents présentant un retrait social important et persistant était plus de deux fois supérieure à celle des adolescents présentant un retrait social faible (16,4 % vs. 6,9 %). La prévalence des pensées suicidaires chez les adolescents ayant des symptômes somatiques croissants était environ trois fois supérieure à celle des adolescents présentant peu de symptômes (20,7 % vs. 7,0 %).

- Situation familiale
- Pression sociale

□ Economique :

Le capital socio-économique à savoir la situation économique et professionnelle (de soi, de ses parents) joue un rôle prégnant.

- Problèmes financiers et/ou perception de sa situation financière (plus elle est détériorée, plus le risque de pensées suicidaires augmente)
- Conditions de vie précaires

Dans le point d'étape 2023 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie [89], il est mis en avant que les personnes modestes ont 3 fois plus de risques de commettre une tentative de suicide que les personnes aisées.

Compte-tenu de notre objet d'étude à savoir les jeunes, nous figurons ici à la fois les déterminants professionnels et scolaires :

□ Professionnel :

- Statut : ouvrier versus cadre

De forts écarts sont marqués entre les différents groupes sociaux : on note par exemple une surmortalité par suicide des ouvriers vis-à-vis des cadres (taux de suicide trois fois plus élevé que chez les cadres).

- Certaines professions

L'association Soins aux Professionnels de la Santé (SPS) estime que trois soignants se suicident tous les deux jours.

Dans une étude sur la mortalité par suicide des agriculteurs publiée en 2016, Santé publique France relevait qu'un agriculteur se suicide tous les deux jours en France [90] [91].

- Chômage / inactivité

On recense 8,5 fois plus de risque de suicide chez les chômeurs par rapport aux actifs (en Suisse) [86].

- Conditions de travail

Les conditions de travail dégradées instituent des risques psychosociaux générant un stress chronique qui favorise in fine l'apparition de troubles notamment psychiques, à l'image des drames qui surviennent dans certaines entreprises. France télécom en est une illustration marquante dans le début des années 2000 avec plusieurs dizaines de suicides et tentatives de suicide dans un contexte de harcèlement moral institutionnel et d'un management toxique systémique (isolement, pression, mobilité forcée) [92].

Plus récemment, la Poste a également été visée par une enquête pour homicide involontaire après deux suicides et une tentative de suicide de postiers entre fin 2017 et début 2018, coïncidant avec

des refontes de l'organisation des tournées de distribution des courriers qui ont « eu des conséquences directes sur les conditions de travail et de santé » de ces derniers d'après le cabinet d'expertise indépendant Secafi [93].

□ Scolaire :

- Niveau de diplôme

Un facteur associé aux tentatives de suicide repris par le baromètre 2017 de SPF [40] est le niveau de diplôme inférieur au baccalauréat.

- Situation scolaire : décrochage, déscolarisation

c) Contexte politique et sociétal

- Peur de l'avenir
- Crise énergétique
- Réchauffement climatique
- Inflation
- Post Covid
- Tensions géopolitiques
- Insécurité en lien avec les conflits armés

Plus globalement, ces conditions d'incertitudes sont particulièrement anxiogènes, notamment pour les jeunes qui sont perméables à toutes ces préoccupations qui les touchent en plein fouet et remettent en cause leur futur.

5. *Facteurs de protection du suicide*

Consécutivement aux facteurs de risque, nous pouvons établir de la même façon une liste de facteurs protecteurs qui sont donc antagonistes. Pour cette raison, cette partie sera davantage condensée et reprend les grands principes.

a) Individuels

- Bonne santé physique

- Hygiène de vie
- Estime de soi
- Compétences psychosociales

Cette notion apparaît en 1993 dans le lexique de l’OMS comme « la capacité d’une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C’est l’aptitude d’une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l’occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » (SPF). Elle décompte 10 compétences en 3 catégories : compétences cognitives, émotionnelles et sociales qui sont autant d’outils pour faire face aux difficultés rencontrées et agir positivement sur sa santé mentale.

b) Socio-économiques

- Environnement social

De bonnes relations familiales, amicales et amoureuses, de travail...

Le soutien des parents est un facteur protecteur.

- Epanouissement professionnel
- Sécurité économique

c) Contexte politique et sociétal

- Politiques inclusives qui prônent l’équité

III. Les politiques de prévention du suicide

Comme nous l’avons vu, il y a autant de formes de suicides que de motifs de détresse et de personnes touchées, il n’y a donc pas une prévention à porter mais des préventions.

Pour citer Frank Bellivier, délégué interministériel à la santé mentale, « les déterminants de ces souffrances sont donc multiples et ils appellent ainsi une politique globale et coordonnée » [94]. Nous allons à présent tenter d’analyser la construction et le contenu de cette dernière.

A. Définitions

Pour introduire cette partie, il semble opportun de définir l'ensemble des concepts que nous manipulerons par la suite.

En premier lieu, la **santé** selon la désormais très célèbre définition de l'OMS issue de sa constitution est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [95].

Un passage d'une approche symptomatique et médicale pure vers une approche holistique est donc encouragé dès 1946. De plus, physique et mental font paire dans ce concept qui est intégratif et positif plutôt qu'excluant, prenant donc en compte toutes les formes que revêt la santé.

C'est un changement de paradigme opéré par l'OMS dans le but de changer les perceptions et les mentalités en mettant en avant la multiplicité des facteurs qui affectent une personne et sa santé – des caractéristiques et comportements individuels, à l'environnement physique et social, en passant par le niveau de revenus et aux événements ayant un impact sur nos vies, ...

Il est intéressant de constater que, d'après l'OMS, « il n'y a pas de santé sans santé mentale » [96].

Consécutivement, l'OMS définit aussi la **santé mentale** comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » [97].

Là encore, il est important de noter que cette définition de la santé mentale va au-delà de l'absence de maladie mentale. Par exemple, une personne peut être en mauvaise santé mentale mais ne présenter aucun symptôme clinique de trouble ou maladie mentale. Inversement, une personne peut être en bonne santé mentale tout en présentant certains symptômes. L'un peut exister sans l'autre et vice-versa. La santé mentale n'est pas un état figé dans le temps mais plutôt un parcours et processus dynamique de recherche constante d'équilibre. Selon les circonstances, il peut changer en s'améliorant ou se détériorant [98]. C'est ce qu'on désigne comme le **double continuum de la santé mentale ou modèle bidimensionnel de la santé mentale**. Santé et maladie mentale représentent deux dimensions distinctes dans cette conception. Chacun possède son axe gradué, qui part des symptômes des maladies mentales de faible intensité jusqu'à ceux de haute intensité (en lien notamment avec le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5). De la même façon, l'axe de la santé mentale s'étend des symptômes négatifs aux symptômes positifs de bien-être émotionnel (par exemple la satisfaction de la vie), psychologique (par exemple

l'acceptation de soi) et social (par exemple l'intégration sociale) [99] [100] qui permettent de mener une vie épanouie en bonne santé mentale.

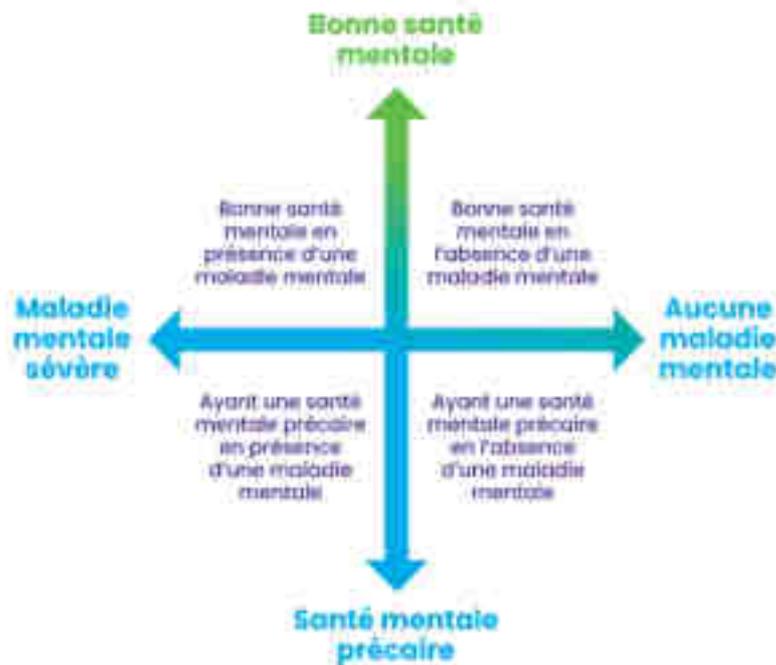


Figure 16 : Double continuum de la santé mentale, Santé mentale en milieu scolaire Ontario, 21 février 2024

Keyes CLM, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal Of Public Health [Internet]*. 22 oct 2010 ; 100(12) : 2366-71. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.192245>

La santé mentale est également déterminée par de nombreux facteurs socio-économiques, biologiques et environnementaux. Trois dimensions de la santé mentale peuvent être recensées selon SPF [101] :

- La santé mentale positive : recouvre le bien-être, l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux.
- La détresse psychologique réactionnelle : induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles (deuil, échec relationnel, scolaire, etc.). Attention, elle n'est pas forcément révélatrice d'un trouble mental !
- Les troubles psychiatriques de durée variable, plus ou moins sévères et/ou handicapants : se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées, et qui relèvent d'une prise en charge médicale.

Une politique, sous-entendue **politique publique**, est définie par le dictionnaire Larousse comme l'ensemble des options prises collectivement et/ou individuellement par les gouvernants d'un Etat dans quelque domaine que s'exerce leur autorité, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre dans certains domaines par le gouvernement. Plus largement, c'est une manière concertée d'agir. Ces politiques publiques s'appliquent dans différentes disciplines dont le santé.

On parle ainsi de **politique de santé**, action volontariste des autorités gouvernementales fixant des objectifs de santé au vu des besoins de santé de la population qu'elle administre (que ce soit à l'échelle nationale, régionale ou locale). La santé publique est donc au cœur de chaque politique de santé [102].

Des **priorités de santé** peuvent ainsi émerger et être définies. Ce sont des « problèmes de santé considérés comme graves au vu de certains indicateurs, et sur lesquels les pouvoirs publics doivent concentrer leur action par des études, des recherches, des groupes de travail, mais aussi par des politiques structurelles » si l'on s'en tient au discours de Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la Santé de l'époque [103].

Pour affiner toujours davantage les concepts, on peut également établir une politique de santé spécifique à la santé mentale. D'après l'article L3221-1 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 69 : « La **politique de santé mentale** comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, médecins libéraux, psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. »

Selon l'OMS, la **promotion de la santé** est « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » [104]. Selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, son but est de donner les moyens à la population d'agir favorablement sur sa propre santé, à travers le développement des aptitudes personnelles, la création d'environnements promoteurs de santé, le renforcement de l'action communautaire et des politiques publiques saines.

En ce sens, l'OMS distingue trois niveaux de **prévention** qui réunit toutes les dispositions prises pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension d'une maladie ou d'une situation :

- **Primaire** : ensemble des actions qui ont pour objectif d'éviter l'apparition de la maladie (en agissant sur les facteurs de risque) ;

- **Secondaire** : ensemble des actions qui visent la détection ou le repérage de la maladie à un stade où il est encore possible d'intervenir ;
- **Tertiaire** : ensemble des actions qui cherchent à diminuer les séquelles ou récidives et à faciliter la réinsertion sociale.

Pour information, certains considèrent qu'une quatrième dimension de la prévention existe afin d'accompagner des personnes en fin de vie (et désigne ainsi les soins palliatifs).

Ce concept peut être appliqué au cas du suicide pour lequel la prévention consiste en le repérage des signes de détresse pour éviter le passage à l'acte, la prise en charge des personnes et l'éviction de la récidive [105].

Il y aurait donc trois niveaux de prévention du suicide définis selon le moment où nous nous plaçons dans la tentative de suicide :

- avant la crise et la tentative ;
- pendant cette crise suicidaire ;
- après la crise.

De ces trois niveaux proviennent trois termes employés en suicidologie [106] :

- **prévention primaire ou antévention ;**
- **prévention-intervention ;**
- **prévention de la récidive ou postvention ou prévention tertiaire.**

B. Processus de constitution du suicide en tant que priorité de santé publique

Le suicide n'a pas toujours été un sujet central des politiques publiques de santé, ça a même été une longue bataille pour qu'il les intègre, à l'image de son long et chaotique parcours religieux, idéologique, législatif, historique. L'émergence d'une priorité nationale de santé publique en la qualité du suicide a été étudiée dans un article du même nom de la revue du Haut Conseil de Santé Publique [103], et nous pouvons détailler à présent la chronologie de ce procédé.

Tout commence en 1986 avec la parution d'une étude de l'Inserm [107] qui met en évidence l'augmentation significative du nombre de suicides survenus depuis le milieu des années 1970. Mais « tout commence » est un bien grand mot puisque cette dernière génère peu de conséquences notamment en termes d'actions des pouvoirs publics. À cette époque, ce sont surtout les associations qui menaient la prévention du suicide. En parallèle, du côté de la loi, la législation du 31 décembre 1987 condamne la provocation au suicide et l'érige au rang des délits.

En 1991, les choses s'accroissent grâce à la parution d'une note d'information sur les suicides et tentatives de suicides au Bulletin Officiel du ministère de la Santé (qui sera reprise dans une circulaire sur les urgences psychiatriques abordant le sujet et recommandant des prises en charge).

Dans le même temps, des actions tests sont menées sur différents sites hospitaliers, en lien avec la DGS, afin de définir des modalités de prise en charge et de coordination ville-hôpital.

Également, Alain Calmat préside durant cette année une mission sur la prévention du suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le rapport se distingue par sa vision holistique du suicide puisqu'il vise à recenser l'ensemble des mécanismes législatifs, historiques, épidémiologiques, psychosociologiques, économiques et professionnels en cause dans le suicide des adolescents.

L'année suivante, en cohérence avec l'idée de définir un ensemble d'objectifs et actions prioritaires, un rapport du HCSP paraît au titre de « Stratégie pour une politique de santé ».

Pour correspondre à cette nouvelle nécessité, l'organisation de la DGS change afin de mieux répondre à sa mission de définition, impulsion, suivi de la politique nationale de santé.

En 1993, une étude du Conseil économique et social prend à bras le corps le suicide à l'initiative d'un professeur de médecine légale, membre de la section Affaires sociales, Michel Debout. Il justifie sa volonté avec les termes suivants : « le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias » [108]. Cette étude a pour but « de permettre, après bien d'autres, de sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à cette souffrance à la vie qui n'offre d'autre issue que la mort », en dressant une vision pluridimensionnelle du suicide. Il contribue indubitablement à une prise de conscience des pouvoirs publics de la dimension de santé publique du suicide (au-delà de leur vision individuelle de ce dernier).

En 1994, un autre rapport met en évidence l'urgence et l'importance à considérer le suicide comme une priorité de santé publique. En effet, « La santé en France » du HCSP [109] met en lumière à la suite d'une grande consultation d'experts en santé publique que le suicide est vu comme une priorité des professionnels de santé qui le citent spontanément. Cependant, à la sortie de ce rapport, aucune action spécifique au suicide n'est ordonnée.

Consécutivement, des conférences régionales sont organisées sous l'impulsion du ministre de la Santé de l'époque pour dresser un état des lieux de la santé sur le territoire et en déduire des priorités. Deux tiers des territoires nomment le suicide et la dépression en problèmes de santé prioritaires. Un certain nombre de ces régions décident même de constituer des programmes

régionaux de prévention du suicide pour y répondre (dont des actions spécifiques aux jeunes). Cela permet au suicide et à sa prévention de figurer au cours de la conférence nationale de santé au rang des dix priorités nationales de santé.

Le 5 février 1997, la première Journée nationale de prévention du suicide voit le jour sous l'impulsion d'un groupement d'associations.

En juin 1997, Bernard Kouchner profite de son arrivée au poste de secrétaire d'Etat à la santé pour exhorter la DGS (et particulièrement le bureau SP3 en charge de la santé mentale) à mener une réflexion nationale sur la prévention du suicide en France.

Lors du discours de clôture de la seconde journée nationale de prévention du suicide évoquée plus haut, Bernard Kouchner annonce quatre axes de mesures à déployer : le développement de l'écoute, la meilleure prise en charge des adolescents à l'hôpital, l'appui sur les médecins généralistes, et le lancement d'une politique de communication. L'objectif chiffré de réduction du taux de suicide est qu'il passe « en dessous de la barre symbolique des 10 000 morts par an en France » d'ici l'an 2000 (tout l'enjeu de cette partie sera notamment de comprendre pourquoi, plus de 25 ans plus tard, cette décroissance n'a toujours pas été possible, mais nous reviendrons dessus plus tard) [103]. C'est ainsi que naît le premier programme national de prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes.

En résumé, différentes étapes se succèdent pour aboutir à la constitution d'une priorité de santé, comme ce fut le cas pour le suicide :

- Prise de conscience du problème par un certain nombre d'acteurs clés (associations, professionnels de santé, chercheurs, pouvoirs publics...)
- Volonté politique de déterminer des priorités
- Reconnaissance du problème dans plusieurs documents officiels

Dans le cas du suicide, la succession des rapports du Conseil économique et social et du Haut Comité de la santé publique, des conférences régionales de santé, puis des conférences nationales de santé ont contribué à sa reconnaissance en tant que « priorité ».

- Impulsion politique à l'action
- Organisation administrative ad hoc, impliquant la mobilisation de personnes chargées du dossier,
- Élaboration de programmes d'action, faisant intervenir des acteurs d'horizons divers, tous concernés par le problème.

Notons qu'un élément clé pour la mise en œuvre des actions marquant et actant la réalité de la priorité accordée au suicide en France est évidemment les moyens et ressources qui y seront/sont alloués.

C. Historique des législations

1. *Échelle mondiale*

De la même façon, nous pouvons dresser le cadre mondial des politiques publiques de réduction du suicide en réalisant également une chronologie des événements.

En 1996, l'ONU et l'OMS listent des éléments globaux, dits essentiels, pour une prévention efficace du suicide. Ils y soulignent notamment l'importance du suivi afin de s'assurer de l'efficacité de la prévention du suicide. De plus, ils énoncent la recommandation que chaque pays mette en place une politique nationale de prévention du suicide, liée, autant que possible, à d'autres programmes de santé publique. Ce qui sous-tend cet objectif est que la prévention du suicide ne doit plus être une politique isolée.

En mai 1998, la 51^{ème} Assemblée mondiale de la Santé adopte la Déclaration mondiale sur la santé intitulée "Politique de la Santé pour tous au XXI^{ème} siècle". De cette déclaration, nous pouvons extraire l'objectif qui met au premier plan l'amélioration de la santé mentale en suggérant que "d'ici 2020, il convient d'améliorer la santé mentale de la population et de proposer aux personnes ayant des problèmes psychiques des services de qualité accessibles à tous." Le but recherché est surtout de faire reculer le taux de suicide.

La véritable première initiative mondiale directement en lien avec la promotion du suicide date de 1999 avec le lancement par l'OMS du programme SUPRE. Ce dernier vise à réduire la mortalité et la morbidité dues aux comportements suicidaires, à briser les tabous qui entourent le suicide et à réunir les autorités nationales et le public d'une manière intégrée pour relever le défi de la prévention du suicide.

Plus spécifiquement, il se fixe différents objectifs à atteindre tels que :

- parvenir à une réduction durable du nombre de suicides et de tentatives de suicide, en mettant l'accent sur les pays en développement et les pays en transition économique et sociale
- identifier, évaluer et éliminer à un stade avancé, et dans la mesure du possible, les facteurs qui peuvent entraîner les tentatives de suicide chez les jeunes
- accroître la sensibilisation générale au sujet du suicide et fournir un soutien psychosocial aux personnes ayant des idées suicidaires ou des expériences de tentatives de suicide, ainsi qu'à leurs parents et amis proches

Associés à ce programme, des documents de bonnes pratiques à destination notamment des professionnels en lien avec la thématique sont diffusés.

Par la suite, dans "Le rapport mondial sur la violence et la santé" de l'OMS datant de 2002, la violence est considérée pour la première fois comme un problème de santé publique mondial. Le chapitre 7 qui traite de la violence dirigée contre soi-même, est consacré à la problématique du

suicide. Des recommandations y sont ainsi formulées pour lutter contre les comportements suicidaires qu'ils soient mortels ou non comme :

- recueillir des données fiables et à jour sur les comportements suicidaires fatals et non fatals ;
- effectuer plus de recherches pour examiner la contribution relative des facteurs biologiques et psychosociaux au comportement suicidaire ;
- améliorer le traitement des troubles psychiatriques afin de prévenir le suicide des personnes atteintes de tels troubles ;
- effectuer des changements environnementaux afin de limiter l'accès à des méthodes de suicide ;
- renforcer les interventions communautaires.

À partir de ces années, en parallèle, le Réseau européen de l'OMS sur la prévention du suicide s'allie à l'ONG Santé Mentale Europe, notamment pour tisser des relations avec le Bureau Régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé ou le Conseil de l'Europe. Le rapport annuel 2004 de Santé Mentale Europe présente les activités menées par l'ONG dont l'un d'eux étant "Lignes directrices pour des programmes de prévention du suicide » et cherchait à rassembler des informations sur les programmes et les stratégies de du suicide qui existaient toutes échelles considérées. Le rapport final fournit ainsi des informations sur les principes nécessaires pour mettre en place des stratégies efficaces de prévention du suicide, aux niveaux national, régional et local, et donne des exemples des stratégies nationales et régionales de prévention du suicide dans la région OMS Europe [110].

La 66^{ème} assemblée mondiale de la santé qui se déroulait en mai 2013 permet l'adoption du premier plan d'action pour la santé mentale de l'OMS, qui porte l'objectif de diminuer de 10% le taux de suicide dans l'ensemble des pays d'ici à 2020.

L'OMS y considère enfin le suicide comme une priorité de santé publique, ce qui s'entend dès le titre du plan « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial, publié en 2014 ». Différentes ambitions y sont listées.

Le suicide est également l'un des problèmes de santé prioritaires du « Programme d'action de l'OMS : Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) », lancé en 2008 et dictant des orientations techniques pour développer la prestation de services et les soins pour les troubles mentaux, neurologiques et liés aux substances psychoactives.

Par la suite, dans le Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, les États membres de l'OMS s'engagent à consacrer leurs efforts à l'atteinte de la cible mondiale d'une réduction d'un tiers du taux de suicide dans les pays d'ici à 2030. Le plan souligne notamment que les jeunes constituent l'une des classes d'âge les plus sujettes à l'idéation suicidaire et aux actes

autodestructeurs.

Ajoutons également que le taux de mortalité par suicide est un indicateur de la cible 3.4 des objectifs de développement durable qui fixe l'ambition d'ici à 2030, de « réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être » [111].

En 2019, un décès dans le monde sur 100 est intenté par suicide, ce qui pousse l'OMS à élaborer de nouvelles orientations pour accélérer la prévention et la prise en charge du suicide. En parallèle, le suicide est la 4^{ème} cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans.

Le Docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, annonce ainsi en 2021, en sortie de pandémie, sa nouvelle approche « Live life – Guide pratique pour la prévention du suicide dans les pays ». Selon lui, « Chaque suicide est une tragédie. Il est d'autant plus important aujourd'hui de porter attention à la prévention du suicide, que nous venons de vivre de longs mois de pandémie de COVID-19, et que de nombreux facteurs de risque de suicide – perte d'emploi, difficultés financières et isolement social – sont toujours très présents. » Ce guide propose 4 stratégies :

- limiter l'accès aux moyens de se suicider, comme les armes à feu et les pesticides les plus dangereux puisque l'empoisonnement par les pesticides serait à l'origine de 20 % de tous les suicides, et que les interdictions nationales de pesticides hautement dangereux à toxicité aiguë se sont révélées rentables (mais aussi la réduction de la taille des conditionnements de médicaments et l'installation de barrières sur les sites d'où il est possible de sauter dans le vide) ;
- former les médias à une couverture responsable du suicide ;
- favoriser les compétences psychosociales chez les adolescents étant donné que la période de 10 à 19 ans est clé pour cette acquisition mais aussi que la moitié des problèmes de santé mentale apparaissent avant l'âge de 14 ans ;
- à un stade précoce, identifier, évaluer, prendre en charge et suivre toute personne ayant des pensées et/ou un comportement suicidaire [112].

2. *Echelle européenne*

L'état des lieux européen n'est guère plus encourageant comme nous l'avions déjà dressé plus haut [113]:

- En 2018, les problèmes de santé mentale touchent 84 millions de personnes en Europe d'après le rapport Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)/UE « panorama de la santé »
- Par la suite, en 2022 soit en situation post-Covid-19, près de la moitié des jeunes européens

présente une santé mentale précaire, le taux de dépression des 15-20 ans a plus que doublé et on assiste à une forte hausse du nombre de suicides

- Une manifestation de ces signaux se retrouve dans le monde du travail puisque les troubles de santé mentale deviennent les principaux motifs de demande de congé maladie au Danemark par exemple ou encore au Pays-Bas
- Plus largement, un haut niveau de stress est retrouvé dans les sociétés européennes entre contexte de changement climatique, guerre en Ukraine et inflation donc précarité socio-économique

Pourtant, l'Union Européenne s'est emparée du sujet de la santé mentale il y a presque une vingtaine d'années. Cela commence en 2005 par la publication d'un livre vert « améliorer la santé de la population – vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne ». Puis, cela se poursuit en 2008 avec un pacte européen pour la santé mentale et le bien-être qui consacre déjà un volet sur la santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif [114].

On peut à cette époque reprocher aux politiques de santé européennes que celles-ci soient concentrées uniquement sur le traitement des maladies physiques.

C'est la pandémie de Coronavirus qui relance le sujet de la santé mentale à l'échelle européenne. Notamment, les confinements successifs qui ont empêché les interactions sociales et les différentes activités, synonymes ainsi d'isolement, d'anxiété et de dépression. La première cible de ce mal-être fut évidemment les jeunes. Mais en plus de créer des situations inédites de souffrance, elle a perturbé les patients qui bénéficiaient d'ores et déjà de soins de santé mentale. Les restrictions sanitaires ont donc provoqué le retour sur scène publique du sujet de la santé mentale, et ainsi une forte demande de la part des citoyens de voir les autorités agir pour la santé mentale dans une approche « plus ambitieuse et plus globale de la santé ».

Depuis la pandémie, l'UE a notamment adopté un rôle de coordination des actions entre ses États membres. Elle a par exemple créé une plateforme interactive permettant aux professionnels de santé de s'organiser en réseau et de partager leurs expériences et recommandations. En juin 2022, la Commission européenne lançait l'initiative « vivre ensemble en bonne santé », qui vise à aider les pays de l'UE à définir et mettre en œuvre des politiques et des mesures efficaces en termes de maladies non transmissibles. Cette initiative possède un volet santé mentale et prodigue des orientations pour les autorités nationales et de santé sous forme de document libre d'accès, à compléter au fur et à mesure des progrès réalisés par la recherche. Mais l'UE agit surtout pour financer la recherche, le suivi et l'évaluation des moyens de soin et de prévention pour la santé mentale. Cela passe aussi par le financement de la recherche appliquée et de projets pilotes, pour déterminer les modes d'action les plus efficaces.

Dans son discours sur l'état de l'Union Européenne de septembre 2022 [115], la présidente de la

Commission européenne, Ursula von der Leyen, avait annoncé une nouvelle approche globale de la santé mentale en 2023. Cela s'inscrivait dans le cadre d'action européen 2021-2025 de l'OMS Europe pour la santé mentale annoncé un an auparavant. Cette résolution vise prioritairement à « servir de base à l'intensification des efforts déployés dans toute la Région pour promouvoir le bien-être mental et fournir de meilleurs services de prévention, de traitement et de réadaptation dans le domaine des troubles de la santé mentale » [116].

3. *Echelle nationale*

Retraçons désormais la chronologie et le contenu des plans successifs ordonnés en lien avec le suicide en France.

- Avant 1998, des actions régionales de prévention du suicide émergent localement.
- Mais c'est véritablement en 1998 que voit le jour le **premier programme national de prévention contre le suicide des adolescents et des jeunes adultes (1998-2000)**.

Nous pouvons considérer ce programme plutôt comme une phase de réflexion et de mise en route de la prévention du suicide. Il a permis par exemple la conduite d'audits cliniques de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES) dans 60 établissements de santé des régions ayant une programmation dans le domaine du suicide en lien avec les recommandations formulées en 1998 sur la prise en charge hospitalière ou encore l'évaluation et l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux en Santé (FNORS).

Cela a abouti en 2000 à la publication par le comité scientifique d'une note d'information compilant les données épidémiologiques sur les facteurs de risque du suicide et les actions existantes pour le prévenir.

- C'est également en 2000 que se déroule la **conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge »** qui est à la base d'un programme de formation très largement diffusé depuis. Cela acte également la priorité donnée en France à la prévention du suicide (qui par la suite deviendra une urgence mondiale pour l'OMS à partir de 2014).
- Par la suite, la Circulaire n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) signée par Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé de l'époque, décline des actions prioritaires en termes de prévention primaire du suicide pour 2001.
- Lors d'une conférence européenne sur la prévention du suicide des jeunes, donc dans le cadre de la présidence française de l'Union Européenne la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 est annoncée le 20 septembre 2000. Elle vise à décrire des orientations prioritaires pour la prévention du suicide des jeunes. Sont ainsi délimités 4 axes d'interventions :

favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge du suicide, améliorer sa connaissance épidémiologique.

- Dans cette continuité, la circulaire du 5 juillet 2001 perpétue la définition des orientations de la stratégie.
- La circulaire 29 avril 2002 est plutôt dirigée vers l'action locale puisqu'elle demande le développement en régions de formations au dépistage de la crise suicidaire, à travers l'identification de 10 types de personnes ressources pouvant suivre les personnes qui présentent des pensées suicidaires.
- Une circulaire du 26 avril 2002 oriente plus spécifiquement la stratégie de prévention du suicide vers la prévention du suicide des détenus, elle effectue donc une stratégie populationnelle.
- Dans cette succession de circulaires parvient ensuite la Circulaire DGS/SD 6 C n° 355-2003 du 16 juillet 2003 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 qui identifie des actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003, donc qui s'intéresse à nouveau à la déclinaison locale de la stratégie de prévention du suicide. À l'ordre du jour : repérage de la crise suicidaire, poursuite des audits cliniques, constitution de réseau de prévention du suicide et réduction de l'accès aux moyens létaux [117].
- Est ensuite décidé un plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 dont le quatrième axe consiste à mettre en œuvre des programmes spécifiques comme pour la dépression et le suicide. Y sont ensuite détaillées des ambitions de poursuite des actions prévues dans la stratégie nationale 2000-2005, d'évaluation des politiques nationales et locales menées face au suicide et de développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent. Sur ce point sont par exemple évoqués le repérage de la dépression dans les établissements scolaires, la mise en place des maisons des adolescents ou encore le développement de l'offre de soins en pédopsychiatrie [118].
- La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe des objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé. L'un de ces objectifs (objectif 092) vise à réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (ce qui signifie passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an). Nous pouvons noter que l'objectif n'a pas atteint le niveau requis (par exemple nous dénombrons 12 500 décès en 2006, après correction de la sous-estimation). Sont mis en avant des taux nettement plus élevés chez les hommes et les personnes âgées ou encore de fortes disparités régionales [119].
- Un autre plan populationnel voit enfin le jour à travers le plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010. Ce dernier comporte des mesures spécifiques sur les jeunes et la crise suicidaire, par

exemple l'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge. Pour cela, il est encouragé de déployer des formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire et des formations sur la souffrance psychique des jeunes, mais aussi de diffuser un guide pour mieux agir en milieu scolaire sur les comportements à risque [120].

- Est ensuite promulguée la loi HPST du 21 juillet 2009 qui consacre le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) et introduit également la notion de Plan Régional de Santé (PRS).
- Certains plans continuent de s'intéresser à certains profils à risque de suicide. C'est le cas du plan d'urgence pour la prévention du stress au travail d'octobre 2009 qui décline une politique de prévention des risques psychosociaux des travailleurs. Cela n'est pas éloigné de la thématique du suicide comme nous l'indique Xavier Darcos, alors ministre du Travail, dans un discours devant le conseil d'orientation sur les conditions de travail (Coct) du 24 février 2010 « J'ai décidé de lancer ce plan pour endiguer la vague de suicides dans certaines entreprises comme France Telecom et, plus largement, pour inciter chacun à prendre ses responsabilités sur ce sujet essentiel, dans la ligne de l'accord national interprofessionnel de 2008 signé par les partenaires sociaux ».
- Par la suite, lui succède le plan santé au travail 2010-2014 dont l'action 13 est dédiée aux risques psychosociaux (RPS) [121].
- Un plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 prend la suite du plan précédent du même nom pour porter l'enjeu de prévention des ruptures dans les parcours de vie des personnes concernées, quel que soit leur lieu de vie. Il porte aussi l'ambition de faire « mieux vivre avec des troubles psychiques ». En effet, les troubles psychiatriques sont enfin entendus comme un véritable enjeu de société et de santé publique, d'autant plus lorsqu'on sait à la fois qu'ils touchent une personne sur cinq selon l'OMS mais surtout qu'ils sont responsables d'une grande part de la mortalité par suicide.

Dans ce plan, les actions « articulées avec le programme national d'action contre le suicide 2011-2012 » sont encouragées comme celles visant l'information et la communication sur la santé mentale et la prévention du suicide [122].

- Une initiative à distinguer parmi cette suite de mesures est le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Il propose 6 directions à explorer pour mieux prévenir le suicide : le développement de la prévention et de la postvention ; l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire (avec un volet évaluation et mesures dans le but d'améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent) ; l'information et la communication autour de la prévention du suicide ; la formation des professionnels ; les études et la recherche ; le suivi et

l'animation du programme d'actions contre le suicide (pour faire le lien avec les déclinaisons régionales du programme pilotées par les ARS) [123].

- La mise en œuvre de la loi 2016-41 de modernisation du système de santé signe la création des projets territoriaux de santé mentale, prévoyant ainsi la déclinaison territoriale de la politique de santé mentale (décret 2017-1200 du 27 juillet 2017). Elle sert également à affirmer que la santé mentale constitue l'une des cinq priorités nationales de santé.
- Pour poursuivre les travaux sur la prévention des risques psychosociaux au travail est renouvelé un plan santé au travail 2016-2020.
- Le 10 octobre 2016 marque l'installation d'une nouvelle instance de discussion et de décision, le Conseil national de santé mentale (CNSM). Cette instance plébiscitée par les acteurs du champ de la santé mentale est créée pour permettre de mettre en œuvre une stratégie globale et transversale des enjeux de la santé mentale, pour mieux prévenir les troubles psychiques et psychiatriques et mieux prendre en charge et accompagner ceux qui en souffrent. À son institution, il est présidé par Alain Ehrenberg, sociologue et directeur de recherche émérite au CNRS. Une lettre de mission, en date du 3 novembre 2016, fixe les axes et orientations des travaux à mener sous son impulsion. Guidé par les axes de réflexion prioritaires fixés par le ministère, et les conclusions du rapport Laforcade sur la santé mentale, le CNSM a pour objectif de veiller à la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social, logement, insertion professionnelle, etc.), sous une approche holistique de la santé mentale [124].
- Un nouveau plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes est conclu en novembre 2016. Son titre est assez équivoque quant à son but « Les situations de fragilité et de mal-être des jeunes : mieux discerner, mieux comprendre, mieux accompagner ». En effet, ce plan doit permettre au bien-être et à la santé des adolescents et des jeunes adultes de devenir partie intégrante des politiques éducatives, des politiques d'accès aux soins, des politiques de soutien aux familles, des politiques de la jeunesse, en synthèse de toutes les politiques qui touchent le jeune [125].
- Toujours concernant le bien-être des salariés, une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail est dédiée plus spécifiquement aux professionnels de santé et s'intitule « prendre soin de ceux qui nous soignent ». Datant de décembre 2016, l'engagement 10 est notamment de détecter et de prendre en charge les risques psychosociaux en lien avec le suicide des soignants. Comme nous l'avons découvert plus haut, ces professions sont effectivement un facteur de risque du suicide [126].
- Plus récemment, la stratégie nationale de santé 2018-2022 qui s'est achevée récemment indiquait que « La prévention du suicide, qui cause de nombreux décès évitables, est un enjeu majeur ». Il

était donc question de renforcer la prévention du suicide, notamment le suivi et l'accompagnement des personnes à risque suicidaire, et en particulier après une première tentative (puisque les risques de refaire une tentative de suicide sont plus élevés lorsqu'une tentative a déjà été tentée). Elle accorde également un focus aux troubles psychiques qui ont un retentissement majeur chez les jeunes [127].

- Le plan national de santé publique 2018-2021 « priorité prévention – rester en bonne santé tout au long de sa vie » paru en avril 2018 poursuit cette attention particulière des personnes ayant tenté de se suicider en consacrant l'une des mesures phares au recontact des suicidants.

Dans ce plan, il était demandé de mettre en place un kit de prévention du suicide comportant cinq actions qui sont complémentaires entre elles à savoir le recontact, la formation des médecins généralistes, un numéro d'appel national, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public. C'est cette même logique et ces mêmes priorités qui sont aujourd'hui encore poursuivis dans la stratégie ministérielle de prévention du suicide.

L'accent doit, d'après toujours le même plan, être mis sur l'organisation d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide à leur sortie des urgences ou d'une d'hospitalisation dans chaque région et à l'étude des conditions de mise en place d'une ligne d'écoute nationale gérée par des professionnels formés à l'intervention téléphonique de crise suicidaire, et capables d'orienter vers les ressources existantes en fonction des situations [128].

- Nous pouvons souligner l'installation du comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie (CSSMP) en juin 2018.
- Pour fixer le cap de la transformation systémique et structurelle du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie, une feuille de route dédiée voit le jour le 28 juin 2018. L'axe qui touche davantage à notre sujet est celui qui consiste à « Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ».

Son premier but en ce sens est de mettre à disposition des ARS, qui pilotent la stratégie de santé sur les territoires, un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide. Celles-ci visent majoritairement à repérer puis maintenir le lien avec les personnes en souffrance mais aussi à savoir les orienter vers les ressources appropriées [129].

- Le communiqué de presse de la Direction Générale de la Santé (DGS) le 10 septembre 2019 présente trois actions clés en cours de développement à l'échelle territoriale, à savoir :
 - o Le maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide grâce au dispositif Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide. À ce moment, Vigilans est opérationnel dans neuf régions, et il est prévu qu'il soit disponible dans l'ensemble du pays d'ici 2021.
 - o La formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes à risque

suicidaire, adaptée aux rôles et compétences des personnes formées à savoir des professionnels de santé mais aussi des citoyens volontaires afin de former un réseau de personnes ressources dans chaque région.

- o Le développement d'actions ciblées pour lutter contre le risque de contagion suicidaire, phénomène par lequel la médiatisation inappropriée d'un événement suicidaire est susceptible d'inciter des personnes au passage à l'acte par « imitation » (nous détaillerons ce processus documenté plus tard dans l'exposé).

Il est rappelé que l'ensemble des actions poursuivent les efforts engagés dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ou dans d'autres outils et instances locales au service de la politique de santé mentale (conseils locaux de santé mentale (CLSM), contrats locaux de santé (CLS), etc.) [130].

- Une instruction du 10 septembre 2019 concernant la stratégie multimodale de prévention du suicide vise à accompagner les ARS dans la mise en œuvre de la stratégie régionale de prévention du suicide de leurs projets régionaux de santé. Ce qui sous-tend cette action est le développement simultané dans les régions d'un ensemble d'actions intégrées, conformément à l'expression consacrée dans l'action 6 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée par le ministère de la Santé le 28 juin 2018 [131].
- Le 8 décembre 2020, la DGS lance un appel à projet pour identifier le pôle opérationnel national en charge de la mise en place du numéro national de prévention du suicide. Cette action, que nous retrouvons dans la volonté de nombreux plans décrits précédemment, constituait un des axes principaux de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 [132].
- La circulaire du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide réinsiste et réaffirme l'accompagnement et le soutien qu'elle prodigue aux ARS dans la mise en place de la stratégie de prévention du suicide et décline notamment le plan de déploiement de ce numéro national [133].
- Ainsi, le 1^{er} octobre 2021, naît officiellement la ligne 31 14 dédiée à la prévention du suicide.

« Gratuit, accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, depuis tout le territoire national, ce numéro permettra d'apporter une réponse immédiate aux personnes en détresse psychique et à risque suicidaire », nous informe le ministre des Solidarités et de la Santé du moment, en la qualité d'Olivier Véran, à l'occasion de l'ouverture des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie fin septembre 2021. « Au bout du fil, des professionnels de santé, formés, mobilisés, en lien avec des acteurs du soin de chaque territoire, pourront apporter des réponses adaptées à toute situation », avait-il ajouté [134].

- L'instruction de la DGS du 6 juillet 2022 assoit la déclinaison régionale et départementale de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide. Il est question de mobiliser les différents acteurs locaux autour du développement des axes de la stratégie et d'organiser leur synergie. Il s'agit aussi de constituer une gouvernance régionale et locale, accompagnée d'un suivi de la stratégie [135].
- *La stratégie en vigueur actuellement fera l'objet d'une partie spécifique.*
- Mais nous voyons déjà apparaître le futur de cette chronologie au travers du discours de politique générale fin janvier 2024 de l'ex Premier ministre Gabriel Attal. Ce dernier a partagé sa volonté de faire de la santé mentale de la jeunesse la Grande Cause de son action gouvernementale.
- Suite à cette annonce, les acteurs de la santé mentale et de la jeunesse ont réagi par le biais d'une pétition visant à inscrire la santé mentale comme grande cause nationale 2025 [136].
D'après eux, faire de la Santé mentale une Grande Cause nationale « permettrait de poursuivre trois objectifs :
 - o Informer : faire en sorte que chacun puisse mieux comprendre ce qu'est la santé mentale, apprendre dès le plus jeune âge à identifier les facteurs de risque susceptibles de la mettre à mal et les actions qui permettent d'en prendre soin, mieux connaître les maladies qui s'y rapportent.
 - o Prévenir : mettre en place une véritable politique de promotion de la santé mentale, faire progresser la prévention, développer le repérage précoce et les réponses graduées pour une prise en charge de la souffrance psychique à la hauteur des besoins de notre société, en formant et informant sans relâche.
 - o Déstigmatiser : faire évoluer les représentations sur les troubles psychiques pour restaurer l'espoir, en montrant que le rétablissement est possible, que la recherche et les innovations, mais aussi les réponses aux personnes en situation de handicap psychique, peuvent améliorer la vie de ceux qui souffrent de même que la vie de leurs proches. »

Ce plaidoyer est porté par un collectif d'une vingtaine de réseaux (AIRE, ADESM, Advocacy France, AJPJA, Alliance pour la Santé Mentale, Argos 2001, CCOMS, ClubHouse, CNIGEM, Facettes Festival, FEHAP, Fondation Falret, Fondation FondaMental, MGEN, Nightline, Positive Minders, PSSM France, Psycom, SantéMentaleFrance, UNAFAM) représentant plus largement environ 3000 structures travaillant dans le champ de la santé mentale au sens large (représentants de la psychiatrie, du champ médico-social, de l'accompagnement professionnel, sanitaire et social, des usagers, des familles et proches, des pairs aidants, des lignes d'écoute, etc.).

D. Cadre national actuel des politiques publiques de réduction du suicide

Le postulat de départ qui guide l'ensemble des politiques publiques de réduction du suicide est que le suicide est en grande partie évitable. Tout doit donc être mis en œuvre pour l'éviter effectivement, ce qui est sans doute l'objectif de la stratégie nationale actuelle de prévention du suicide.

Cela représente d'autant plus un enjeu de santé publique lorsque l'on sait qu'un suicide impacte 6 à 14 personnes et expose 135 personnes [137]. Ces mêmes indicateurs sont mis en avant par SPF qui estime qu'un suicide endeuille 7 proches et impacte plus de 20 personnes [43].

Pour donner quelques éléments de contexte, la stratégie nationale de prévention du suicide provient avant tout d'une recommandation mondiale de l'OMS. En effet, dans son rapport « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale », elle suggère de « catégoriser les actions de prévention en trois niveaux selon leur portée et leur objectif :

- Les stratégies universelles élaborées pour atteindre la population dans son ensemble,
- Les stratégies sélectives menées à l'endroit des groupes vulnérables, c'est à dire présentant un risque suicidaire significatif compte-tenu de leurs antécédents, de leur exposition à l'adversité, ou de leur situation sociodémographique,
- Les stratégies ciblées qui s'adressent à des personnes hautement vulnérables du fait qu'elles ont déjà présenté un ou des comportements suicidaires ou des troubles de santé mentale. »

Bien évidemment, ces niveaux d'intervention se complètent.

Elle est planifiée par le ministère de la Santé au travers de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 et particulièrement de son action numéro 6, et pilotée localement par les ARS [138].

Cela s'inscrit également dans la continuité de l'une des recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) dans son rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2015. En effet, le HCSP conseillait de centrer les actions de prévention du suicide sur les populations à risque, en prenant en compte les catégories de comportement suicidaire et de troubles psychiques suicidogènes.

Cette stratégie multimodale de prévention du suicide est donc décrite par l'instruction N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 [139] qui souhaite mettre en œuvre de façon coordonnée dans les territoires un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide à travers le développement de quatre actions complémentaires, associant largement personnes concernées, associations, experts, chercheurs et professionnels de première ligne [140]. Nous allons à présent décliner les multiples

actions sélectionnées, en y ajoutant des éléments d'évaluation de leur efficacité [141].

a. Action 1 — Vigilans : garder le contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide

Partant du constant que 75% des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide et que la survenue d'une tentative de suicide multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante ainsi que par 4 le risque de suicide ultérieur, un premier axe devait se concentrer sur la lutte contre la récurrence. En 2015, dans les Hauts de France, un système de recontact et d'alerte ainsi qu'un réseau de professionnels de santé constitué autour de la personne ayant fait une tentative voient donc le jour. C'est le dispositif Vigilans. Cette procédure visant à garder un lien avec le suicidant est déclinée au cours du temps :

- Le premier jour, une carte ressource lui est distribuée à l'occasion de sa sortie du service indiquant notamment un numéro à contacter en cas de besoin. En parallèle, son médecin traitant s'il en possède un et/ou son psychiatre référent est informé de la mise en place du système de veille à la suite du geste suicidaire. Ces professionnels de santé se voient transmettre les coordonnées d'une ligne de recours qui leur est dédiée.
- Entre le dixième et le vingtième jour, le patient est rappelé ou reçoit une carte postale. Si l'appel aboutit, un compte-rendu est transmis au professionnel de santé qui le suit, que ce soit un médecin généraliste ou un psychiatre référent.
- Enfin, dans le 6^{ème} mois suivant la tentative, un membre de Vigilans procède à un dernier appel téléphonique. De la même façon, un compte-rendu est envoyé au professionnel de santé référent du suicidant. Cet appel conditionne la suite des événements : si tout va bien, c'est la fin du dispositif Vigilans, mais si le besoin se manifeste il est reconduit pendant 6 mois.

Après avoir été expérimenté dans 6 régions, 32 centres qui couvrent l'ensemble des régions françaises dont les territoires d'outre-mer portent actuellement le dispositif.

En 2023, une évaluation du dispositif de recontact par Santé publique France démontre la réduction du risque de réitération suicidaire de l'ordre de 40% pour les patients inclus dans Vigilans, en comparaison avec les patients qui n'ont pas bénéficié de ces attentions [142].

En termes médico-économiques, le bilan a montré qu'un euro investi dans le dispositif Vigilans permet d'économiser 2€ de coûts de santé, ce qui permet en moyenne d'économiser 248 € de coûts de santé par patient inclus [143].

b. Action 2 — Rénover les formations à la prévention du suicide

Un second but poursuivi est celui de mieux structurer le repérage des personnes à risque.

Pour cela, le Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide (GEPS), après plus de 15 ans sans actualisation, a décidé en 2019 de réviser la formation à la prévention du suicide, en lien

évidemment avec la DGS. Cela marque par exemple la création de personnes-relais dans les territoires pour le repérage et le lien avec les professionnels de santé pour la prise en charge. Ces nouvelles formations consacrent donc trois rôles et niveaux d'intervention, qui sont évidemment à articuler entre eux :

- La sentinelle, qui a une fonction de repérage et d'orientation de la personne (vers un évaluateur, vers un intervenant de crise ou vers le SAMU) ;
- L'évaluateur, qui se charge de l'évaluation clinique du potentiel suicidaire de la personne, puis de la redirection vers le soin ou vers toute autre solution adaptée aux besoins qu'il recense ;
- L'intervenant de crise, qui a également une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire, mais qui a en supplément des connaissances spécifiques pour désamorcer une crise suicidaire et ainsi éviter le passage à l'acte, puis pour orienter la personne vers un accompagnement adapté.

À retenir donc, la formation sentinelle s'adresse à tout citoyen ou des professionnels pas forcément médical, tandis que les formations aux deux autres fonctions, qui requièrent une intervention spécialisée, s'adressent à des professionnels de santé ou des psychologues travaillant de manière régulière en suicidologie.

Plus en détails, les formations sont construites de la façon suivante :

- La formation sentinelle consiste en une journée de renforcement des compétences psychosociales de chacun dont leur empathie, dans l'optique de faciliter le lien avec les personnes en souffrance psychique pour mieux les amener vers une prise en charge. Elle est d'autant plus pertinente pour des personnes en contact dans leur milieu de vie (personnel, professionnel, etc.) avec la souffrance psychologique et la problématique suicidaire d'autrui.
- La formation à l'évaluation se décline en deux jours durant lesquels l'apprentissage doit permettre d'évaluer une crise suicidaire et d'orienter vers la ressource, dispositif ou solution adaptée. On pense pour cette attribution notamment aux professionnels de santé mais également sociaux, médico-sociaux ou éducatifs.
- La formation à l'intervention de crise s'étend sur deux jours visant à évaluer, intervenir puis désamorcer la crise suicidaire identifiée. Elle se prête donc davantage aux professionnels de santé de psychiatrie, d'urgence ou d'hospitalisation et de soins.

Il appartient aux ARS de structurer les formations, la mise en réseau des différents rôles et leur articulation globale sur le territoire.

Le médecin généraliste prend toute sa place dans ces attributions puisque depuis 2020, une formation sur la dépression incluant le repérage et l'évaluation du risque suicidaire est intégrée à leur développement professionnel continu (DPC).

En pratique, ce sont des formateurs nationaux qui forment des formateurs régionaux qui par la suite forment des sentinelles, des évaluateurs et des intervenants de crise en lien avec la stratégie souhaitée par l'ARS sur le territoire [144].

c. Action 3 — Prévenir la contagion suicidaire, découpée en 4 sous-axes : médias, lieux à risque, web et réseaux sociaux, postvention

Cette troisième direction de la stratégie part du constat que les personnes exposées directement ou indirectement à un événement suicidaire sont plus à risque d'avoir elles-mêmes des idées suicidaires, et donc de passer à l'acte.

Pour rappel, à l'échelle individuelle, être confronté à un suicide multiplierait de 2 à 4 fois le risque de passage à l'acte.

De la même façon, à l'échelle collective, nous dénombrons de nombreux exemples de suicides en séries dans les institutions (entreprises, prisons, écoles, etc.), les corps de métiers (police, santé, etc.) ou les lieux à risque (voies ferrées, ponts, falaises, etc.).

Pour reprendre la description de cette action issue de la stratégie, « il s'agit, à l'échelon d'un territoire, d'une entreprise ou d'une institution, de définir et de mettre en place un plan d'actions en amont et en aval d'un événement suicidaire autour des 4 axes ».

Le premier concerne les médias. Il s'agit de la sensibilisation des étudiants d'écoles de journalisme et déjà journalistes aux enjeux d'un « bon » traitement médiatique du suicide, conformément aux recommandations à ce sujet de l'OMS, également pour circonscrire le risque de contagion, en lien avec le programme Papageno lancé par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM) des Hauts-de-France.

Le deuxième s'intéresse aux lieux à risque aussi désignés hot spots suicidaires. En effet, certains lieux publics sont fréquemment ciblés pour y mettre fin à ses jours, compte-tenu par exemple qu'ils soient facilement accessibles, efficaces selon d'anciennes expériences, ou qu'ils aient une aura médiatique qui les rend connus de tous. On pense par exemple à des monuments à forte notoriété, à des voies de train ou autre transport en commun, à des endroits en hauteur tels des ponts ou des falaises, ... Est ainsi dressée la recommandation, qu'on devine à destination des ARS, d'établir une cartographie régionale des hot-spots présents sur le territoire pour agir sur ces lieux comme l'indiquent les recommandations internationales en la matière.

Des échanges sont ainsi institués avec des partenaires tels qu'Île-de-France Mobilité, la SNCF ou encore la RATP.

Le troisième s'articule autour du web et des réseaux sociaux, et prend donc le virage des nouvelles technologies de l'information et de la communication comme levier de prévention. On peut lister comme initiative en ce sens le projet d'équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour

la prévention du suicide (élioS) qui cherche à se servir du numérique pour favoriser l'accès aux soins chez les jeunes qui présentent des idées suicidaires. Sur le site internet qui porte son nom, il se décrit comme « un programme de recherche qui a pour but d'offrir aux jeunes qui ont des idées suicidaires des ressources pour les aider dans l'épreuve qu'ils traversent ». Le processus pour signifier sa participation est assez simple, il faut répondre à quelques questions à l'entrée puis 3 mois après, pour que les chercheurs puissent comprendre l'évolution des idées suicidaires et de la souffrance au cours du temps.

Par la suite, il suffit au jeune de 18 à 25 ans présentant des pensées suicidaires d'envoyer un message privé à ElioS sur Messenger, le service de messagerie Facebook, ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Instantanément, le smartbot Solie lui répondra et recueillera les renseignements nécessaires à l'entrée dans le programme sur une plateforme sécurisée. Solie orientera ensuite le participant vers diverses ressources qui peuvent l'aider. À terme, et si l'efficacité du programme ElioS est confirmée, il pourrait être étendu à l'ensemble la population française comme un dispositif de droit commun et offrir son aide sur les réseaux sociaux à tous les jeunes en souffrance. *Nous avons à ce sujet tenté de contacter les développeurs qui n'ont pas donné suite à notre demande d'un point de situation.*

Le quatrième et dernier se concentre sur la postvention, à savoir le plan d'une institution décrivant les actions à mettre en œuvre après la survenue d'un suicide pour en limiter les répercussions et en prévenir la contagion.

Par exemple, le programme « Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide » inspiré de l'Association québécoise de prévention du suicide mis en place en 2020 constitue un premier support de formation qui gagnera à être diffusé auprès des différents acteurs.

Cela peut fournir un guide pour les écoles par exemple [145] mais aussi pour les établissements médico-sociaux [146] dont nous pouvons mettre en avant la double échelle individuelle et institutionnelle, la chronologie et les lignes directrices :

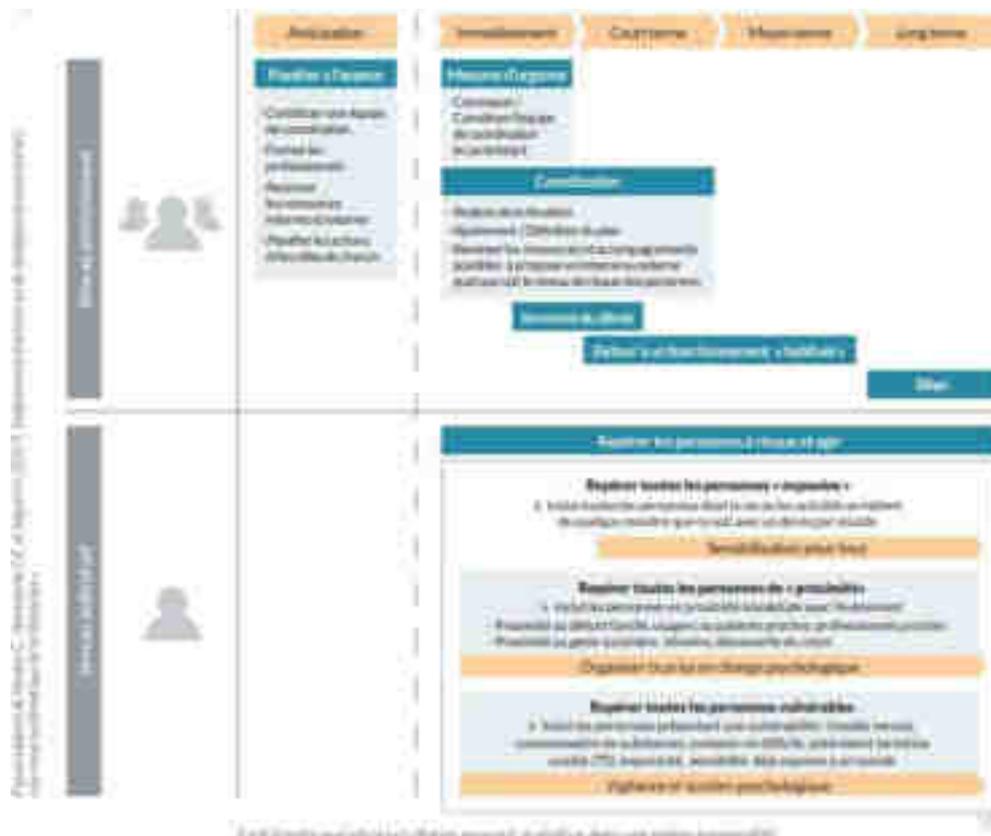


Figure 17 : Exemple d'une démarche de postvention

Fiche Repère 2 - Comprendre les étapes d'une démarche de postvention pour mieux l'anticiper, ARS Nouvelle Aquitaine et Institut Régional Jean Bergeret

Figure adaptée de Nicolas C., Notredame C-E. et Séguin M. (2017). Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature ». [Internet] Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/99038/download?inline>

d.Action 4 — Créer un numéro national de prévention du suicide

La dernière orientation de la stratégie nationale de prévention du suicide actuellement en vigueur, qui est sans doute la plus médiatisée, est la création d'une ligne nationale spécifiquement et exclusivement dédiée à la prévention du suicide.

Pour redonner quelques éléments calendaires, la ligne téléphonique annoncée en seconde mesure par le ministre des Solidarités et de la Santé de l'époque lors des assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021 a vu le jour le 1er octobre 2021 sous la direction opérationnelle du CHU de Lille à la suite d'un appel à projets ministériel datant de décembre 2020.

Cette nouvelle porte d'entrée, qui doit notamment permettre un accès immédiat vers le soin, poursuit des objectifs d'évaluation du risque suicidaire, de prise en charge de la crise suicidaire mais aussi de repérage des troubles de santé mentale qui sont présents chez 80% des personnes suicidées (Autre exemple : près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus

souvent non diagnostiquée ou non traitée). In fine, elle agit aussi en redirigeant vers des ressources d'aides si besoin, au plus près de la personne en souffrance, en lien avec les solutions du territoire.

Le 31 14 s'adresse donc aux personnes suicidaires mais aussi à leur entourage et aux professionnels soignants ou non en contact avec ces dernières. En France métropolitaine comme en Outre-Mer, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, gratuitement, par téléphone ou par messagerie instantanée, elle écoute, informe, évalue, intervient, oriente (environ 1 appel sur 10 est redirigé vers les secours avec une intervention [147]), prend en charge (notamment les appels redirigés par le centre 15 ou d'autres lignes d'écoutes et partenaires), suit, conseille...

Derrière le téléphone, ce sont des professionnels de santé spécifiquement formés au suicide tels que des infirmiers et des psychologues. Dans l'état d'avancement au 3 mars 2023 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, il était avancé le chiffre de 200 répondants.

On dressait également le bilan, depuis sa mise en service, de 213 000 appels reçus, soit une moyenne de 300 à 400 appels par jour.

Pour cela, à l'heure actuelle, ce sont 17 centres répartis dans toutes les régions de France qui s'occupent de cette ligne. Sur leur site internet, nous retrouvons leur ambition qu'à terme, 2 centres supplémentaires soient opérationnels.



Figure 18 : Cartographie des centres répondants du 31 14 en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer

[Internet] Disponible sur : <https://3114.fr/3114-qui-sommes-nous/>

1. Dispositifs de prévention

Le premier dispositif de prévention primaire conçu pour diminuer le nombre de suicide est assez logiquement la réduction de l'accès aux moyens létaux [148].

Cela figure comme un enjeu majeur de la stratégie mondiale de prévention du suicide qui se concentre à la fois sur les stratégies dangereuses et reconnues comme telles, par exemple les armes à feu, mais également sur les stratégies dangereuses mais non reconnues comme telles, par exemple le paracétamol qui est en accès facilité puisque ne nécessite pas d'ordonnance en pharmacie.

En effet, le choix du moyen de se suicider se fait forcément en lien avec sa disponibilité (à l'image par exemple de l'utilisation de pesticides ou de médicaments selon la région du monde).

Il est donc possible de mener des politiques qui rendent le geste suicidaire plus compliqué puisque cela sauve effectivement des vies, en illustration [32] :

- En 1995, le renforcement de la législation de la possession des armes à feu réduit le suicide par arme à feu. On peut citer comme exemple plus récent l'Autriche, où l'adoption de la législation européenne sur les armes s'est accompagnée d'une diminution des taux de suicide [149].
- L'installation du gaz dans les logements au début du XXème siècle augmente les suicides par intoxication volontaire puis le remplacement du gaz par du gaz dit de ville plus pauvre en monoxyde de carbone abaisse à nouveau le nombre de suicides.
- La diminution du suicide par inhalation au pot d'échappement grâce à l'introduction des pots catalytiques.
- En Grande-Bretagne, le changement du conditionnement du paracétamol baisse le taux de suicide.

La lutte contre l'accès aux moyens létaux de suicide est l'une des interventions de prévention qui a le mieux démontré son efficacité. Nous aurions également pu citer des restrictions de prescriptions et de ventes des barbituriques et l'utilisation des nouveaux antidépresseurs dont la toxicité est moindre pour rester sur la pharmacologie.

L'utilisation fréquente de la pendaison comme moyen de suicide, dans les environnements contrôlés comme les prisons et les hôpitaux, a permis d'éditer des recommandations destinées à éviter la réalisation physique de tels gestes suicidaires (dotation de protection d'urgence composées de couvertures indéchirables et de vêtements déchirables et jetables, fermeture des cages d'escalier, restriction de l'accès au toit de l'édifice, ouverture limitée des fenêtres, utilisation de verre sécuritaire et de crochets ou de tringles ne pouvant supporter le poids d'une personne, etc.) [150] [151] [152]

Mais l'action la plus évidente reste celui de la restriction d'accès à un lieu donné qui est parfois dénommé comme « the place to go » pour mourir. Citons à cet effet la construction de barrières sur les sites d'où il est possible de se précipiter.

Le témoignage dans le livre « Avec toutes mes sympathies » d'Olivia de Lamberterie à propos du suicide de son frère à Montréal le 14 octobre 2015 en sautant du pont Jacques-Cartier puis tombant sur la route boulevard René-Lévesque va toutefois remettre en question l'efficacité de ces installations.

On découvre après recherche que de 1987 à 2002 [153], 143 personnes se sont tuées en se jetant de la structure du pont, soit près de dix par année, ce qui lui vaut le triste record du 2^{ème} pont le plus meurtrier en Amérique du Nord après le Golden Gate de San Francisco. Cela explique l'installation en 2005 de clôtures dissuasives afin de réduire ce phénomène. Réduire, mais apparemment pas empêcher, en témoigne ce drame et les mots de sa sœur « mon frère s'est jeté d'un pont sécurisé par des rambardees conçues par des ingénieurs et je devrais faire mon deuil » [154].

Une première limite qui doit collectivement nous questionner est la possibilité qu'aurait une personne avec des idées suicidaires à changer de moyen de suicide pour avoir recours à un autre moyen restant accessible, ce qui limiterait clairement l'effet préventif de la diminution d'accès à des moyens létaux puisque ce dernier serait simplement substitué. Cela doit engager à poursuivre les efforts de restriction de l'accès aux moyens de suicide, en orientant la recherche en ce sens [148].

Mais d'autres se battent contre cette idée que « Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien » et contre cette perception que compliquer l'accessibilité aux moyens serait inefficace. En effet, l'idée sous-jacente derrière cette critique est que les personnes qui veulent mourir trouveront toujours un moyen pour le faire. Une première réponse est que les actions mises en œuvre et citées plus haut prouvent le contraire.

En ce sens, on peut déplorer le retard de la France dans ce domaine et souhaiter que cette dernière amplifie ces efforts voire les étende à d'autres mesures comme les prescriptions médicamenteuses [155].

2. Sensibilisation et éducation

La journée mondiale de la santé mentale le 10 octobre, la semaine d'information sur la santé mentale, la journée mondiale de prévention du suicide le 10 septembre, septembre jaune donc le mois dédié à la prévention du suicide sont autant d'occasions de briser le tabou autour de ce sujet et d'informer ainsi que de sensibiliser. Par exemple, septembre jaune part du constat que nous partageons que « la prévention du suicide ne peut se limiter à une seule journée par an ». Son bilan

2024, qui peut questionner bien que ça soit mieux que rien, est ainsi de 80 articles de presse, diffusions radios ou TV sur le 31 14 et septembre jaune et 13 000 visites du site 31 14 (*qui serait évidemment à comparer avec la fréquentation habituelle mais ils ne m'ont pas fourni cette information malgré ma demande*) [156]. En revanche, réjouissons-nous que le spot officiel du 31 14 « Tu comptes pour moi » a dépassé en un mois le million et demi de vues grâce à des rediffusions télévisuelles grand public sur France Télévisions, M6, plateformes de replay ou encore YouTube. Soulignons également le développement de nouveaux spots de diffusion comme les transports en communs lyonnais ou encore les grands écrans d'un stade de rugby [157].

La communication au public est donc un axe majeur de la prévention du suicide.

Cette dernière va de pair avec l'éducation de la population au suicide. A ainsi émergé la notion de compétences psychosociales dans le lexique de l'OMS en 1993 comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ». « C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » poursuit Santé Publique France [158]. Ces dernières sont au nombre de 10 et peuvent être classées en 3 catégories : les compétences cognitives, les compétences émotionnelles et les compétences sociales. C'est donc également un outil sur lequel il faut miser pour aider tout à chacun à faire face à ses difficultés rencontrées et à agir sur sa propre santé mentale.

3. Détection : Evaluation du risque

- Dispositif sentinelle

La formation d'une journée dite « Sentinelle », développée par le GEPS, société savante francophone de suicidologie, en lien avec les ARS pour leur dispensation sur les territoires, est une formation volontairement ouverte à tous et qui ne s'adresse donc pas aux soignants mais plutôt à des personnes repérées comme ayant des dispositions spontanées au souci de l'autre ou reconnues comme telles. Celle-ci vise à renforcer les habiletés et dispositions spontanées de citoyens ou professionnels non-soignants pour repérer, au sein de leur communauté de vie ou entourage ou environnement, les signes d'alerte d'un risque suicidaire et orienter les personnes repérées comme en vulnérabilité suicidaire vers des ressources ou des de soins adaptées.

De cette formation d'appréhension de la souffrance psychologique et de la problématique suicidaire au sein d'un milieu de vie est né le dispositif sentinelles étudiantes, décliné donc par l'association

Nightline afin que le contenu réponde aux spécificités de la population universitaire.

De la même façon, ils ont ainsi développé ce moyen de prévention primaire du suicide qui s'appuie sur le repérage et l'orientation des personnes en situation de souffrance psychique au quotidien dans leurs environnements par des étudiants volontaires formés.

Le tout, puisque fonctionnant de pair à pair évidemment en collaboration avec le GEPS, en partenariat avec le Centre de Prévention du Suicide Paris (CPS) et en lien avec les professionnels du numéro national de prévention du suicide.

Les objectifs de cette formation en 9 heures sont ainsi de :

- savoir repérer les étudiants en souffrance (ex : stress, dépression, idées suicidaires, mal-être, isolement, etc.)
- savoir comment aborder avec eux cette souffrance
- orienter les étudiants repérés vers les ressources appropriées
- connaître pour les étudiants sentinelles le champ et les limites de leurs actions, et savoir prendre soin de leur propre santé mentale

Depuis le début du projet, Nightline indique que plus de 200 personnes ont été formées.

- Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)

Un autre dispositif à la fois de détection du mal-être mais aussi d'intervention sur ce dernier (*cette partie aurait ainsi aussi eu toute sa place dans la partie suivante*) est la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale créée par PSSM France. Cette association organise, partout sur le territoire, des formations aux Premiers secours en santé mentale, selon une méthode importée d'Australie née de la pair-aidance. Elle vise, en 2 jours, à transmettre les clés pour accompagner une personne en détresse psychique, par une approche centrée sur la reconnaissance de l'humanité de la personne et la mobilisation de ses capacités, dans une posture s'appuyant sur le triptyque acceptation, sincérité et empathie, à la manière de la méthode Carl Rogers, fondateur de la Psychothérapie Centrée sur le Client et de l'Approche Centrée sur la Personne [159].

Notons qu'il a été décidé par l'organisme de développer un module spécifique Jeunes pour les professionnels en contact des 12-18 ans, preuve supplémentaire s'il en fallait qu'ils rencontrent des problématiques spécifiques de santé mentale qui se traduisent par des signes spécifiques et qui nécessitent ainsi des méthodes d'intervention spécifiques.

Nous dénombrons aujourd'hui plus de 7 millions de secouristes en santé mentale dans le monde, dont plus de 145 000 secouristes formés en France par 1667 formateurs accrédités par PSSM France (chiffres au 03/10/2024, [160]). L'objectif gouvernemental est d'atteindre d'ici 2030 le chiffre de 750 000 secouristes formés.

Enfin, ils ont mis en place « Apprendre à aider, le podcast sur le secourisme en santé mentale » qui dédie son troisième épisode aux pensées suicidaires, marque forte de leur engagement sur le sujet [161].

- Formations pour prévenir le suicide

La formation à la prévention du suicide constitue également un vecteur majeur de l'éducation et de la détection des idées suicidaires. Celles-ci ont été largement déclinées sur le territoire national à la suite de la conférence de consensus d'octobre 2000, ce qui a permis une première acculturation des acteurs professionnels et non professionnels impliqués dans la prévention du suicide en alliant information, sensibilisation, repérage et évaluation du risque suicidaire.

Toutefois, l'évolution des connaissances ainsi que les conclusions de l'évaluation par le Haut Conseil de Santé Publique (2016) du Plan National d'Actions Contre le Suicide (2011-2014) ont encouragé le Bureau de la Santé Mentale de la Direction Générale de la Santé à rénover ces formations organisées à l'échelle régionale par les ARS – et que nous avons déjà détaillées plus haut – afin de faire correspondre leur contenu avec les avancées de la science, de développer une formation spécifique à l'intervention de crise conformément à la recommandation du HCSP, de diffuser ces formations et de les intégrer aux autres actions de prévention dans le cadre d'une stratégie globale multimodale [162]. Elles couvrent donc désormais l'intervention de crise, l'évaluation d'une potentielle crise suicidaire et donc l'orientation des personnes vers la ressource adéquate et enfin la formation sentinelle déclinée en début de partie.

- Echelles d'évaluation du risque suicidaire [86]

Pour évaluer le risque suicidaire ou plus largement le mal-être, de nombreuses échelles d'évaluation existent : nous pouvons mesurer la présence d'un trouble dépressif à l'aide de l'échelle Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) qui comprend 10 questions dichotomiques vrai/faux, évaluer le niveau de mal-être avec l'échelle du désespoir de Beck, utiliser le Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) qui permet plutôt de dépister les troubles dépressifs, nous servir de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher, ou encore employer la méthode RUD (Risque Urgence Dangersité) [163] permettant d'apprécier le niveau de risque suicidaire et de passage à l'acte.

Analysons ce dernier outil, sans doute le plus employé, qui se décortique en trois facteurs :

- Le R de risque repose sur l'estimation basée sur l'épidémiologie selon les facteurs de risque et les facteurs protecteurs face donc au risque de survenue d'un décès par suicide dans les 2 ans
- Le U d'urgence se réfère à l'évaluation clinique de la probabilité de décéder dans les 48 heures par tentative de suicide

- Le D de dangerosité évalue la létalité et l'accessibilité des moyens pour un scénario suicidaire déterminé



Figure 19 : L'outil RUD (RISQUE URGENCE DANGEROUSITÉ), J.L Terra, M.F Berthier, F. Chauvet, W. Boutaleb

Le processus suicidaire – Infosuicide.org [Internet]. Disponible sur

: <https://www.infosuicide.org/guide/la-crise-suicidaire/le-processus-suicidaire/>

Tableau 1. Tableau récapitulatif pour la gestion du potentiel suicidaire: dépistage, évaluation, stratégie
R.U.D. = risque suicidaire (R), urgence et le décès (U), dangerosité du scénario suicidaire (D), CTE = centre de traitement de jour

| Niveau de risque | Symptômes | Évaluation du potentiel suicidaire R.U.D. | Actions proposées |
|------------------|---|---|---|
| 0 | Ris de détresse | — | — |
| 1 | Troubles sans idées suicidaires | R.U.D. faible | Soins par généraliste |
| 2 | Idees noires sans projet suicidaire | R.U.D. faible | Soins ambulatoires psychiatriques ou par généraliste |
| 3 | Idees suicidaires fugaces sans projet, ou idées noires psychiatriques | R.U.D. faible ou moyen | Soins ambulatoires psychiatriques |
| 4 | Idees suicidaires actives sans projet, ou idées noires psychiatriques | R.U.D. moyen | Soins ambulatoires psychiatriques ou hospitalisation, soins efficace thérapeutique et engagement du patient |
| 5 | Idees suicidaires actives sans projet avec idées noires psychiatriques | R.U.D. moyen ou élevé | Hospitalisation ou soins ambulatoires psychiatriques (soins CTE) et engagement du patient |
| 6 | Idees suicidaires actives avec projet sans idées noires psychiatriques | R.U.D. élevé | Hospitalisation |
| 7 | Idees suicidaires actives avec projet et idées noires psychiatriques – Passage à l'acte | R.U.D. élevé | Hospitalisation |

Figure 20 : Tableau récapitulatif pour la gestion du potentiel suicidaire : dépistage, évaluation, stratégie selon le niveau RUD

Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2010. Disponible sur

: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-259/quand-referer-aux-urgences-un-patient-pre-sentant-une-crise-suicidaire>

Une limite de ces outils d'évaluation du risque suicidaire qui proposent une approche statistique basée sur des facteurs de risque est qu'elle devrait plutôt porter sur l'évaluation de l'état mental et la recherche de pensées suicidaires actives et d'un plan d'exécution [148].

En effet, l'utilisation de questionnaires « n'a pas montré de bénéfice en termes de pratique clinique » voire peut provoquer une perte de temps et être faussement rassurante sur l'état d'un patient pour le soignant [164]. Précision cependant, celle-ci s'adresse moins à l'évaluation RUD d'urgence psychique et de disponibilité du moyen qui combine plusieurs approches en plus de celle sur les facteurs de risque.

4. Prise en charge et intervention

- Prise en charge immédiate

Face à une personne qui présente des idées suicidaires plus ou moins imminentes, le réflexe doit être de l'orienter vers un spécialiste en psychiatrie ou un psychologue, de l'adresser au Centre Médico-Psychologique (CMP) dont elle dépend ou de l'amener directement aux urgences voire aux urgences psychiatriques selon la criticité de la situation.

- Dédier un numéro national à la prévention du suicide

Le 31 14 est une plateforme nationale de prévention suicide qui est ouverte en France depuis le 1er octobre 2021. C'est une ligne de recours professionnelle, gratuite, confidentielle et accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en tout point du territoire. Elle s'adresse aux personnes concernées par des idées suicidaires, mais également à leurs proches, aux professionnels qui les accompagnent et aux personnes endeuillées pour couvrir tout le « spectre du suicide ». Les répondants sont des infirmiers et psychologues formés spécifiquement à l'évaluation et à l'intervention de crise grâce à plus de 250 acteurs sur le territoire (chiffres mis à jour en août 2024) [165].

- Lignes d'écoute et prise en charge à distance :

En complément de l'aide médicale et de la ligne dédiée à la prévention du suicide, de nombreuses structures proposent un soutien gratuit et anonyme aux personnes en mal-être ou confrontées à des idées suicidaires (que ce soit via de l'écoute téléphonique anonyme, par des communications par mail ou par tchat, au travers d'entretiens individuels, familiaux ou de groupe, etc.).

La plupart de ces services d'écoute et d'accueil sont partenaires de la Stratégie nationale de prévention du suicide [166]. Ci-dessous les coordonnées d'une majorité d'entre eux, notamment grâce au travail de recensement réalisé par l'Union Nationale pour l'Habitat des Jeunes (UNHAJ)

qui a constitué pour leurs structures locales un guide « Aller vers, aller mieux » en novembre 2022 [167].

Lignes d'écoute généraliste :

- Fil santé jeunes, 0 800 235 236 : ligne d'écoute anonyme et gratuite pour les 12-25 ans, ouverte entre 9h et 23h et chat individuel de 9 à 22 heures [168] ;
- Service d'écoute, d'aide et de soutien de la Croix Rouge, 0 800 858 858 : service confidentiel et gratuit d'écoute tenu par des bénévoles destiné à toute personne se sentant mal et ayant besoin de parler, de 9h à 19h en semaine et de 12h à 18h le samedi ;
- Les transmetteurs, 0 800 19 00 00 : service gratuit quotidien ouvert de 9h à 19h d'écoute pour les personnes isolées et/ou déprimées, qui fait le lien entre des séniors et des personnes qui ont besoin d'aide [169] ;
- Allô écoute ado, 06 12 20 34 71 : ligne d'écoute anonyme et confidentielle ouverte du lundi au vendredi de 17h à 20h complété d'un forum de discussion sur leur site internet [170] ;
- Soins aux étudiants, 0 805 23 23 26 : numéro vert gratuit ouvert en continu géré par l'association Soins aux professionnels de la santé (SPS) qui permet une écoute par des psychologues [171] ;
- Nightline, renommé notamment pour sa ligne d'écoute par et pour les étudiants [172].

Lignes d'écoute spécifiques à la prévention du suicide :

- Plateforme nationale de prévention du suicide, 31 14 (*dont je ne remets pas la description*) ;
- Dites je suis là : autre plateforme nationale de prévention pour le grand public dont la vocation est de permettre à chacun d'agir face à un proche en crise suicidaire ;
- S.O.S Amitié, 09 72 39 40 50 : service anonyme et gratuit d'écoute par des bénévoles pour toute personne ayant besoin de parler et/ou traversant un moment difficile 24h/24, 7j/7. Le but premier de S.O.S Amitié est la prévention du suicide, elle complète donc sa permanence téléphonique par une chatbox ouverte tous les jours de 13h à 3h qui prodigue une réponse gratuite anonyme et confidentielle [173] ;
- SOS Suicide Phénix, 01 40 44 46 45 : ligne d'écoute confidentielle et anonyme pour les personnes ayant des pensées suicidaires ouverte tous les jours de

13h à 23h. SOS Suicide Phénix est une association de prévention du suicide et de promotion des moyens d'aide qui a également une messagerie via laquelle il est possible de s'adresser aux bénévoles de l'association accueil@sos-suicide-phenix.org [174] ;

- Suicide Écoute, 01 45 39 40 00 : écoute des personnes confrontées au suicide via une permanence d'écoute téléphonique 24h/24 et 7j/7 [175] ;
- Phare Enfants-Parents, 01 43 46 00 62 : accueil et écoute téléphonique des parents d'enfants suicidés ou en situation de mal-être, du lundi au vendredi de 10 h à 17 h ;
- SOS Help, 01 46 21 46 46 : ligne d'écoute et d'aide en anglais pour les personnes en France qui ne sont pas francophones et qui ont des pensées suicidaires et/ou souffrent d'anxiété, ouverte entre 15h et 23h [176]
- ElioS : aide gratuite et confidentielle par message en cas d'idées suicidaires via le service de messagerie Messenger de Facebook.

De nombreuses autres associations sont impliquées dans l'aide et proposent un soutien aux personnes en souffrance à une échelle plus territoriale et via un accueil physique comme :

- Les centres de ressources sur les troubles psychiques, Céapsy (en Île de France) et Crehpsy (dans les autres régions) : permanences d'écoute, de conseil et d'orientation avec psychologues et psychiatres, mènent aussi des actions de sensibilisation ;
- L'association La Porte ouverte : lieux d'écoute et de parole proposant des entretiens en face-à-face, anonymes et gratuits, avec des bénévoles (à Besançon, Bordeaux, Lyon, Paris, Rouen et Toulouse), les coordonnées des lieux d'accueil sont disponibles sur le site de l'association [177].

- Allier prise de traitement et psychothérapie

Nombre de molécules existent pour traiter les troubles psychiques et leurs symptômes : les antidépresseurs, les anxiolytiques (réduction des symptômes anxieux aigus), lithium (stabilisateur de l'humeur mais plutôt indiqué dans les troubles bipolaires), les neuroleptiques ou antipsychotiques (plutôt indiqué dans les troubles schizophréniques), les somnifères, etc.

Celles-ci sont souvent et idéalement associées à une psychothérapie. Introduisons ce propos avec la phrase de Goethe « Parler est un besoin, écouter est un art ». En effet, on parle ici de professionnels spécialisés en santé mentale (psychiatre, psychologue) et formés à l'écoute et à la compréhension des problèmes psychologiques. Dans une posture de « neutralité bienveillante », le psychothérapeute

propose à la personne d'aborder ses difficultés selon différentes techniques, il existe effectivement plusieurs types de psychothérapie. La cure psychanalytique impulsée par Freud puis évoluant grâce à notamment Jacques Lacan ou les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) sont les approches les plus répandues dans notre pays. Mais ce sont la psychoéducation et l'éducation thérapeutique qui se développent également en psychiatrie qui permettent de mieux comprendre et donc mieux faire face. C'est l'alliance thérapeutique et donc la relation de confiance entre le professionnel et le patient qui sont souvent la clé d'un travail constructif [178].

- Dispositif de droit commun

Mon Soutien Psy permet à toute personne (de plus de 3 ans) en difficulté psychologique de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique avec une prise en charge de l'Assurance Maladie (remboursement à 60%). Ce dispositif national fait suite au dispositif Ecout'émoi, dispositif expérimental qui s'était déployé en Grand Est : il s'inscrit dans la mesure 18 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie « Prise en charge par l'Assurance maladie d'une prestation d'accompagnement psychologique réalisée par un psychologue en ville » [179].

Mon Soutien Psy existe depuis 2022 et a évolué au 15 juin 2024. En effet, en fonction de l'état de santé de la personne, elle peut désormais prendre rendez-vous directement avec un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, mais peut toujours comme c'était le cas auparavant consulter d'abord un professionnel de santé pour faire le point, puis prendre rendez-vous ensuite avec un psychologue.

Par ailleurs, le nombre de séances a été augmenté puisqu'au total selon les besoins recensés 12 séances (un entretien d'évaluation puis des séances de suivi psychologique) peuvent être prise en charge par l'Assurance Maladie par année civile et par personne (contre 8 séances auparavant). Les tarifs conventionnés des séances sont de 50€ [180].

- Dispositif complémentaire spécifique au public étudiant

Santé Psy Étudiant est un dispositif d'accompagnement psychologique pour les étudiants porté depuis le début de l'année 2021 par le ministère chargé de l'Enseignement Supérieur. Il permet aux étudiants de bénéficier, sans avance de frais, de consultations chez un psychologue libéral conventionné par une université. C'est évidemment cette dispense d'avance de frais qui le distingue du dispositif de droit commun et qui répond aux besoins des étudiants, souvent en forte précarité.

De plus, d'après Santé publique France, les étudiants constituent une population à fort risque de présenter des symptômes dépressifs (36,6 % d'entre eux déclarent des symptômes dépressifs contre 20 % des non-étudiants). Au 1^{er} juillet 2024, une circulaire (Circulaire ESRS2415963C du 13 juin

2024 [181]) a ainsi fait évoluer ce dispositif en ordonnant :

- Le passage de 8 à 12 séances ;
- La suppression de la consultation d'adressage ;
- Une revalorisation de la consultation de 30 (ou 40 euros pour la première séance) à 50 euros pour toutes les séances.

Pour en bénéficier, il suffit de vérifier son éligibilité grâce à son numéro INE (puisque Santé Psy Étudiant est accessible à tous les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur reconnu par le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) puis de réaliser son choix de psychologue (parmi environ 1400 psychologues partenaires). Ensuite, l'étudiant pourra obtenir le bénéfice des 12 séances gratuites sans avance de frais par année universitaire. Ce sont plus de 62 000 étudiants qui ont été accompagnés depuis 2021, et on note un recours croissant au fil du temps [182].

- Prévenir la contagion suicidaire

Une partie dédié sera consacrée aux médias, aux réseaux sociaux et à la culture pour évoquer leur rôle et responsabilité dans la prévention du suicide.

5. Lutte contre la récurrence

- Estimation de la volonté de mourir après une tentative

Une échelle d'intentionnalité suicidaire ou Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) peut être complétée à travers 21 items pour évaluer à la suite d'une tentative de suicide combien celle-ci avait pour objectif d'aboutir à la mort (à travers trois catégories : les circonstances objectives liées à la tentative de suicide, les propos rapportés par le patient et la dangerosité de la technique employée). En fonction du résultat, on peut scorer l'intentionnalité de la tentative (de 0 à 3 : intentionnalité faible ; de 4 à 10 : intentionnalité moyenne ; de 11 à 25 : intentionnalité forte). Cela peut dans l'idéal permettre d'adapter l'accompagnement d'une personne ayant tenté de mettre fin à ses jours dans le but d'éviter une autre tentative consécutive [183].

- Plan de sécurité contre le suicide

Dans une idée à peu près similaire, il est possible pour une personne notamment ayant déjà tenté de se tuer de constituer son propre « plan de sécurité contre le suicide ». Ce sont l'ensemble des instructions écrites que vous écrivez selon votre imagination et vos besoins hors d'un moment de

crise suicidaire pour par la suite vous y référer si vous commencez à avoir des idées suicidaires. Le but est évidemment de vous « auto-soutenir » et de vous guider pas à pas pour vous aider à éviter ou dépasser une envie suicidaire.

Dans la proposition du plan de sécurité du guide du Centre Prévention du Suicide (CPS) de Paris, nous retrouvons 8 étapes [184] :

- « 1. Enumérez les signes qui indiquent qu'une crise suicidaire peut se développer
2. Enumérez les stratégies d'adaptation qui peuvent être utilisées pour détourner les pensées suicidaires et pour se calmer et se reconforter
3. Dressez la liste des lieux, activités sociales et personnes qui peuvent être utilisés pour vous distraire des pensées suicidaires
4. Dressez la liste de toutes les personnes pouvant être contactées en cas de crise
5. Énumérez les professionnels de soins de santé mentale selon leurs horaires d'ouverture et les numéros de téléphone d'urgence disponibles 24h/24, 7j/7 en cas de crise
6. Sécurisez le plus possible votre environnement
7. Énumérez vos raisons importantes de vivre et pourquoi vous êtes toujours en vie
8. Mettez-vous en sécurité (en vous rendant aux urgences de l'hôpital, via un appel du 15 ou 18 si les autres étapes sont insuffisantes, etc.) »

Malheureusement, comme pour nombre d'idées déclinées ici, nous avons peu d'évaluation de l'efficacité réelle de ces initiatives.

- Dispositif Vigilans

Déjà largement explicité, ce dispositif de soin post-hospitalier « permet aux patients de rester en contact à leur sortie de l'hôpital avec des membres d'une cellule de veille qui les accompagne, les écoute et soutient ». Il a été conçu dans l'objectif de réduire le risque de récurrence de tentatives de suicide à travers un suivi personnalisé aux patients hospitalisés à la suite d'une tentative. Le suivi de la mise en place dans une région analysée dans le BEH de SPF exprime sans conteste l'efficacité de ce système. Ils proposent par ailleurs que l'ensemble des établissements hospitaliers (de leur région mais nous pouvons étendre la recommandation à l'échelle nationale) soient inclus en tant que partenaires de ce dispositif de prévention de la réitération suicidaire [185].

Cela interroge toutefois sur ce qui est proposé pour l'ensemble des suicidants qui ne sont pas hospitalisés. Et leur proportion serait majoritaire puisque « plus de 80 % des suicidants passent par un service d'urgence » mais « seul un quart d'entre eux sera hospitalisé dans un service de psychiatrie » [186].

- Pair-aidance

« La pair-aidance en santé mentale désigne le soutien de personnes atteintes de troubles psychiques par des personnes qui se sont rétablies de tels troubles » [187].

En réalité, la définition peut être plus large que ça puisqu'il s'agit de soutien par les pairs mais cette relation peut se faire entre deux personnes concernées directement ou indirectement par un trouble psychique afin de soutenir celle qui en a le plus besoin. Ainsi, le pair-aidant peut être une personne qui a été atteinte d'un trouble psychique et qui est rétablie ou un de ses proches. L'idée centrale étant d'être accompagné par quelqu'un qui a vécu la même chose pour partager les vécus communs [188].

Des familles peuvent aussi confier leur expérience à d'autres familles pour mieux vivre la maladie de leur proche et mieux le soutenir.

Nombre d'études ont permis de prouver une meilleure acceptation des troubles psychiques et une réduction du taux d'hospitalisation chez les personnes accompagnées par des pair-aidants [189].

Cela est même devenu un métier puisqu'on peut retrouver des offres d'emplois de pair-aidants dans les établissements hospitaliers. Il existe en ce sens un véritable enjeu de reconnaissance réglementaire ou légal du métier pour sa pérennisation et diffusion en France.

Pour professionnaliser la pair-aidance, un Diplôme Universitaire pair-aidance en santé mentale est né à Lyon en 2019 (poursuivi en 2022 par Grenoble et Aix-Marseille, puis par d'autres formations universitaires).

Mais la pair-aidance subsiste aussi une des ressources proposées dans le milieu associatif de façon bénévole, notamment dans des groupes d'entraide mutuelle (GEM) [34].

La pair-aidance a le double avantage non seulement d'aider la personnes en souffrance mais également pour le pair-aidant de valoriser son savoir expérientiel de la maladie mentale ce qui peut lui prodiguer le sentiment de reprendre le pouvoir sur sa vie, d'être utile, etc [178].

Il existe ainsi différentes initiatives associatives de ce type comme La maison perchée [190] qui est une association non médicalisée spécialisée pour les jeunes adultes vivant avec un trouble psychique et basée sur la pair-aidance ou encore les Clubhouse [191] qui sont des lieux d'accueil et d'accompagnement des personnes concernées par un trouble psychique au rétablissement vers une insertion sociale et professionnelle.

- Postvention pour les « autres »

En nous éloignant légèrement de la lutte contre la récurrence mais en nous centrons toujours sur la postvention prodiguée à ceux qui sont autour de la personne en souffrance, citons par exemple les

dispositifs de postvention pour les professionnels de la santé confrontés au suicide de patients (via le développement hospitalier de ressources) développés en Île-de-France [192]. Mentionnons également l'enjeu de l'accompagnement des personnes endeuillées par suicide aujourd'hui largement endossé par des associations (par exemple Empreintes, Espoir, etc.).

E. Cartographie des acteurs

Construire une cartographie des acteurs qui interviennent dans la prévention du suicide est complexe tant l'approche devrait être multisectorielle et associer à la fois le secteur médical, sanitaire, médico-social, social, éducatif, judiciaire, associatif, etc.

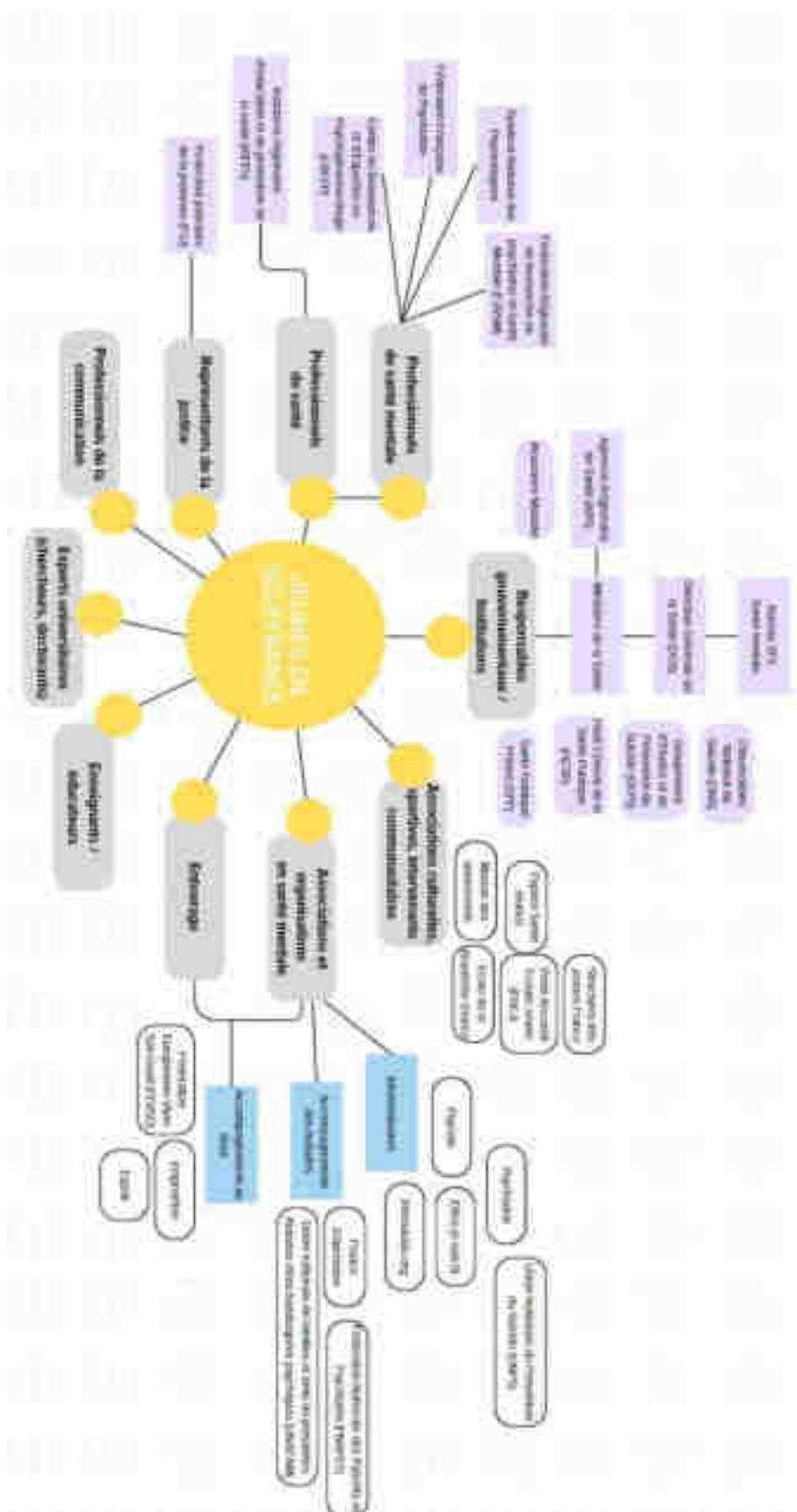


Figure 21 : Cartographie des acteurs autour des jeunes ayant des idées suicidaires

Propre production via <https://www.canva.com/>

IV. Perspectives d'amélioration

A. Politiques publiques

La pluralité des déterminants et la multidimensionnalité des facteurs entourant la santé mentale et plus particulièrement le suicide appellent à une réponse systémique transversale graduée.

C'est ce que porte théoriquement la stratégie actuelle de prévention du suicide en France puisque cette dernière se présente comme étant composée d'actions multimodales individuelles et sélectives, combinant prévention universelle (par exemple installer des barrières sur les ponts), prévention sélective ciblant les groupes à risque (à l'image des personnes souffrant de dépression) et prévention ciblée vers les personnes en crise suicidaire [32].

Mais peut-être faudrait-il songer à tenter une approche plus holistique et à ériger la santé mentale en réelle priorité au-delà des effets d'annonce de l'ex Premier ministre Gabriel Attal renouvelée par le nouveau Premier ministre Michel Barnier de nommer la santé mentale « Grande cause nationale 2025 », un label existant depuis la fin des années 1970. Cette nouvelle est certes réjouissante mais nous sommes encore en attente de décisions rapides voire urgentes en ce sens.

Une proposition que portent nombre d'acteurs, à commencer par la Société Française de Santé Publique (SFSP) dans son communiqué de presse à l'occasion de la nomination du nouveau gouvernement est ainsi de « Fonder l'action publique sur une approche de promotion de la santé interministérielle et intersectorielle soit « la santé dans toutes les politiques » qui associe les différents niveaux de décision (national, régional, départemental, communal) » [193].

Attardons-nous donc dans un premier lieu sur cette nécessité de concrétiser la santé dans toutes les politiques, censée être une réalité depuis 2014, année de son inscription dans la gouvernance de la santé en France par la création du Comité interministériel pour la santé. Le concept de « Health in All Policies » est une stratégie visant à inclure les considérations de santé dans l'élaboration des politiques dans différents secteurs qui influencent la santé.

D'autres interlocuteurs, comme le secrétaire général de santé mentale France, Jean-François Bauduret, partisan de la santé dans toutes les politiques, ironise en ce sens « Le vrai débat donc qui se joue, c'est de savoir s'il faut faire une loi spécifique à la psychiatrie mono-ministérielle ou, à l'inverse, une loi transversale de santé mentale et psychiatrie qui soit interministérielle. [...] Vous voyez de quel côté penchent mes préférences ? Ça va évidemment dans le sens de la loi transversale. ».

Il poursuit sur le besoin d'une nouvelle législation par les propos suivants : « Une loi d'orientation se doit de poser des principes généraux d'une réforme et les grandes orientations d'une politique de santé mentale et de psychiatrie. C'est par définition le pouvoir exécutif par son pouvoir réglementaire qui doit mettre en musique les modalités des nouvelles orientations. Cette loi devrait être transversale, santé mentale dans toutes ses composantes tout en incluant pleinement la psychiatrie. Cette loi devrait impacter tous les codes législatifs concernés, c'est-à-dire non seulement le code de la santé publique, non seulement le code de l'action sociale et de la famille, mais aussi tous les autres codes qui organisent l'inclusion : le Code du travail, les codes de l'éducation, la culture, l'habitat, le transport, le sport, le tourisme, les collectivités territoriales. On peut imaginer une loi qui définirait les modifications qui seraient apportées sur les codes les uns après les autres dans le cadre d'une cohérence de politique d'inclusion. » [194].

Il y a donc un comité de parties prenantes qui plaident pour une modification de la gouvernance de la santé mentale et de la psychiatrie dans notre pays, arguant que la santé mentale n'est pas l'affaire du seul ministre de la Santé mais de tous les ministres donc l'action a un impact sur la santé.

En effet, le suicide ne dépend pas seulement des politiques de santé mais aussi des politiques sociales, économiques, environnementales, agricoles, culturelles, militaires et de justice, éducatives, relatives à l'enseignement supérieur et à la recherche, du travail, sportives, etc. du pays.

Pour cela, il pourrait être opportun de nommer un délégué interministériel à la santé mentale pour s'attaquer aux problématiques structurelles et traiter directement les causes (mal être de la jeunesse, problématique de la santé au travail et des risques psychosociaux, précarité par exemple mal-logement, discriminations, etc.).

Un exemple qui illustre la pertinence et la possibilité de « la santé dans toutes les politiques » est celui du rapprochement des politiques culturelles et de santé à l'échelle européenne. En effet, fin 2022, la Direction générale de la culture publiait le rapport CultureForHealth plaidant pour que la culture fasse partie intégrante de la stratégie de santé de l'UE [113], dans le but de rapprocher les politiques de santé, culturelles et sociales. Plusieurs recommandations sont ainsi éditées aux dirigeants européens pour davantage soutenir l'intégration de la culture dans les stratégies de santé et de santé mentale de l'UE.

Cette utilisation du lien santé-culture est déjà une réalité à travers le projet Ukraine! Unmuted pour la prise en charge de la santé mentale des personnes déplacées et des réfugiés venant d'Ukraine. Effectivement, les interventions de psychologues sont combinées à la mise à disposition d'appartements dotés de centre culturel, bibliothèque et expositions.

Une autre façon de prévenir plutôt que guérir pourrait être imaginée en alliant politiques éducatives et de santé, à l'image des campagnes de sensibilisation qui sont faites (ou plutôt devraient l'être) dans les collèges autour de la thématique de l'éducation à la vie affective et sexuelle. En ce sens pourrait être envisagé de dupliquer le même système autour de la santé mentale, comment la préserver, etc.

Un autre élément d'importance à ressortir de la proposition de la SFSP est l'importance de la coordination entre les différentes échelles de gouvernance. Et plus particulièrement, l'idée de renforcer l'ancrage territorial de déploiement des politiques de santé mentale et de prévention du suicide suggérée par Frank Bellivier et Patrick Risselin [32], basée sur leur argument que la réussite se joue dans les territoires. Il y a donc un double défi d'articulation à la fois au niveau étatique en renforçant l'interministérialité et à la fois au niveau des différentes échelles territoriales.

La santé mentale bénéficie d'une riche organisation territoriale dans laquelle la coordination est également un enjeu, entre :

- Selon les régions, Groupes permanent Santé Mentale ou Commissions régionales de santé mentale, souvent rassemblant des représentants de l'Etat, de l'ARS ou des organismes de sécurité sociale, des professionnels de santé, des usagers et associations, collectivités territoriales, afin d'évaluer et orienter les politiques de santé mentale au niveau régional [195] [196] [197].

- Plan territorial de santé mentale (PTSM) d'une durée de 5 ans qui vise à réorganiser la santé mentale et la psychiatrie à l'échelle d'un territoire à la manière d'un cadre de réflexions portées par les acteurs d'un territoire pour garantir la bonne santé mentale de sa population (promotion de la santé mentale, prévention des troubles, rétablissement, accès aux parcours de santé et de vie de qualité sont à l'ordre du jour) – sachant que le territoire français est couvert par 104 PTSM [198]

- Conseil local de santé mentale (CLSM) qui est un rassemblement d'acteurs variés issus d'un même territoire dont le but est de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population [199]

Tout l'enjeu est donc que ces instances à la fois portent la politique nationale, puissent l'adapter aux spécificités locales mais également trouver un équilibre et une organisation intégrée au service de la santé mentale de la population des territoires.

Jean-François Bauduret suggère également de réfléchir à la création d'un organisme national « santé mentale et psychiatrie », sans se prononcer sur son modèle structurel (agence nationale, observatoire) pourvu que le « dispositif puisse thésauriser toutes les innovations qui peuvent être faites et promouvoir toutes les propositions pour améliorer les dispositifs » [194].

Enfin, il semble pertinent de continuer et intensifier la prise de mesures spécifiques à des

populations cibles plus fragiles : les détenus ou accompagnés par la justice, les personnes en situation de handicap, les personnes précaires dont les sans domicile fixe, les personnes exilées, les minorités de fait discriminées, etc.

B. Politiques de santé

1. *Population générale*

Puisque la santé mentale est désignée « Grande cause nationale 2025 », plions-nous à l'exercice de recenser ce qui pourrait être proposé afin d'améliorer la prévention du suicide en France, non seulement du point de vue des professionnels de la santé mais également du point de vue des usagers, patients et de leur entourage.

Dans un premier temps, bien que cela ait été largement exprimé, insistons sur le besoin d'agir, notamment à la suite de la dégradation de la santé mentale des Français qui pourrait être corrélée avec la pandémie de Covid-19 et ses impacts. D'après Angèle Malâtre-Lansac, Déléguée Générale de l'Alliance pour la Santé mentale [200], les signes de mal-être sont globalisés et se retrouvent partout,

« au travail où la moitié des salariés se dit en souffrance psychique, à l'université avec 41 % des étudiants qui présentent des symptômes dépressifs (contre 26 % avant la pandémie), à l'école, dans les villes comme en milieu rural, ou encore dans les familles ».

Autre constat que nous pouvons dresser à l'aide d'un sondage mené par Elabe [201] pour l'Alliance pour la Santé Mentale, un tiers des Français "ne parlerait à personne" de ses troubles s'il en avait et 50 % des personnes touchées le cachent ou ne sont pas entendues.

En parallèle, nous assistons à une crise des services publics, qui n'épargne aucun secteur, puisque beaucoup dénoncent une dégradation du système de santé, en témoigne la situation actuelle du monde du soin.

Nous pouvons citer par exemple la baisse actuelle de l'accès aux soins de santé mentale notamment par manque de psychiatres (qui ne favorise pas la réponse à des besoins croissants d'accompagnement) mais aussi de médecins généralistes en lien avec les déserts médicaux. À titre d'illustration, on évaluait en 2021 à 23 le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants [202], à 104 le nombre psychologues pour 100 000 habitants la même année [203] et au 1^{er} janvier 2023, on dénombrait 99 500 médecins généralistes soit 146 médecins pour 100 000 habitants. Cela signifie donc que pour que l'ensemble de la population soit couverte par un médecin généraliste qui est, nous le rappelons, le centre névralgique du suivi d'un patient en France lorsqu'il est désigné comme

médecin traitant (et de son bon parcours de soins et donc remboursement par l'Assurance Maladie), un médecin devrait donc suivre 684 patients.

Selon Luc Duquesnel, président du syndicat Les Généralistes CSMF, "dans les zones où on a le plus de difficultés d'accès aux soins, on a tous entre 1 500 et 3 000 patients". Une déclaration dans un entretien au Monde du 20/09/2022 de Thomas Fatôme, Directeur Général de l'Assurance maladie, abaissait plutôt ce chiffre à 1 000 patients par médecin. Quoiqu'il en soit, le nombre de patients semble totalement impossible à gérer si le besoin de consultation bascule de plus en plus vers de la chronicité, ce qui est le cas des problématiques de santé mentale [204] [205].

Pire encore, à l'heure où on choisit d'annoncer la santé mentale comme priorité, 48 % de postes de praticiens [titulaires] vacants à l'hôpital d'après le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi (SNPHAR-E) au 1er janvier 2024 [206]. Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30% de leur capacité d'après une enquête réalisée par la Fédération hospitalière de France (FHF) [207].

Nous sommes donc face à une extrême difficulté dans laquelle se trouvent de nombreux acteurs de santé, entre manque de ressources (humaines, budgétaires) et freins multiples (politiques, institutionnels, organisationnels, culturels). La SFSP adresse donc un « appel aux responsables politiques à placer l'être humain au cœur de leur préoccupation et à engager une action déterminée au service général de l'intérêt en santé ». Le défi qu'elle les engage à relever est de « donner à la politique de santé mentale une place nouvelle, des perspectives structurantes et des moyens significatifs » [193].

Sans vouloir avoir l'effet liste de courses, citons quelques mesures plébiscitées par les parties prenantes qui pourraient potentiellement aller dans le sens d'une réduction du suicide.

En premier lieu, on souligne donc le besoin d'une hausse des financements et des moyens humains consacrés à la prévention et à la promotion de la santé dans sa globalité dont forcément la santé mentale. À travers la hausse des financements souhaités, on englobe de fait le besoin de soutenir les innovations et la recherche, tout comme les développements en e-santé mentale ou d'autres nouvelles initiatives. Enfin, les recherches doivent permettre de mieux comprendre les causes, de produire des référentiels de bonnes pratiques mais aussi d'évaluer avec des indicateurs les actions menées, dans l'objectif d'une meilleure orientation des politiques publiques. En effet, l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention reste difficile : la diminution des suicides est-elle la conséquence réelle du programme mis en œuvre, quelle est l'action directement responsable de cet effet ? La possibilité de démontrer l'efficacité d'une stratégie de prévention du suicide se heurte

donc à de grandes difficultés méthodologiques qui doivent être résolues [148].

Ce point ne peut pas aller sans une revalorisation du secteur de la psychiatrie et un travail d'attractivité de la santé mentale pour les personnels médicaux et soignants, tout en ayant en tête la vigilance à apporter à la santé mentale des soignants eux-mêmes.

En second lieu, un autre changement structurel dont on entend parler depuis des années dans le monde de la santé sans forcément en voir les effets est de réellement passer d'une approche curative à une approche préventive de la santé. Nous conviendrons que ce n'est pas le meilleur signal envoyé en ce sens par la recomposition du gouvernement puisqu'on constate l'absence du concept de Prévention dans l'intitulé du nouveau ministère en charge de la Santé. Au-delà des mots, espérons que cette approche sera malgré tout à l'ordre du jour, puisqu'elle est plus que nécessaire en santé mentale, et parfois vitale.

En troisième lieu, en allant dans le sens des récentes évolutions du système de droit commun Mon Soutien Psy et du dispositif spécifique aux étudiants Santé Psy Etudiant, continuons à développer l'offre psychiatrique et psychologique, en allant vers un remboursement généralisé des séances de thérapies et en exonérant autant que faire se peut les usagers d'avance de frais, les freins à la prise en soins étant déjà suffisamment nombreux pour ne pas rajouter la pénalité financière.

Quatrième point mais pas des moindres, la nécessaire sensibilisation et formation à minima de tous les professionnels de santé car chaque médecin généraliste est confronté en moyenne à 2,6 tentatives de suicide par an dans sa patientèle, chiffre qui s'élève à 4,2 pour chaque psychiatre [208].

Or, il est démontré qu'un pourcentage non négligeable (estimation entre 45% et 70% selon les études) des patients ayant commis un acte suicidaire a consulté un médecin de premier recours dans le mois ou la semaine qui précède le passage à l'acte [209] [186].

La faille est plus globale puisque, tous âges confondus, « un peu moins de six personnes ayant tenté de se suicider sur dix (57%) estimaient avoir reçu le soutien nécessaire pour s'en sortir lors de leur dernière tentative de suicide » [210].

En parallèle, ce qui peut être un premier motif d'explication, les 10èmes rencontres soignantes en psychiatrie (14 octobre 2024) organisées par santé mentale titrent « On n'a plus le temps : comment rester disponible à la rencontre ? » [211].

L'intitulé de cet événement suscite tout autant d'inquiétudes que les éléments de présentation de ce dernier « Ils [les soignants] manquent ainsi de temps pour se poser avec un patient et évoquer ce qui lui « passe par la tête », pour se réunir entre collègues, confronter les idées, élaborer un projet de soin. [...] Comment se rendre disponibles pour les sujets souffrant de psychose, perdus dans les fils

du temps ou les patients dépressifs, prisonniers d'un temps suspendu ? Cette accélération permanente rejoint les exigences d'usagers qui ne savent plus quoi attendre des soignants. [...] Entre urgence et chronicité, comment concilier les déclinaisons temporelles du soin avec celles de l'hôpital entreprise ? Comment éviter les erreurs quand les soignants sont sans cesse interrompus par des demandes, forcément urgentes ? Faute de temps pour apaiser, contenir, rassurer, écouter, on dépile trop souvent le paravent de l'intolérance à la frustration. » De quoi convaincre sur l'urgence à réformer la psychiatrie, à investir dans l'hôpital public, à recruter, considérer et revaloriser les soignants, etc. – en bref de faire tout ce qui est possible de faire pour que le manque de temps des soignants ne soit pas synonyme fatal de plus de temps pour s'acharner à vivre pour les patients.

Un axe de travail majeur est d'instaurer une culture de la coopération via une meilleure coordination pour assurer la continuité des soins médicamenteux, thérapies, entre professionnels de santé, ou à plus large audience d'acteurs concernés.

En effet, le décloisonnement doit être un décloisonnement :

- Des acteurs : entre professionnels de santé, ville/hôpital, secteur privé/public (faire de la psychiatrie intégrée et hors les murs)

Un exemple d'organisation des soins qui va vers un modèle de soins collaboratifs est celui né dans les années 1990 aux Etats-Unis et qui propose de placer le médecin généraliste au centre, avec autour de lui une équipe de soins spécialisée en santé mentale (le médecin généraliste dépiste et met en œuvre le traitement, le « case manager » (psychologue par exemple) s'occupe du suivi du patient, le psychiatre intervient en appui et supervision). Une première expérimentation d'un dispositif de soins similaire a été lancée en 2020 en France sous le nom de « Soins d'équipe en Santé Mentale (SESAME) », dans les Yvelines.

- Des domaines d'activités : santé psychique, santé somatique, psychiatrie
- Des prises en charge : curatives, préventives, sanitaires, sociales, médico-sociales

Enfin, un dernier élément à mettre en avant est qui peut s'exprimer de bien des manières est de passer d'un modèle paternaliste médical (médecin décideur) à une approche partenariale en soins (médecin conseiller) ; d'aller vers davantage d'alliance thérapeutique ; d'œuvrer pour la démocratie sanitaire ; d'accorder une réelle place à l'utilisateur dans sa participation au système mais aussi pour qu'il soit acteur de sa santé ; de développer le concept d'empowerment ou collaboration de la personne en souffrance et des professionnels qui l'accompagnent ; de valoriser le savoir expérientiel dans la relation thérapeutique ; de respecter le mantra « jamais pour nous sans nous », etc.

Marisol Touraine, ministre de la Santé, déclarait en 2013 « La qualité d'un modèle de santé publique

se mesure désormais à la place qu'il accorde aux patients. Le ministère de la Santé fut celui de l'hôpital, puis celui des professionnels de santé : il doit aussi être celui des patients. ». Pourtant, et surtout en psychiatrie et santé mentale, il subsiste une faible représentation et poids des représentants des personnes concernées et des familles. Il est donc nécessaire d'accorder de l'importance à la voix des usagers, de permettre l'intervention des pairs-aidants, de donner une place à l'entourage du malade, etc.

Une nouveauté est la pratique avancée, reconnue au grade master, qui vise à améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. En France, son déploiement concerne profession d'infirmier. L'un des cinq domaines d'intervention défini est la psychiatrie et la santé mentale. L'Ordre national des infirmiers français en donne la définition suivante : « L'infirmière de pratique avancée est une infirmière experte, titulaire du master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ces actes. [X] L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes. » Pour sûr, cette avancée permettra non seulement de pallier le déficit de personnel en psychiatrie mais également de renforcer l'expertise, l'interprofessionnalité et l'attention portée à un patient en souffrance mentale, dont ceux présentant des idées suicidaires [286].

Évidemment, il est pertinent de maintenir la prévention proactive ciblée sur les personnes à risque et de toujours tenter de limiter l'accès aux moyens létaux, via par exemple la réglementation de substances comme les médicaments.

Pour finir, selon le collectif d'acteurs Santé mentale grande cause nationale 2025 [136], il y a in fine 3 objectifs à poursuivre :

- Informer : faire en sorte que chacun puisse mieux comprendre ce qu'est la santé mentale ; apprendre dès le plus jeune âge à identifier les facteurs de risque et les actions qui permettent d'en prendre soin ; mieux connaître les maladies associées
- Prévenir : mettre en place une véritable politique de promotion de la santé mentale, développer la prévention, le repérage précoce et les réponses graduées en formant et informant sans relâche
- Déstigmatiser : faire évoluer les représentations sur les troubles psychiques (rétablissement possible, solutions efficaces, etc.)

Le modèle qu'il propose est de mettre en œuvre une approche graduée en santé mentale afin d'agir de façon précoce et de pouvoir accéder au soin adéquat au moment approprié :



Figure 22 : Approche graduée de la santé mentale

Faire de la santé mentale une grande cause nationale, Angèle Malâtre-Lansac, Expressions par Montaigne, 16/05/2024 [Internet]. Institut Montaigne. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/expressions/faire-de-la-sante-mentale-une-grande-cause-nationale>

En conclusion, reprenons la proposition de Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale qui suggère un changement de paradigme en santé mentale. En effet, il explicite que les refondations de la santé mentale sont ordonnées tous les 30 ans par des grands textes fondateurs (1960, 1990), et qu'il est ainsi peut-être le moment de redonner du sens et un nouveau cadre d'organisation à la santé mentale et à la psychiatrie en France, plus de 30 ans après [32].

2. Jeunes

Plusieurs constats soulignent également la spécificité ainsi que l'ampleur du mal-être des jeunes :

- Plus de 50% des troubles psychiatriques apparaissent entre 15 et 25 ans [212]
- 15 à 17% des jeunes connaissent un épisode dépressif entre 16 et 25 ans [213]
- Seulement 1 jeune sur 4 déclare savoir vraiment à qui s'adresser si un trouble mental apparaissait [214]

L'inefficacité ou l'efficacité moindre des politiques de prévention du suicide notamment chez les jeunes pourrait s'expliquer par :

- Le manque de sensibilisation qu'on leur inculque, qui ne leur permet pas de placer la santé comme un levier de réussite à leur parcours, et qui limite leur capacité à chercher de l'aide
- La stigmatisation qui continue d'exister et d'entourer les troubles de santé mentale et ceux qu'ils touchent, or elle les dissuade de parler donc de demander de l'aide
- Comme nous l'avons déjà évoqué, un accès limité aux soins consécutivement à un sous-financement des services de santé mentale additionnée à une mauvaise et inégale répartition sur les territoires ce qui défavorise par exemple les zones rurales
- L'inadaptation et l'inadéquation des interventions proposées qui ne tiennent pas compte des spécificités culturelles, des codes ou des besoins des jeunes : il est nécessaire d'établir une stratégie spécifique à cette classe d'âge - à l'image de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) ou France Travail qui développent des missions attentionnées dédiées aux jeunes et à leurs particularités
- L'insuffisante coordination entre professionnels de santé qui crée des lacunes dans le parcours de prise en charge que nous avons déjà évoquée
- L'absence de suivi ou en tout cas son manque ressenti par les personnes en souffrance
- La pression sociale et académique, en lien avec les attentes familiales et avec la vie sociale
- La technologie et les réseaux sociaux qui peuvent générer des comparaisons sociales ou permettre du cyberharcèlement, même si nous reviendrons sur ces outils plus longuement

Pour s'adapter davantage aux réalités, canaux, besoins, des jeunes dans toute leur diversité, diverses solutions peuvent consécutivement et parallèlement être explorées :

- Renforcer la sensibilisation à la santé mentale via tous les moyens possibles (débunker les idées reçues, pour reprendre cet anglicisme souvent employé, indiquer où chercher de l'aide, favoriser l'acquisition de compétences psychosociales, etc.)
- En ce sens, intervenir de façon précoce dans les écoles via des programmes de prévention dans les établissements scolaires, en lien avec la démarche école promotrice de santé
- Améliorer l'accès aux soins ce qui comprend son accessibilité, sa gratuité et sa disponibilité en ligne pour un soutien immédiat aux personnes en détresse de façon universelle
- Former tous les professionnels en contact des jeunes (professionnels de santé, enseignants, travailleurs sociaux, managers, etc.) à identifier puis intervenir de façon appropriée face à une situation de souffrance ou une crise suicidaire
- Créer des programmes de soutien, de sensibilisation et d'information pour les familles afin

- qu'elles aient la capacité de mieux accompagner leurs proches
- Développer l'accès à des (« bonnes » dans le sens de fiables, déculpabilisantes et utiles) ressources en ligne
 - En lien avec la proposition précédente, lutter contre le cyberharcèlement et promouvoir un usage sain des réseaux sociaux
 - Améliorer et intensifier le suivi post-crise suicidaire
 - Renforcer le dépistage et l'accompagnement précoce de la souffrance psychique des jeunes, par exemple en développant des dispositifs comme les étudiants relais santé, les sentinelles, les formations aux Premiers Secours en Santé Mentale, etc.

C. Et le rôle du pharmacien dans tout ça ?

1. *Rôle de la faculté de pharmacie*

Toutes spécialités confondues, nous comptons 73 400 pharmaciens au 1^{er} janvier 2023 [215].

Cela fait autant de potentiels porte-paroles pour la santé mentale et de maillons de chaînes pour prévenir le suicide, bien que les pharmaciens industriels jouent peut-être un rôle plus indirect dans ce processus, ce qui explique que nous nous concentrerons plutôt sur les pharmaciens officinaux et hospitaliers.

Mais avant de devenir ces professionnels de santé, ces derniers passent par 6 à 9 années d'études [216].

La formation de ces futurs professionnels de santé est ainsi primordiale pour les préparer au futur rôle qu'ils devront exercer. Et nous parlons ici non seulement des compétences techniques à acquérir mais également de santé publique, de prévention et promotion de la santé, de savoir-être, etc.

Dans un premier lieu, suggérons peut-être d'améliorer en ce sens la formation initiale à la fois des futurs officinaux et hospitaliers pour renforcer leur connaissance spécifique en santé mentale. En effet, cette thématique constitue sans conteste l'un des enjeux actuels et futurs de santé publique auquel sera confronté le système de santé mais reste pourtant absente des études de pharmacie. Cela pourrait se décliner en explications des facteurs de risques et de protection, signes à détecter pour savoir identifier la détresse voire la crise suicidaire, explications pour savoir aborder les patients au comptoir ou à l'hôpital de la bonne façon, etc. En effet, la relation humaine étant au centre du rôle du pharmacien, mais favorisant également la capacité pour un patient à oser aborder ses problématiques et à demander de l'aide, il serait utile de développer leur savoir-être : compétences psychosociales et éducatives, pédagogie, empathie, douceur, écoute, capacité à aborder

le sujet mais aussi à régir, etc.

L'Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France (ANEPF) plaide depuis plusieurs années notamment dans une contribution consacrée aux innovations pédagogiques et évolutions des études de pharmacie pour « intégrer des cours de psychologie dans la formation pour délivrer au mieux le soin » [217]. En effet, le pharmacien ne se contente pas de délivrer un médicament concernant une pathologie mais prend en compte un contexte plus large comprenant le patient, son rapport à la maladie et son impact dans sa vie. Mieux comprendre les différents profils de patients, leurs angoisses et leurs réticences permettrait de créer une alliance thérapeutique, de mieux aborder chaque personne qui se présente devant un pharmacien pour in fine augmenter son adhésion au traitement et son observance.

La limite qui peut être opposée à cela est évidemment le fait que les programmes soient déjà chargés et ne sont pas extensibles.

Pour cela, peut-être ces modules pourraient être dispensés en partie via des MOOC (Massive open online course), plus ludiques et moins passifs que des cours magistraux, qui sont des cours à distance interactifs mêlant capsules vidéo, jeux, encadrés de textes, et questionnaires d'évaluation des connaissances acquises. L'e-learning, ou apprentissage en ligne, doit permettre aux étudiants de mieux appréhender l'échange en présentiel à la faculté dédié à ce sujet afin que ce moment soit plus centré sur la mise en pratique de la théorie. Cette mise en pratique pourrait être effectuée via la simulation virtuelle qui permet de respecter le principe du « jamais la première fois sur le patient » tout en développant l'apprentissage de gestes, approches relationnelles ou prises en charge plus ou moins complexes. Nous pouvons aussi penser aux serious games via l'utilisation et le développement d'officines pédagogiques. Enfin, ce but pourrait être atteint en intégrant l'intervention de patients ou de pairs-aidants afin de réaliser de la pédagogie inversée en profitant de leur savoir expérientiel pour mieux appréhender la réalité et les besoins de l'utilisateur dans la vie réelle. Ils complèteraient l'enseignement déjà prodigué par la faculté [218].

Multiplier les stages et immersions à la fois dans des services hospitaliers ou des officines ayant ces profils de patients pourrait permettre aux étudiants d'expérimenter davantage les compétences théoriques apprises et de s'immerger dans la réalité de ces situations de mal-être.

De plus, le service sanitaire lancé en 2018 pour les 47 000 étudiants en santé et qui vise à former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires gagnerait également à intégrer davantage la thématique de la santé mentale et de la prévention du suicide dans tous les lieux d'interventions imaginables (entreprises, établissements scolaires, lieux de vie, pair à pair auprès d'autres étudiants en santé, etc.) [219] [220].

L'efficacité de ces interventions ont largement été prouvées, en témoignent notamment l'exemple de la région des Hauts-de-France [221] ou l'étude d'évaluation de la thématique « santé mentale et prévention du suicide » du service sanitaire selon la méthode de Kikrpatrick [222].

Il serait également opportun de développer la formation continue pour les pharmaciens et autres professionnels de santé qui voudraient renforcer leur socle de connaissances et compétences via une formation spécifique sur la santé mentale et la prévention du suicide, toujours notamment dans le but de mieux reconnaître les signes de détresse psychologique et de mieux accompagner les personnes en mal-être voire présentant des idées suicidaires.

Pour cela, il faudrait démocratiser et développer notamment des Diplômes Universitaires (DU) spécialisés en psychiatrie et santé mentale (comme celui de l'Université Paris Cité [223]) accessibles aux pharmaciens ou autres modules complémentaires de formation.

Enfin, les universités sont non seulement des lieux de formation et d'apprentissage mais également de recherche. Comme soulevé précédemment, davantage d'investissement et de moyens pour la recherche autour de la santé mentale et du suicide pourrait permettre de le prévenir de façon plus efficace et efficiente.

Pour être totalement complet sur le rôle des facultés, soulignons à nouveau l'importance de faciliter pour les étudiants en pharmacie l'accès aux formations PSSM ou encore à la fonction d'étudiant sentinelle. Bien qu'étudiants en santé, ces derniers ne sont pas toujours au fait des ressources auxquelles ils ont accès et qu'ils peuvent solliciter, et il est parfois plus simple de s'adresser directement à un autre étudiant, comme aux étudiants relais santé mais aussi élus étudiants ou étudiants associatifs pas forcément sensibilisés à la thématique. Cet apprentissage des services à disposition, des moyens de détection des risques de dépression et de suicide et de gestion primaire des situations servirait ainsi à la fois pendant leur cursus mais également dans leur vie professionnelle.

2. *Le pharmacien, expert du médicament*

Le pharmacien a de tout temps été présenté comme le gardien des poisons, selon la célèbre formule consacrée par l'alchimiste Paracelse « Tout est poison, rien n'est poison : c'est la dose qui fait le poison ».

Une de ses missions centrales est donc l'analyse et la dispensation des prescriptions en officine, et de la même façon la supervision de la prescription et de la dispensation de médicaments à l'hôpital.

L'arsenal thérapeutique pour faire face aux troubles mentaux est large, les traitements prescrits aux patients suicidaires sont souvent lourds et avec de nombreux effets secondaires. Un volet de gestion des médicaments, à la fois d'assurance de la bonne utilisation des médicaments psychotropes, de suivi des effets indésirables, de détection des comportements à risque et d'attention à l'observance et à la tolérance de ces derniers est donc majeur. Avec ces actions, figure évidemment par la suite le suivi des patients ayant des troubles ou antécédents de troubles mentaux ou de tentatives de suicide, via par exemple la surveillance des interactions médicamenteuses, la prise effective du traitement, son efficacité, etc. La pharmacie clinique est un véritable atout dans la sécurisation des parcours de soins en santé mentale à l'hôpital notamment en psychiatrie [224].

Le pharmacien doit par ailleurs porter une vigilance envers des comportements qui peuvent laisser penser à une accumulation de médicaments pouvant potentiellement, en cas de mésusage, servir à se donner la mort.

Évidemment, le pharmacien a la possibilité voire le devoir d'orienter les patients vers des professionnels de santé lorsqu'il a usé de tout son pouvoir et qu'il atteint la limite de son rôle de pédagogie, de conseils, d'écoute et de soutien.

En parlant des autres professionnels de santé, la collaboration interdisciplinaire avec les psychiatres, psychologues et autres professionnels de santé doit être renforcée notamment pour élaborer des plans de traitement adaptés mais aussi pour échanger autour de cas complexes. Ensemble, ils pourraient également établir des protocoles de dépistage et d'intervention.

Enfin, pour aller toujours dans le sens de l'éducation et la sensibilisation, le pharmacien hospitalier pourrait endosser un rôle éducatif en informant le personnel soignant et les patients sur les médicaments, y compris les risques associés et les signes d'alerte, en lien étroit avec les troubles de santé mentale et les tentatives de suicide.

3. *Le pharmacien comme porte d'entrée*

Il existe environ 20 000 pharmacies officinales en France [225]. Le système de santé pourrait ainsi se servir de ce maillage territorial dans la prévention du suicide et la sensibilisation à la santé mentale, avant qu'il ne soit en danger et détérioré (ce qui pourrait d'ores et déjà être le cas, en témoignent les places vacantes dans les facultés de pharmacie françaises [226]).

Cela permettrait de renforcer et d'asseoir le rôle d'acteur du pharmacien dans la chaîne de prévention, notamment de détection et d'orientation, mais pas que comme nous avons pu le voir.

Au sujet de pharmacie hospitalière, nous pourrions suggérer des interventions proactives des pharmaciens à l'hôpital, qui intégreraient des outils de dépistage du risque suicidaire dans le

parcours de soins. Ces derniers pourraient être formés pour réaliser des entretiens motivationnels et des évaluations du risque suicidaire.

De la même façon, la pharmacie officinale pourrait jouer un rôle dans le repérage des signes suicidaires. Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de premier recours qui figure parmi les premiers acteurs de proximité dans le champ de la santé, et permet donc une écoute et un soutien de proximité mais aussi une confiance des patients. Cela pourrait faire écho avec les nouvelles missions et responsabilités du pharmacien, en lien notamment avec les compétences élargies qu'on leur a confiées pour faciliter l'accès aux soins par exemple le dépistage et la délivrance d'antibiotiques pour les angines et cystites simples, la délivrance du kit de dépistage du cancer colorectal ou encore la prescription et l'administration de l'ensemble des vaccins aux plus de 11 ans [227].

Le pharmacien est notamment un des quatre professionnels de santé effecteurs de Mon Bilan Prévention, nouveau dispositif du ministère de la Santé qui offre à différentes catégories d'âges dits clés de la vie (dont les 18-25 ans) un temps d'échange dédié à la prévention. Ce rendez-vous permettant aux patients et aux professionnels de santé d'aborder les habitudes de vie, d'identifier des facteurs de risque de maladies chroniques, de réaliser des dépistages et des rappels de vaccination, doit également être le lieu de détection d'un mal-être.

Les entretiens pharmaceutiques ne semblent pas encore atteindre le succès escompté mais des entretiens dédiés à la santé mentale pour discuter de ces idées suicidaires avec le pharmacien officinal, qui reste l'un des professionnels de santé vers lequel se tournent spontanément les usagers, doit tout de même être envisagée.

Cela pose évidemment la problématique de l'architecture actuelle d'une grande majorité des pharmacies d'officine qui, faute de place, n'espacent pas les comptoirs, ne peuvent pas créer de pièce dédiée, et ainsi ne permettent pas de garantir la confidentialité des échanges, ce qui ne place pas le patient dans des conditions optimales pour se confier et s'épancher sur des sujets dits « personnels » ou « sensibles ».

Ici aussi, impossible de ne pas insister sur la nécessité d'encourager la collaboration interprofessionnelle pour créer un réseau de soutien intégré. Cela pourrait aussi permettre d'instaurer un soutien psychologique pour les pharmaciens ou les professionnels de santé eux-mêmes, d'instaurer des discussions autour de cas difficiles, de consacrer des moments à l'apprentissage de la gestion du stress par exemple. Les cordonniers sont en effet souvent les plus mal chaussés, en témoignent toutes les études qui mettent en exergue le mal-être des soignants – qui nous le rappelons est un des métiers considéré comme un facteur de risque du suicide.

Là aussi, l'importance de sensibiliser à la santé mentale et au suicide est forte.

Elle pourrait se traduire en officine par le renforcement de son rôle d'information et de pédagogie notamment sur ressources disponibles, lignes d'écoute, centres de santé mentale. Il faudrait pour cela que les pharmaciens soient dotés d'outils et de ressources qui seraient dans un second temps partageables avec leurs patients. Cela nécessiterait en complément de lancer des campagnes de sensibilisation sur le rôle du pharmacien dans la prévention du suicide pour que le public sache qu'il peut se tourner vers eux pour obtenir de l'aide.

De la même façon le pharmacien hospitalier pourrait participer à des campagnes de sensibilisation communautaire sur la santé mentale et le suicide, notamment en organisant des événements ou en collaborant avec des associations.

Enfin, nous pourrions imaginer de nouvelles initiatives, comme l'intervention du pharmacien à domicile pour rompre la solitude et prendre des nouvelles notamment chez les personnes à risque (par exemple chez des patients ayant des antécédents de tentatives de suicide). À la manière de ce qui peut être fait parfois pour les personnes âgées en temps caniculaire qui utilise un modèle d'inscription de son père ou sa mère au registre des personnes vulnérables de la mairie de sa commune pour qu'il bénéficie d'aide en cas de canicule (appels téléphoniques pour savoir si tout va bien, mais aussi si besoin de visites à domicile), les psychologues, psychiatres, médecins généralistes, pharmaciens ou autres professionnels intervenant dans le suivi des patients à risque de récurrence ou de crise suicidaire pourraient bénéficier de cet appui, en complément du dispositif Vigilans [228].

V. Ouverture : utiliser la culture contre le suicide

A. Réseaux sociaux : pour le meilleur ou pour le pire ?

L'exposition aux écrans pourrait être le mal du siècle, et avec elle, l'ensemble des technologies de l'information et de la communication, surtout dans notre cas précis les médias ou réseaux sociaux. Ils sont définis par Andreas Kaplan et Michael Haenlein comme « un groupe d'applications en ligne qui se fondent sur la philosophie et la technologie du net et permettent la création et l'échange du contenu généré par les utilisateurs ». On peut donc y ressortir les notions de technologie et de contenus ainsi que celle d'interaction.

Première analyse sur les pratiques numériques des jeunes, celle issue du 3^{ème} rapport de l'Observatoire National du Suicide qui met en avant les éléments suivants [70] : « Elles ont parfois pour effet de réduire la durée de leur sommeil, de diminuer leur activité physique et de les

surexposer aux médias, ce qui les prédispose fortement aux symptômes dépressifs et anxieux ainsi qu'aux idées suicidaires. De plus, l'usage des technologies numériques semble creuser les inégalités entre les jeunes face au suicide. Il présente en effet un atout pour les adolescents allant bien et évoluant dans un environnement familial et scolaire sécurisant, mais il constitue un espace exposant les plus vulnérables à la souffrance et au risque suicidaire. Les outils numériques, notamment les réseaux sociaux, peuvent enfin, dans certains cas, jouer un rôle dans l'amplification du phénomène de « contagion » des risques suicidaires. » [229].

En effet, d'après plusieurs travaux de recherche, ceux-ci sont autant d'outils de propagation de cyberharcèlement ou de harcèlement en ligne qui génèrent des troubles anxieux et des épisodes dépressifs [230].

Cela ferait donc d'eux un facteur majeur de risque. En effet, cela augmenterait les idées suicidaires d'un facteur multiplicatif de 5 et les tentatives de suicide d'un facteur multiplicatif de 3 [231].

Plus largement, ils seraient également un autre facteur de solitude, de remise en question à la suite de contenus de célébrités ou influenceurs, de sentiment d'exclusion, etc.

Pourtant, d'autres parties prenantes tendent plutôt à voir les réseaux sociaux d'une façon positive notamment pour la prévention du suicide et voient en eux le vecteur potentiel de repérage des pensées suicidaires et d'intervention préventive. Ils constitueraient l'opportunité pour certaines personnes en souffrance d'exprimer leur mal-être. Ils permettraient également de perpétuer et renforcer les liens aux autres, d'augmenter la sensation d'appartenance à une communauté, d'accéder à une culture pour éviter de se sentir hors des groupes, en synthèse de sortir de l'isolement, etc [166].

Deux visions qui ne sont pas nécessairement en opposition mais plutôt qui s'additionnent. De la même façon, Catherine Jousselle, chercheuse Inserm au sein de l'Unité « Santé mentale et santé publique », résume les réseaux sociaux et leur utilité de la façon suivante : « le meilleur comme le pire peut arriver : bien qu'ils permettent de s'exprimer, ils provoquent également l'isolement ».

Toujours selon l'Inserm, il existe désormais « certains moyens [...] pour prévenir le suicide comme la censure des réseaux sociaux, la dénonciation des contenus, la présence des services de prévention sur ces réseaux... ». Toutefois, leur conclusion demeure qu'« éduquer les jeunes en leur enseignant les bons gestes à adopter reste le meilleur moyen de lutter contre ce fléau ».

Pour aller dans ce sens, l'Unité mixte de recherche 1123 – Epidémiologie clinique et évaluation économique appliquées aux populations vulnérables (ECEVE) a développé l'application

STOPBLUES. Celle-ci permet à son utilisateur d'avoir accès à des informations (vidéos de professionnels, de malades ou de proches), de remplir des questionnaires d'auto-évaluation de façon anonyme et même d'accéder à un mapping pour trouver à proximité de soi des médecins, CMP ou encore des associations si besoin.

« En somme, il s'agit d'une sorte de compagnon virtuel, chargé d'accompagner, de renseigner et de rassurer les utilisateurs en souffrance », précise l'Inserm. L'application développée en 2018 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en partenariat avec le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale et Psycom, organisme public d'information sur la santé mentale est désormais disponible pour iPhone et Android sur l'[Apple Store](#) et Google Store. Une façon d'utiliser la technologie au service de la santé mentale [232] [233].

Les réseaux de masse et les réseaux de partage de contenu (Facebook, Twitter, Youtube, Instagram, TikTok) sont autant de lieux virtuels à potentiel haut risque : on y trouve des propos suicidaires incitatifs, des mises en scènes de gestes auto-agressifs (quand ce n'est pas le suicide lui-même qui est filmé en direct) ou encore des astuces, conseils voire modes d'emploi pour se donner la mort aisément. En effet, parfois, lorsque la douleur est trop forte, il est important pour se sentir mieux d'avoir l'impression d'exister et d'être important pour les autres. Cela peut aboutir à la scénarisation puis au reportage en direct de leur suicide par des jeunes sur les réseaux sociaux qui leur donne l'impression de 'mourir en héros'.

L'Association Internationale de Prévention du Suicide (IASP) travaille donc à davantage de sensibilisation des blogueurs pour les aider à faire face aux propos suicidaires et à éviter les effets d'incitation. Elle exerce également une activité de lobbying auprès des géants du numérique. Grâce à ce plaidoyer, de nombreuses plateformes (sociales et moteurs de recherches) disposent désormais d'un système de renvoi vers des ressources d'aides lorsqu'on y recherche des propos suicidaires [88].



Figure 23 : Message d'avertissement Google lors de la recherche « suicide »



Figure 24 : Message d'avertissement YouTube lors de la recherche « suicide »

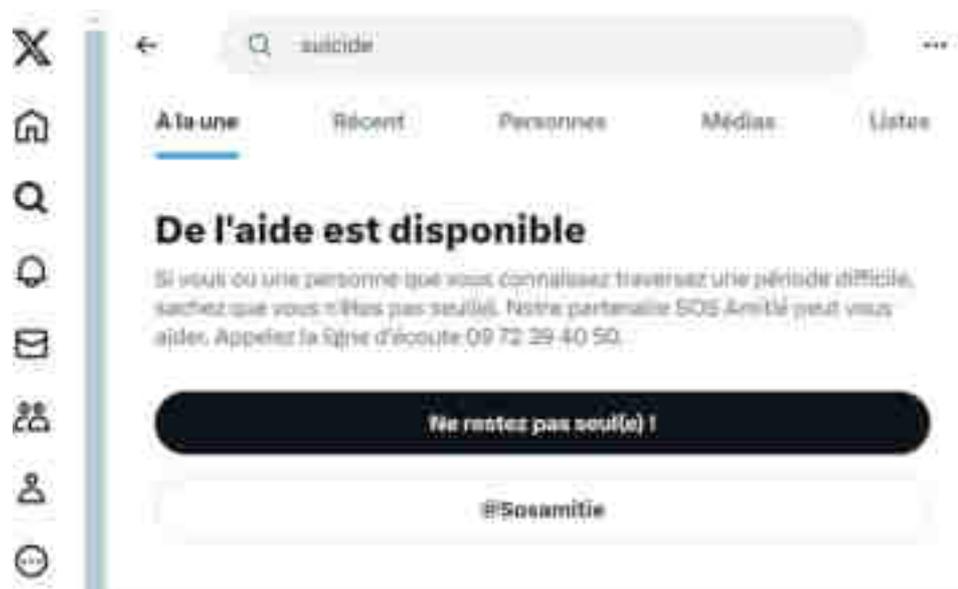


Figure 25 : Message d'avertissement X lors de la recherche « suicide »

Si l'initiative est évidemment louable, on peut s'interroger quant à la ligne téléphonique et l'association mise en avant (SOS Amitié) et se demander pourquoi il n'a pas été choisi de modifier les coordonnées en mettant en exergue le 31 14, numéro national de prévention dédié au suicide en France. La preuve sans doute qu'il reste encore un certain chemin à parcourir.

Une autre illustration des problématiques des réseaux sociaux en lien avec le suicide peut être dressée avec l'exemple de l'algorithme du média social TikTok.

Un collectif au nom d'Algos Victima réunit des familles qui veulent assigner le réseau social chinois en justice. Depuis sa constitution en mars 2023 sous l'égide de l'avocate Laure Boutron-Marmion, elles sont désormais sept familles à préparer un dossier pour tenter de démontrer les « dégâts considérables » de TikTok sur la santé mentale de leurs enfants, dont certains se sont suicidés, et à demander réparation. Une première en France qui relance de ce fait le débat sur la régulation des réseaux sociaux notamment pour les plus jeunes [234].

La plainte des parents de Marie, membres du collectif, a été déposée pour trois motifs : "provocation au suicide", "propagande des moyens de se donner la mort" et "non-assistance à personne en péril". Marie, victime de harcèlement et de grossophobie, témoigne au cours d'une vidéo sur le réseau social de son mal-être. D'après la plainte évaluée par le parquet de Toulon, c'est à partir de cette publication que l'algorithme de TikTok a recommandé d'autres contenus autour de la dépression et du harcèlement. L'objectif de TikTok, à l'image de chaque plateforme de contenu, est de garder les utilisateurs connectés et actifs le plus longtemps possible sur leur application. Pour cela, les réseaux sociaux tentent de proposer des contenus qui plaisent à chacun. C'est à ce moment que les algorithmes interviennent et ciblent les préférences d'un utilisateur afin d'augmenter sa durée d'engagement. Mais à ce jeu, TikTok semble particulièrement compétent, sans doute grâce au format court de ses vidéos qui permet de regarder « en une heure, une quinzaine de vidéos YouTube, mais plusieurs centaines sur TikTok » selon Marc Faddoul, le co-directeur de l'AI Forensics, une ONG spécialisée dans l'étude des algorithmes de recommandation. Il ajoute que "l'algorithme favorise aussi particulièrement les contenus polarisants ou polémiques, car ce sont les plus engageants", ce qui explique la mise en avant des contenus d'automutilation ou en lien avec les idées suicidaires. Mais derrière ces détails techniques demeurent la réalité implacable : peu de temps après, Marie se donne la mort [235].

Ce dont font état le collectif et la famille d'une victime avait déjà été confirmé par le rapport « Poussé·e·s vers les ténèbres : Comment le fil « Pour toi » encourage l'automutilation et les idées suicidaires » du 7 novembre 2023 d'Amnesty International. Ce dernier retrace la quête effrénée menée par TikTok pour obtenir l'attention des utilisateurs et utilisatrices et ses conséquences potentielles d'aggravation des problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et l'automutilation. Elle se sert pour cela du fil « Pour toi » qui est une page personnalisée que l'on peut sans arrêt parcourir et qui s'alimente progressivement de contenu recommandé par des algorithmes selon ce qu'ils cernent être les préférences ou intérêts de l'utilisateur.

« L'étude technique se fonde sur plus d'une trentaine de comptes automatisés qui ont été paramétrés de manière à représenter des enfants de 13 ans au Kenya et aux États-Unis afin de mesurer les effets du système de recommandation de TikTok sur les jeunes utilisateurs et utilisatrices. Une deuxième simulation, exécutée manuellement, a été réalisée sur un compte au Kenya, un aux Philippines et un

aux États-Unis. L'étude technique a révélé que, au bout de cinq ou six heures passées sur la plateforme, près d'une vidéo sur deux était relative à la santé mentale et potentiellement nocive, soit un volume 10 fois plus important que celui présenté aux comptes n'ayant indiqué aucun intérêt pour le sujet. L'effet de « spirale » était encore plus rapide lorsque l'équipe de recherche visionnait manuellement des vidéos concernant la santé mentale qui avaient été suggérées aux comptes d'étude simulant le comportement d'enfants de 13 ans au Kenya, aux Philippines et aux États-Unis. Entre trois et 20 minutes après le début de l'étude manuelle, plus de la moitié des vidéos du fil « Pour toi » étaient en rapport avec les problèmes de santé mentale, et de nombreuses vidéos recommandées en l'espace d'une heure seulement idéalisaient, banalisaient voire encourageaient le suicide. »

Amnesty International porte ainsi une pétition pour améliorer la sûreté de la plateforme pour les enfants et les jeunes, en interpellant directement son PDG « Tiktok doit changer son modèle pour protéger les enfants des dangers de la plateforme ! » [236] [237] [238].

Dernier exemple symptomatique sur le rôle positif comme négatif que peuvent également jouer les médias sociaux, grands favoris des jeunes, et le travail qu'ils leur reste à accomplir pour qu'ils tendent à leur faire plus du bien que de mal.

B. Impact des médias et de la communication sur le suicide

1. *De l'effet Werther...*

L'histoire a prouvé que les médias, le monde culturel et la façon de communiquer sur le suicide ont un impact sur le comportement des gens exposés à ces contenus. Figure pour cela l'exemple tiré de la littérature d'un modèle d'une vague de suicides en Europe consécutive à la parution d'un roman de Johann Wolfgang von Goethe, *Les souffrances du jeune Werther*, publié en 1774 et qui décrivait notamment le suicide d'un jeune homme au cœur brisé. En effet, des suites de cette publication ont eu lieu un nombre important de suicides pendant les mois qui suivirent, par arme à feu, selon précisément les mêmes modalités que celles utilisées par le héros de l'œuvre.

Par la suite, choquée par cet écrit, l'Eglise demande évidemment l'interdiction du livre et pousse ainsi les autorités allemandes, danoises et italiennes à prononcer cet arrêt et ces derniers censurent la diffusion du roman dans leur pays. Le premier sociologue qui s'est intéressé à ce phénomène était l'américain David Philipps qui a souhaité étudier les causes de cette supposée hausse du suicide. En 1974, selon lui, face à l'absence de corrélation étudiée, il n'est pas possible de mettre en avant un lien de cause à effet entre la parution du livre et la vague de suicides. Il cite notamment Émile Durkheim, pour qui, bien que le suicide d'un proche puisse générer quelques cas dans son entourage, il ne peut en aucun cas affecter un taux de suicide au niveau national.

Peu de temps après, il choisit néanmoins de produire une étude des cas de suicide entre 1947 et 1968 dans son pays et en Angleterre et prouve une corrélation entre publication dans la presse de suicide et hausses des suicides immédiatement après, corrélation proportionnelle à la médiatisation qui en est faite. En 1986, il dresse la même constatation avec le relai télévisé en s'intéressant aux cas diffusés par la télévision au niveau national sur une semaine et est donc formel : il y a en effet lien direct entre exposition par la télévision au suicide et hausse du taux de suicide. C'est ainsi lui qui consacre le nom d'effet Werther, emprunté au héros de Goethe, et à qui l'on attribue la parentalité de cette expression qui résume ce mimétisme et cette contagion.

En 1992, la synthèse de ses travaux « Suicide and the media » confirme à nouveau ce phénomène d'imitation, de reproduction voire de contagion après avoir vu et/ou lu cet acte.

Dans la même idée en France, une étude épidémiologique met en évidence de 1979 à 2006 une hausse du nombre de suicides après la médiatisation de suicides célèbres. Elle prouve par exemple une hausse de 17,6 % du nombre de suicides par rapport aux statistiques saisonnières habituelles dans le mois suivant le suicide de Pierre Bérégovoy qui, compte-tenu de sa popularité, a été fortement médiatisé. L'étude montre également un effet significatif des suicides d'autres figures populaires telles que Kurt Cobain (11,7 % de hausse), ou encore Dalida (23,5 % de hausse pour la tranche d'âge 45-59 ans). Les résultats de cette étude soulignent que les facteurs favorisant l'apparition d'une « épidémie » de suicides sont « le caractère réel du modèle (et non un modèle fictif), son statut de célébrité, le montant de publicité accordée à l'événement et des facteurs de risque individuels de suicide préexistants dans la population exposée » [239] [240]. Le cas de l'acteur Robin Williams en est une autre illustration : 6 mois après son décès, on a assisté aux États-Unis à une augmentation de la mortalité par suicide des hommes de 30 à 44 ans (soit 1841 suicides supplémentaires). En synthèse, quand une célébrité se donne la mort, le taux de suicide augmente en moyenne de 13 % [241].

La meilleure conclusion à ce sujet reste les propos publiés par l'OMS en 2008 sous l'intitulé Preventing suicide : a resource for media professionals : « Les principales revues de la littérature scientifique convergent vers les mêmes conclusions : le traitement du suicide par les médias est susceptible de conduire à des comportements suicidaires par imitation. Selon ces mêmes revues, le risque varie en fonction du temps, avec un pic lors des trois premiers jours, puis un nivellement qui s'effectue après deux semaines environ, parfois davantage. Il apparaît également que plus la quantité et la visibilité de l'information véhiculée est importante (reprise multiple de l'information, histoires à fort impact médiatique), plus l'association avec des comportements d'imitation est forte. Le phénomène est également amplifié lorsque la personne décrite dans l'article partage avec le lecteur

ou le téléspectateur un point commun, ou lorsqu'il s'agit d'une célébrité que le lecteur ou le téléspectateur porte en estime. Certains sous-groupes de la population (tels que les jeunes, ou les personnes souffrant de dépression) seraient davantage vulnérables à un comportement suicidaire par imitation. Enfin, et c'est sans doute l'élément le plus important, une description détaillée de la manière dont une personne s'est suicidée peut mener à une augmentation des comportements suicidaires par la même méthode. » [242].

2. *À l'effet Papageno*

Si l'on s'est en premier lieu intéressé à l'aspect négatif de la publicité et médiatisation du suicide, il existe cependant un pendant « positif » de l'effet Werther qui exprime une association positive entre un traitement particulier et responsable des suicides par les médias et les variations constatées dans les taux de suicide, qui laisserait donc entendre un effet bénéfique dans la prévention du suicide.

Là aussi, nous sommes obligés de faire un détour dans le monde culturel et plus particulièrement la destination le final de l'opéra *La Flûte enchantée* de Mozart. Effectivement, l'oiseleur Papageno, pensant avoir perdu son amour Papagena, songe à se pendre à un arbre. Mais les Trois Garçons surgissent et l'invitent plutôt à trouver une autre issue. Papageno se rappelle alors qu'il possède un carillon magique, qui lui permet de retrouver sa bien-aimée (et ne met donc pas fin à ses jours).

L'autrichien Thomas Niederkrothentaler a constaté au cours d'une étude en lien avec l'Université médicale de Vienne, que la diffusion de certains articles de presse particulièrement précautionneux était négativement corrélée aux taux de suicide. Ainsi, en respectant certaines conditions, des messages médiatiques pourraient avoir une portée préventive des comportements suicidaires. Ce psychologue décide donc de baptiser l'effet de prévention des médias du nom du personnage rescapé de Mozart, par analogie à ce rappel aux ressources dont on peut disposer afin de surmonter une crise suicidaire [243]. Plus en détails, les recherches du psychologue ont fait l'analyse durant six mois de 497 articles portant sur le suicide, publiés par différents médias écrits distribués sur le territoire autrichien. Cette étude a identifié les associations entre les contenus des médias et les variations dans les taux de suicide selon les régions d'influence des différents journaux étudiés. La conclusion est dans un premier lieu la confirmation que la répétition et la description du même suicide dans les médias, ainsi que ceux des cas célèbres, sont bien associés à une augmentation du taux de suicide – l'effet Werther décrit plus haut. Dans un second lieu, elle montre que les messages médiatiques peuvent avoir une portée préventive des comportements suicidaires lorsque :

- les médias abordent l'idéation suicidaire sans parler du passage à l'acte (tentative de suicide et suicide). Pour rappel, l'idéation suicidaire est le fait d'envisager le recours au suicide comme solution possible à une situation estimée comme insatisfaisante ou comme remède

radical au désespoir que la personne éprouve.

- les médias abordent le vécu de l'idéation suicidaire en mettant l'accent sur la volonté de « continuer à vivre ».
- les médias mettent en évidence l'importance de l'adoption de mécanismes d'adaptation positifs (coping) pour faire face à la situation.

Ces mêmes arguments se retrouvent dans une autre étude conduite par le psychiatre et psychanalyste Elmar Etzersdorfer et son équipe, qui s'est intéressée à la réduction du taux de suicide et de tentatives de suicide que permettraient les « meilleures pratiques » en matière de reportage sur le suicide.

Cette dernière met en évidence la réduction du caractère sensationnaliste du traitement médiatique des suicides dans le métro viennois après la parution de recommandations à destination des journalistes. Elle comptabilise également une baisse de 75% du taux de suicide dans le métro, et, plus généralement, une réduction de 20% du taux de suicide à Vienne. Plus marquant encore, la diffusion à plusieurs reprises à échelle nationale des recommandations a été suivie d'une tendance à la diminution du taux global de suicide en Autriche. Cet impact positif était davantage prononcé dans les régions du pays où les médias avaient davantage collaboré [244].

Dans cet esprit, le « programme Papageno » de prévention du suicide axé sur le phénomène de contagion suicidaire a été initié en France en 2014. Au cours d'un entretien du psychiatre Charles-Édouard Notredame par Bernard Granger au sujet de la création de ce dispositif qu'il coordonne, ce dernier explique que sa motivation première est celle de lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Pour lui, ressortait une nécessité pour le traitement de la thématique de la santé mentale, « non pas de blâmer ou de culpabiliser les journalistes, mais de les sensibiliser, de les accompagner vers une couverture plus responsable ». Pour cela, il a fallu imaginer la communication comme vecteur de prévention. C'est donc ainsi que, en lien avec l'École Supérieure de Journalisme (ESJ) de Lille, fut créé le premier prototype et modèle des « rencontres-formation Papageno ». Celles-ci consistaient alors en un échange entre des étudiants en journalisme et des internes en psychiatrie, sous la tutelle de deux experts de chacune des thématiques. Dans le Plan 2011-2014 d'actions contre le suicide, l'intervention dans les écoles de journalisme figurait. En ce sens, la Direction Générale de la Santé a sollicité l'équipe du programme afin que son format soit adapté à la problématique suicidaire, et que tout le territoire français et non plus seulement lillois puisse en bénéficier. De cette sollicitation s'est suivie une association au Groupement d'étude et de prévention du suicide (Geps), et le soutien de l'Association fédérative française des étudiants en psychiatrie (AFFEP). C'est ce qui marque plus officiellement la création du programme Papageno qui souhaite que les journalistes, au travers de leurs productions, contribuent à « sauver des vies en

rappelant à leurs lecteurs, auditeurs et/ou téléspectateurs vulnérables les ressources à même de les aider à surmonter une crise suicidaire ».

Le choix de la désignation du programme fait écho et rejoint ce que nous expliquions plus haut au sujet de l'appellation de l'effet du même nom car « l'oiseleur représente l'allégorie de la mission que nous nous assignons, en même temps que de la philosophie qui nous anime : aider les personnes qui traversent un moment difficile en éveillant en eux la conscience de leurs potentialités, soutenir les collègues qui travaillent déjà à cette tâche en catalysant leurs efforts, et enfin, supporter les acteurs sociaux que la question du suicide décontenance en leur permettant de s'en saisir pleinement en tant que partenaires de prévention. De la même manière que les angelots amènent Papageno à comprendre qu'il a des ressources pour surmonter sa détresse, nous aspirons à faire diffuser de pareilles ressources – les numéros d'aide et d'écoute, par exemple – auprès des personnes qui traversent une crise suicidaire » [88].

3. *Bonnes pratiques pour une couverture médiatique responsable du suicide*

Il existe donc deux faces de la même médaille, porteurs de noms d'héroïnes d'œuvres d'art :

- L'effet Werther, lorsque la diffusion médiatique inappropriée d'un suicide conduit à un phénomène d'imitation
- L'effet Papageno, lorsque le traitement médiatique responsable d'un suicide permet d'en faire la prévention

Les médias revêtent un rôle majeur dans la société de construction, déconstruction, entretien, diffusion des représentations sociales. Mais ces deux effets amènent au constat spécifique qu'ils ont une responsabilité dans leur façon d'aborder le suicide.

Rapidement (puisque cela date de 2008), l'OMS s'est saisie de ce sujet et s'est lancée dans la création d'un livret de ressources pour les professionnels de médias pour prévenir le suicide (Preventing suicide : a resource for media professionals), sous la forme d'une liste de 11 précautions à appliquer dont voici une brève synthèse et explication :

- Sensibiliser le public au sujet du suicide.
- Éviter le langage qui sensationnalise et normalise le suicide, ou qui le présente comme une solution aux problèmes, par exemple via l'utilisation de termes tels que « l'augmentation des taux » préférentiellement à l'hyperbole « épidémie de suicide ». De la même façon, utiliser « tentative de suicide non aboutie » plutôt que « suicide raté » éviterait de sous-entendre que la mort est une issue souhaitable.

- Éviter de placer en vue et en répétition inutile des histoires au sujet du suicide, notamment en plaçant les articles de presse sur le suicide dans le bas des pages intérieures, et en diffusant les reportages sur le suicide dans la deuxième ou la troisième pause de nouvelles à la télévision ou à la radio.
- Éviter la description détaillée de la méthode utilisée dans un suicide ou tentative de suicide puisqu'une description pas à pas peut donner des idées et encourager les personnes vulnérables à utiliser la même méthode, d'autant plus lorsque la méthode de suicide est rare.
- Éviter de fournir des informations détaillées sur le lieu où s'est produit le suicide ou la tentative de suicide pour éviter de transformer un emplacement en lieu de prédilection (« the place to go ») pour se suicider.
- Rédiger les gros titres avec attention notamment en évitant la mention du suicide, de la méthode, etc.
- Faire preuve de prudence dans l'utilisation de photographies ou de séquences vidéo.
- Porter une attention particulière aux reportages sur le suicide des célébrités étant donné qu'ils sont particulièrement susceptibles d'influencer le comportement des individus vulnérables car adulés par leurs fans. Glorifier la mort d'une célébrité pourrait laisser croire qu'on rend honneur à ces comportements suicidaires. Une autre précaution à prendre est l'annonce du motif du décès par suicide lorsque celui-ci n'est pas encore vérifié ni prouvé.
- Montrer de la considération pour les personnes endeuillées par un suicide. En effet, nous avons prouvé que les personnes qui ont été endeuillées par suicide présentent elles-mêmes un risque accru de suicide.

Un exemple récent et local illustre parfaitement cette attention qui devrait être portée aux proches et la maladresse de certains journalistes sur le traitement du suicide qui ajoute de la peine à la peine :



Figure 26 : Article de presse « Précision : Suicide à Hohrod », journal quotidien Dernières Nouvelles d'Alsace, Saverne – Sarre-Union (67B), vendredi 27 septembre 2024, rubrique Région « Faits divers – Justice », p.22.

- Fournir des informations sur les ressources d'aide en systématisant les mentions des différentes aides dont peuvent bénéficier les personnes en souffrance.
- Reconnaître que les professionnels des médias eux-mêmes peuvent être touchés par des histoires au sujet du suicide et penser donc à mettre en place un système de soutien de ces

derniers (groupe d'écoute, entraide, mentorat, accompagnement par un professionnel, etc.)
[245]

Si nous voulions résumer l'esprit de ces recommandations, l'idée est d'encourager les journalistes à prendre en compte le suicide dans tout sa singularité et complexité afin d'éviter l'écueil de l'attribution de l'acte au seul facteur déclencheur ; à adapter les termes utilisés dans leurs discours pour que le suicide ne soit ni banalisé, ni normalisé, ni romantisé, ni encouragé ; à ne pas transcrire la méthode employée pour se donner la mort ; à sensibiliser sur les signes qui peuvent faire croire à un risque suicidaire plus ou moins imminent sur soi ou autrui et enfin à s'assurer de sources scientifiques et fiables pour traiter ces questions.

La revue *Frontiers in psychology* lors de la publication de l'étude « *A Short Media Training Session Is Effective in Reinforcing Psychiatrists' Communication Skills About Suicide* » menée par le Docteur Karl Walter (CHU de Lille) sur l'efficacité du média training auprès de 132 psychiatres suggère que le média training pourrait être efficace pour améliorer la capacité des psychiatres à guider les journalistes vers une couverture médiatique plus responsable du suicide, ce qui va à la fois dans le sens des recommandations de l'OMS mais évidemment dans l'objectif et le travail poursuivi par les équipes du programme Papageno [246].

C. La culture comme « nouveau » moyen de déstigmatisation et de prévention du suicide

1. *La culture : pour quoi faire ?*

Consacrer une partie spécifique à la culture provenait en premier lieu du besoin légitime de contrer l'impact négatif de l'ultramédiatisation des suicides réels ou supposés de célébrités. En effet, il existe nombre d'artistes décédés autour desquels planent encore le mystère autour de la cause de leur mort, entre noyade accidentelle, overdose et/ou consommation excessive d'alcool, le tout entouré d'une suspicion de suicide qui est à chaque fois évoqué. Nous avons consacré une partie spécifique à ce sujet, inutile donc de rappeler combien il est nocif de fabuler sur le motif de décès d'une personne, d'autant plus célèbre, et de l'écho négatif que cela pourrait avoir sur la population générale qui suit les pérégrinations et enquêtes autour de ces hypothèses morbides, si cette dernière ne suit pas l'acte et l'issue fatale.

Le suicide fut par exemple la rumeur propagée notamment par les médias qui entoura la mort de la chanteuse Sinnead O'Connor, argumentée par ces nombreuses précédentes tentatives de suicide.

Mais parfois, ce motif de décès est confirmé et avéré pour nombres de figures publiques avec tous

les impacts qu'ils provoquent comme les chanteurs Mike Brant, Nino Ferrer, ou plus récemment - ce qui parlera davantage aux jeunes cibles de cette thèse – le dj Avicii.

Bien que nous ayons cités quelques interprètes, tous les secteurs artistiques sont touchés par ce problème de santé publique, en témoigne par exemple le suicide du renommé peintre Vincent Van Gogh.

La culture a donc plus que jamais son rôle à jouer dans le suicide, et pour inverser la tendance cette dernière doit devenir actrice de sa prévention et motrice pour la promotion et sensibilisation à la santé mentale.

Aujourd'hui la recherche démontre que les activités culturelles peuvent avoir un impact significatif sur la santé mentale et le bien-être. La culture peut aider au traitement et à la prévention des troubles mentaux, et plus largement d'améliorer la santé mentale.

En premier lieu, participer à toutes sortes d'activités culturelles comme aller au cinéma, au théâtre, au musée provoque un relâchement d'hormones, telles que la sérotonine qui contribuent à diminuer les inflammations et le stress.

En second lieu, pour une personne atteinte de troubles de la santé mentale, telle que la dépression, l'accompagnement à la création artistique peut être efficient. Est ainsi né l'art-thérapie qui est une démarche thérapeutique qui utilise l'art comme mode d'expression et de communication. « Son objectif est d'accompagner les patients dans l'exploration de leurs émotions, de favoriser leur compréhension de leurs sentiments et comportements, et de les soutenir dans la résolution de problèmes plus profonds tels que le stress, l'insomnie, la douleur chronique, les traumatismes, etc. » Cela peut donc intervenir en complémentarité avec la prise en charge déjà instaurée des patients.

Les bénéfices sont nombreux et variables : réduction du stress, diminution de la douleur et amélioration de l'estime de soi. Par exemple, la musique peut aider les femmes souffrant de dépression post-partum. L'art-thérapie peut aussi être utilisée pour réduire les symptômes de maladies graves, comme le cancer. Une étude publiée en 2006 dans la revue *Journal of Pain and Symptom Management* a montré que l'art-thérapie avait réduit notamment les symptômes de dépression et d'anxiété chez des patients atteints de cancers. Il a aussi été observé que l'art rend plus résilient, c'est-à-dire apte à surmonter les chocs, grâce au jeu, au rire, à la créativité.

En dernier lieu, la conception des lieux de soin semble être aussi à considérer. Selon Stéphane Beel, professeur d'architecture à l'origine des plans du centre hospitalier psychiatrique de KU Leuven, l'architecture des lieux publics, notamment les lieux de soin, peut avoir un effet sur la santé mentale à travers les lumières, la sonorisation, la vue, etc... [113]

Partant du constat que des chercheurs scientifiques attestent de l'impact de la culture et des arts sur

la santé, et pour aller à rebours des décideurs politiques ou professionnels sanitaires et sociaux pour lesquels son rôle n'est pas encore reconnu ou exploité à sa juste valeur, la plateforme de dialogue de la Commission européenne, Voices Of Culture, a organisé une large consultation les 4 et 5 octobre 2022 de 53 organisations issues de 23 pays et des domaines de la culture, de la santé, de l'éducation et du social. L'interrogation portait sur la façon dont les arts et la culture pouvaient répondre aux multiples expressions de la souffrance des jeunes face aux crises actuelles. De ces auditions et dialogues est né le rapport Youth, Mental Health and Culture qui formule des recommandations pour les différentes parties prenantes. Pour reprendre la conclusion dressée par Sami Dendani ingénieur d'études à l'Observatoire des publics et des pratiques de la culture, ce rapport met en lumière à la fois « le potentiel que recèlent les arts et la culture en matière de prévention et de promotion de la santé mentale de même que la gestion et le traitement des problèmes de santé ». Il souligne que les participants ont prouvés que « les arts et la culture peuvent renforcer la résilience des jeunes, encourager le développement de la pensée critique et concevoir des espaces qui permettent d'ouvrir le dialogue et de surmonter la stigmatisation entourant la santé mentale ». De ces recommandations émerge celle d'investir « dans l'éducation non-formelle et inclusive, en reconnaissant le potentiel de l'art et de la culture et en soutenant des projets de recherche » le tout dans une approche intégrée, multidimensionnelle et intersectorielle [247] [248] [249].

Plus récemment et à la même échelle continentale, le 5 décembre 2022, la Direction Générale de la Culture dans le rapport Culture For Health plaide afin que la culture devienne une partie intégrante de la stratégie santé de l'UE et décline ainsi des recommandations pour soutenir l'incorporation de la culture dans les stratégies de santé et santé mentale de l'Union Européenne. Un exemple qui leur sert d'argumentaire est notamment le projet Ukraine ! Unmuted qui consiste à la mise à disposition aux réfugiés ukrainiens en Europe des appartements dans lesquels se trouvent un centre culturel, une bibliothèque, ou encore des expositions, en complément de l'intervention de psychologues.

C'est ainsi que cet axe vise à s'intéresser à l'impact que peut, voire doit et c'est tout l'objet de cette réflexion, avoir la culture dans la prévention du suicide et notamment dans l'annihilation de la stigmatisation et du tabou qui s'y rapportent.

On peut en ce sens se réjouir que le thème des prochaines Journées Mondiales de Prévention du suicide 2024-2026 donc sur les trois années consécutives, choisi par l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (IASP) soit « Changer le discours sur le suicide », ce qui contribuera là aussi à permettre, dans l'espace public, de sortir du silence qui a trop longtemps entouré et qui entoure encore le suicide. Engager la conversation sur un sujet aussi complexe que redouté, voici

l'objectif que se fixe cette campagne, pour « passer d'une culture de silence et de stigmatisation à une culture d'ouverture, de compréhension et de soutien ».

Notons là aussi le rôle immense qu'ont non seulement les organisations et gouvernements mais aussi accordé à l'ensemble des acteurs de la sphère publique médiatisés : journalistes, influenceurs, artistes, réalisateurs, etc [250].

2. *Exploiter la culture sous toutes ses formes*

a) *Musique*

« J'ai parfois eu des pensées suicidaires, et j'en suis peu fier. On croit parfois que c'est la seule manière de les faire taire, ces pensées qui me font vivre un enfer. » C'est sur ses paroles qu'a commencé la réponse en musique de l'artiste Stromae à une question de la journaliste et présentatrice du journal de 20H sur TF1 Anne-Claire Coudray sur la solitude, le mardi 11 janvier 2022. Et avec le dévoilement de son nouveau titre « L'Enfer », c'est tout un tabou qui est mis sur le devant de la scène. Au-delà des 6,9 millions de téléspectateurs en direct, la séquence vue plus de 10 millions de fois sur internet d'après un article paru sur le Figaro trois jours plus tard, a également fait réagir la communauté médicale mondiale. C'est ainsi que le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a rendu hommage sur X, anciennement Twitter, aux paroles du chanteur belge, qu'il « remercie de mettre en lumière le sujet difficile du suicide » [251].

D'après Clément Guillet, psychiatre, le témoignage de célébrités ayant surmonté une crise suicidaire pourrait « avoir un effet protecteur en incitant les personnes concernées à demander de l'aide » [252]. C'est en tout cas ce que laisse à penser également l'épanchement télévisuel du mal-être de Stromae puisqu'une des conséquences de son intervention musicale est un pic d'appels de 13 % au 3114, la ligne nationale d'écoute et de prévention du suicide en France [241].

Artiste incontournable sur cette thématique tant son engagement est fort, parlons désormais de Dan Reynolds, leader du groupe Imagine Dragons.

Souffrant de dépression depuis son adolescence, il confie souvent combien il a trouvé en la musique un refuge lui permettant d'exprimer ses émotions les plus sombres, à l'image de son premier album *Night Visions* sorti en 2012. Elle contient un titre emblématique, « *Demons* », qui explore les luttes et les démons intérieurs auxquels les gens sont confrontés [253]. Elle évoque le sentiment d'en être hanté mais aussi du désir de s'en libérer. On la considère ainsi comme une ode à sa propre lutte contre les ténèbres de la dépression. On apprend que « la chanson a été écrite à un moment où Reynolds se sentait pris au piège et sans espoir, et il a déversé ses émotions dans la chanson pour se rappeler qu'il n'est pas seul dans ses luttes. Les paroles capturent l'essence du sentiment d'être pris au

piège et seul dans un monde froid qui ne nous comprend pas et résume le désir de se cacher du monde par peur du jugement ou de l'incompréhension » [254] [255]. Depuis sa sortie le 7 mai 2013, « Demons » est devenu une référence, entrant en résonance avec des générations successives qui se battent contre leurs problèmes de santé mentale. Si cette chanson continue plus de dix années plus tard à incarner une lueur d'espoir pour tous ceux qui traversent une période difficile, c'est parce qu'elle est précédée dans chaque concert du groupe d'un discours de Dan Reynolds leur rappelant qu'ils ne sont pas seuls dans leurs luttes, qu'il n'est pas honteux de se faire accompagner par un professionnel et qu'il y a toujours la perspective d'un lendemain meilleur, notamment dans le but de déstigmatiser et de changer la façon dont la société perçoit la dépression. Systématiquement, il termine par une formule encourageante de soutien « s'il te plaît reste en vie, ta vie vaut toujours la peine d'être vécue » [256] [257] [258].

D'autres chanteurs prennent le pas d'oser exposer leur mauvaise santé mentale. C'est le cas de la jeune vidéaste et chanteuse française Lisa Pariente qui, dans son nouvel EP « Antidépresseur » sorti cette année, tente d'alerter sur les effets qu'ont les troubles de la santé mentale sur la personne qui les vit. Non seulement, elle plaide à une meilleure connaissance de la santé mentale, mais elle cherche également à déstigmatiser ces maladies et traitements associés, notamment dans sa chanson « Les Bonbons » : « Mais tu sais, y'a ce filtre qui fait voir la vie triste / Les couleurs ont fané, je reconnais plus mon quartier / Bonheur m'a planté là / Et quand Angoisse arrive, souvent aux heures tardives / Se glisse là, sous mes draps, m'écrase de tout son poids / Jusqu'à prendre ma place, je m'incline, je m'efface / Sommeil me sauvera / Quand ça tourne pas rond / Quelle est la solution ? / Quand c'est dur que fait-on ? / Moi, je prends des bonbons pour supporter ma tête / Devenue ma prison, j'ai du mal à l'admettre / Car c'est pas très bien vu, d'être malade mental / Ça sonne comme une insulte dans ce monde idéal » [259].

Après avoir connu des problèmes de santé mentale, le rappeur londonien Ramz s'est ouvert en partageant un titre sincère intitulé si l'on traduit littéralement en français « pense deux fois au suicide » (« think twice about suicide »), qui évoque les émotions qu'il a ressenties au cours de sa lutte contre la dépression. On y trouve par exemple : « Tout est sombre et je ne vois pas la lumière [...] Le suicide ne tue jamais les gens / C'est la santé mentale à l'intérieur qui les tue » [260].

Il se sert de cette chanson afin de sensibiliser le public à l'augmentation des cas de dépression et de suicide dans notre société, surtout chez les jeunes. Son message est le suivant en synthèse : réfléchissez à deux fois avant de vous suicider si vous menez une bataille similaire à la mienne, vous êtes aimés et nécessaires sur cette terre.

D'autres chansons sont tout aussi explicites sur le besoin d'appeler à l'aide en cas de souffrance psychologique qui va parfois jusqu'à l'envie de mettre fin à sa propre vie. Deux exemples l'illustrent parfaitement puisqu'ils empruntent leur nom à des lignes téléphoniques en lien avec la souffrance :

- « 1-800-273-8255 », de Logic feat Alessia Cara et Khalid dont le nom de la chanson est le numéro de téléphone de la National Suicide Prevention Lifeline, un numéro de téléphone d'un réseau de prévention du suicide disponible gratuitement 24h/24 pour toute personne en crise suicidaire ou détresse émotionnelle. Le refrain initial se traduit de la façon suivante : « Je ne veux pas être en vie, je veux juste mourir aujourd'hui ». Le clip revêt également un aspect préventif puisqu'il évoque la vie d'un jeune homme souhaitant en finir – accumulation de douleur en lien avec l'homophobie, rejet familial, harcèlement et solitude subie – dont l'appel à ce numéro va l'empêcher de commettre l'irréparable. La chanson finit sur les paroles suivantes : « Je veux finalement être en vie, je ne veux pas mourir » [261].
- « 911 », de Lady Gaga, emblème de la libération de la parole sur la maladie mentale sorti en 2020, dont le titre est le numéro de téléphone des urgences nord-américaines. Cette chanson est dédiée à la santé mentale et en lien avec le traitement antipsychotique qu'elle suit, sous forme d'appel à l'aide : « Mon plus grand ennemi, c'est moi / Depuis le premier jour / J'explose une 911 [...] S'il te plaît, prends l'appel / J'ai besoin d'une 911 » [262].

Impossible de ne pas citer non plus la chanson plus implicite « C'est une belle journée » de Mylène Farmer, sortie le 16 avril 2002, texte et clip à l'aspect enfantin et réjouissant mais qui s'avèrent être sur le sujet du suicide [263]. C'est la chanteuse elle-même qui avouera s'être auto-censurée dans une interview au cours de l'émission Sept à huit du 8 janvier 2006 en confiant que la phrase initiale « C'est une belle journée, je vais me tuer » a été remplacée par « C'est une belle journée, je vais me coucher ». Elle argumente avec son inquiétude que son titre soit considéré comme un appel au suicide, notamment par des personnes plus fragiles. Illustration parfaite du rôle du monde de la culture qui peut parler du suicide tout en le faisant de la bonne manière ! [264]

Certaines chansons autour du suicide sensibilisent plutôt sur les facteurs de risque favorisant une mauvaise santé mentale.

Nous pouvons par exemple penser au récent titre « Suicide » d'Yseult issu de son nouvel album « Mental », analysé comme un « morceau universel sur ce sentiment d'impuissance face à un monde où la pression nous dévore tous à notre façon et certains, moins bien armés d'autres, de façon parfois vertigineuse et dangereuse ». Invitée le 17/09/2024 au Tonight show de Jimmy Fallon à la suite de sa prestation à la cérémonie de clôture des Jeux olympiques de Paris 2024, elle a choisi d'y

interpréter cette chanson, ce qui œuvre également à une échelle plus internationale à briser le tabou autour des idées suicidaires [265] [266].

Nous pouvons aussi penser au plus ancien titre « Suicide social » d'Orelsan, succession de clichés sur des groupes sociaux ou communautés pour se moquer des stéréotypes qui finit par une balle tirée, suggérant un suicide, dont l'auteur est lessivé par l'oppression de la société.

Ce dernier puise son inspiration d'une scène de *La 25e heure* de Spike Lee, long-métrage dans lequel le personnage observe son reflet dans un miroir en y souhaitant du malheur une par une à l'ensemble des communautés new-yorkaises. On finit par comprendre que c'est « le mal-être du personnage lui-même qui inspire cette tirade assassine ».

Dans une analyse très juste de ce titre, on comprend davantage les intentions du rappeur : « L'initiative d'Orelsan aurait d'ailleurs pu être mieux comprise si l'artiste avait conservé l'ultime paragraphe du morceau. Dans celui-ci, il développait une sorte de morale, chargée d'explicitier le mal-être de l'interprète. « Je vais te dire, au début j'avais rajouté un p'tit huit mesures qui disait « Et tous ces gens dans lesquels je retrouve une partie de moi-même, et qui font que je me déteste bla bla bla », et puis après je me suis dit que l'explication c'est la balle dans la tête du personnage à la fin du titre, c'est tout. Tout est dit, y'a pas besoin d'en rajouter ou de se justifier. » [267] [268].

Enfin, dans un autre registre, la chanson « Before you go » de Lewis Capaldi écrite à la suite d'une tragédie familiale parle du suicide, non pas de l'acte ou de ce qu'il représente pour celui qui le commet mais plutôt de l'après, de ses conséquences sur ceux qui restent, afin de les faire déculpabiliser. Elle est à destination des « gens se blâment ou commencent à penser, vous savez, 'Qu'est-ce que j'aurais pu faire pour aider cette personne' ou quoi que ce soit d'autre », a-t-il déclaré, selon ABC News Radio [269].

b) Audiovisuel

« Le cinéma doit être politique » affirme Simon Moutairou, réalisateur du long-métrage « Ni chaînes ni maîtres » [270].

L'audiovisuel peut revêtir ce même rôle de sensibilisation autour de la santé mentale et de prévention contre le suicide. Bien que les exemples ne manquent pas, attardons-nous sur quelques illustrations de films, séries, dessins animés, vidéos qui poursuivent plus ou moins adroitement ce dessein.

La première série que nous pouvons détailler et qui aborde frontalement le suicide est « 13 reasons why » issu du roman presque homonyme « Treize raisons » de Jay Asher.

Pour en décliner le synopsis, le personnage principal victime de harcèlement Hannah Baker a mis fin à ses jours quelques semaines plus tôt et laisse sept cassettes, composées chacune de deux faces à écouter, contenant chacune l'une des treize raisons qui l'ont poussé à prendre cette décision. Elle adresse chaque face à une personne qu'elle considère comme responsable de son acte.

Bien qu'imparfait (à minima) sur sa mise en scène si l'on s'en tient aux recommandations de traitement médiatique ou cinématographique tant la série est précise sur la façon dont la protagoniste met fin à ses jours et orchestre son suicide, le retentissement énorme qui dépasse l'échelle d'un pays à sa diffusion sur Netflix et le tollé qu'elle suscite crée enfin un événement autour de la problématique du suicide.

Le programme français de prévention suicide Papageno souligne ainsi que durant les jours qui ont suivi la mise en ligne de la série la requête "comment se suicider" a augmenté de 26% sur Google aux États-Unis quand les mots-clés "se suicider" étaient en hausse de 18%. Deux ans après la sortie de la série sur la plateforme Netflix, la scène du suicide de Hannah (saison 1) est supprimée : « Suivant l'avis d'experts médicaux, dont celui du docteur Christine Moutier, responsable médicale de la Fondation américaine pour la prévention du suicide, nous avons décidé, avec l'accord du créateur de la série Brian Yorkey et de ses producteurs, de supprimer la scène de la saison 1 durant laquelle Hannah se tue » écrit Netflix dans un communiqué à la suite de nombreuses polémiques.

Autre changement en lien avec les controverses sur la représentation affichée du suicide, Netflix a glissé un avertissement au début de tous les épisodes, alors qu'initialement seuls quelques épisodes en bénéficiaient lors de la mise en ligne de la série [271].

Autre série abordant durant deux saisons la santé mentale mais sur un autre angle, citons « Mental » initialement diffusée sur France TV Slash qui suit les péripéties d'adolescents en clinique pédopsychiatrique, dont un nouvel épisode paraissait chaque vendredi à 18h depuis le 25 octobre 2019. Meilleure analyse de cette série, tout son intérêt et ses apports sont déclinés par Dorothée Barba dans un podcast France Inter qu'elle dédie à cette série : « On ne connaît pas les diagnostics des uns et des autres, au début. Voilà qui est vraiment très habile. On voit bien que ces gamins ont tous plus ou moins besoin d'aide, mais leur maladie n'est pas le seul sujet. Il y a aussi leurs amis, leurs amours, leurs emmerdes. C'est une façon de ne pas stigmatiser les troubles psychiques. Ce parti pris est le résultat d'une longue immersion, de la part des scénaristes, dans l'univers de la psychiatrie. « Mental » est une fiction qui vient interroger la norme. Et nous rappeler qu'il est un peu absurde de vouloir mettre d'un côté les « malades » et de l'autre les gens « normaux ». On a tous une santé mentale. On se positionne sur un large éventail, et tout cela bouge au cours de la vie. Et puis, comme le résume avec brio l'un des personnages, « l'adolescence, ça pue pour tout le monde » ! Bref, cette série est d'utilité publique. » Suicide, dépression, schizophrénie, bipolarité,

trouble des conduites alimentaires, aucun trouble de la santé mentale n'est mis de côté dans les épisodes, tout en les présentant toujours dans un angle déculpabilisant et pédagogique grâce notamment à la progressivité des histoires et l'imbrication avec d'autres thématiques en lien avec les jeunes, une façon de montrer qu'ils ne diffèrent pas des autres jeunes et qu'ils sont malades, pas leur maladies [272].

Dans la même idée, France TV Slash diffuse par la suite une série plus documentaire sur la santé mentale, intitulée "Dans ma tête". Mal-être, dépression, chaque trouble psychique est raconté par un jeune concerné, qui explique ce qui lui passe par la tête, son cheminement mental et comment il tente de vivre avec. Le but poursuivi est évidemment de briser les tabous et les clichés qui entourent la santé mentale des jeunes, et également de donner des clés à toute personne qui pourrait se sentir concernée [273].

Pour poursuivre sur les films, évoquons « A star is born » qui a également suscité nombre de polémiques. En effet, la star principale après une longue descente aux enfers se suicide à la fin du film par pendaison, à la suite notamment de longues années de bataille contre ses addictions à l'alcool et aux drogues.

La première critique de l'effet de contagion possible de ce film provient du témoignage d'Andrew Todd qui partageait son histoire sur Twitter « J'ai été hospitalisé récemment pour comportement suicidaire. 'A Star Is Born' est listé dans mon dossier médical comme un facteur favorisant », poursuivi par d'autres témoignages. Là encore, soulignons l'effort de briser le tabou, et la vigilance que cette mise en scène doit attirer pour ne pas avoir un effet plus nocif que bénéfique [274]. Après avoir reçu un Grammy Award pour son rôle dans le film, Lady Gaga s'est dit « fière de faire partie d'un film avec un héros souffrant d'addictions et de pensées suicidaires » [275].

Nous aurions également pu citer le plus récent film « The Son » de Florian Zeller sur la dépression adolescente et les idées suicidaires.

Un exemple en ce sens existe également dans le registre des dessins animés avec la saison dite 0 de 26 épisodes de « Marcelino ». Notons en propos introductif que le début de cette série feuilletonnelle avec une histoire à suivre, ce qui est rare dans les dessins animés pour enfant a été si mal reçue qu'il n'est à l'heure actuelle plus possible de s'en procurer les DVD et qu'elle n'a par la suite plus été diffusée par les réalisateurs à la TV. Dans ce dessin animé, nous suivons Marcelino, un orphelin recueilli par des moines. Altruiste, sauveur des faibles et opprimés, cet enfant de 5 ans possède le don de parler aux animaux. Ce dessin animé a la particularité de présenter la mort comme une conséquence normale de la vie. Il recèle donc un caractère philosophique et contemplatif mais reste

enfantin, ce qui peut interroger sur son ciblage d'audience : cette série d'animation est trop triste pour un enfant mais trop simple pour un adulte. Dans le grenier du monastère, il découvre un Christ crucifié sur une croix et lui apporte tous les jours du pain et du vin. Le jour de son sixième anniversaire, Jésus lui propose de satisfaire un de ses souhaits et Marcelino choisit de rejoindre sa mère au Paradis, ce qui signifie accepter et provoquer sa propre mort. On comprend donc le scandale et le demi-tour des créateurs puisqu'il ressuscite dès le premier épisode de la saison 1 pour « accomplir son destin » de protéger les animaux [276].

Cela peut faire penser au conte d'Andersen « La petite fille aux allumettes » qui ne peut pas non plus être considérée comme un suicide à proprement parler mais où la fillette choisit aussi de « rejoindre » la mort pour y retrouver sa grand-mère au paradis (bien que ce soit en fait le fruits d'hallucinations dans les flammes des allumettes et qu'elle meurt en réalité de froid).

Dans des séries documentaires, certaines célébrités témoignent également de leurs troubles de santé mentale, une façon de montrer que ces maladies peuvent toucher tout le monde, de faire de la pédagogie autour de ces sujets mais aussi de faire passer le message qu'il est « possible de s'en sortir ».

Citons par exemple « Soprano : à la vie, à la mort disponible » diffusé sur Disney+ dans lequel le rappeur dévoile avoir fait une tentative de suicide dans les années 2000 et aborde la dépression dans laquelle il était englué dans sa vingtaine.

Autre exemple, « Salam » de Diam's qui sort après de nombreuses années de retrait médiatique. Elle aborde dans de nombreux morceaux la dépression qui la touche en lien avec sa célébrité. Elle avoue par la suite avoir procédé lorsqu'elle chantait encore à deux tentatives de suicide et à de multiples automutilations. Sobrement, elle tente d'analyser pourquoi et comment elle en est arrivée là. À chaque fois, elle explique bien ne pas avoir vraiment mesuré la gravité de son acte, parce que personne ne lui a expliqué la valeur de la vie. En 2008, à la demande de ses proches inquiets, la rappeuse consent à voir un psychologue duquel elle ne retiendra qu'une phrase : « Quiconque n'a pas vécu la dépression ne peut comprendre la dépression », a-t-il argué alors qu'elle n'acceptait pas le manque de compréhension de ses proches. Elle poursuivra au sujet des scarifications notamment : « Tu n'es pas fière d'avoir fait un truc comme ça. Mais je voulais que tout ça soit raconté, parce que ça a fait ce que je suis devenue aujourd'hui. Il faut comprendre que j'ai touché la folie du doigt. J'ai été folle. J'ai perdu la raison. J'ai été shootée par des médicaments qui m'éteignaient puis me désinhibaient. Une période sombre qui l'a menée à être internée en hôpital psychiatrique. Seulement, grâce à la religion, cette dernière a trouvé une voie qui lui a permis d'être plus apaisée et heureuse. » Sans doute n'est-ce pas l'exemple qui donne la meilleure image de la prise en soin des personnes en souffrance à la fois par des psychologues et psychiatres, professionnels de l'écoute, mais aussi par

des institutions, mais il permet aussi de réinterroger le système et ses failles [277] [278].

Terminons par un dernier type de contenu, une vidéo, qui a suscité une vive polémique. En effet, le bodybuilder star des réseaux sociaux Tibo In Shape, publie un contenu censé motiver au sport dans laquelle on entend : « "Réveille-toi p***** de m*****! Rien à foutre de ta dépression, rien à foutre de ton petit cœur brisé, rien à foutre de ta pression mentale [...] arrête d'être une m*****, d'être une personne sans aucune motivation [...] lève-toi maintenant, tout de suite ! ». Bien qu'il se soit excusé publiquement après le « bad buzz » suscité par son TikTok et reconnaissait que « la dépression est une vraie maladie », l'influenceur aux 10 millions d'abonnés dont une grande majorité de jeunes ne semblait pas mesurer que le mal était déjà fait.

Et c'est précisément à la responsabilité des personnages publics qu'il me semble nécessaire d'appeler tant, nous l'aurons prouvé à de nombreuses reprises au cours de ce déroulé, les injonctions au bonheur et le déni des effets des maladies mentales entraînent des conséquences sinistres sur ceux qui en souffrent au quotidien [279].

Face aux nombreuses controverses et pour contrer l'effet Werther, soulignons l'initiative positive que représente le site Doesthedogdie qui permet de vérifier qu'un contenu ne contient pas de scènes qui pourraient mettre mal à l'aise (qu'il s'agisse d'un suicide ou de violences dans notre cas mais aussi de tout autre sujet) pour une grande majorité des films, séries, livres ou jeux vidéo sortis ces dernières années [280].

c) Littérature et témoignages

Intéressons-nous d'abord à l'importance des témoignages, encouragés par la citation de Shakespeare

« Il ne suffit pas de parler, il faut parler juste ». On assiste à une augmentation de la place de la santé mentale et des troubles associés dans l'espace public et médiatique, exposition dont nous pouvons nous réjouir tant elle permet aux personnes pas ou peu sensibilisées d'avoir un rappel de ces concepts, si tant est qu'elles y soient attentives et ouvertes. « De plus, le fait d'aborder fréquemment ces sujets diminue le sentiment d'étrangeté des troubles psychiques, donc la peur, et en conséquence la haine et la violence. C'est un effet bien connu en psychologie sociale, qui s'appelle « la simple exposition », théorisé par Robert Zajonc en 1968. Cet effet veut que plus on est exposé à quelque chose, plus cette chose nous semble familière et plus on a tendance à la voir d'un bon œil ». [178]

Si porter un message scientifique est bénéfique, il n'en n'est pas de même du relai viral de contenus

erronés élaborés par des personnes sans compétence dans le domaine. Il est donc toujours important de savoir d'où parle un interlocuteur, quelle est son expertise et surtout quel est le message qu'il veut faire passer.

Un risque assez surprenant est également celui de trop en parler : les troubles psychiques pourraient être banalisés et relégués au rang des petits tracas du quotidien. Si tout le monde en parle et que la plupart des gens cochent les cases de ces symptômes, leur gravité sera de plus en plus relativisée, et la prise en charge sera de ce fait affaiblie.

Dernier danger, celui de romancer la maladie mentale. C'est une souffrance qui possède de lourds impacts, sur les autres et sur soi, et allant parfois (trop souvent) jusqu'à la mort. Bien que cela parte souvent d'une bonne intention, sous-entendre que le parcours du diagnostic au rétablissement est un long fleuve tranquille est une erreur et un mensonge. Tout comme nier l'existence de mauvaises pratiques et de violences institutionnelles n'est pas utile non plus. Sous-couvert de chercher à donner une image plus positive des troubles psychiques, l'effet pourrait être contre-productif.

Une autre limite n'est pas tant qui parle mais qui écoute.

Pour citer le profil des auditeurs du podcast Les Maux Bleus, 75 % sont des femmes. Les hommes montrent un intérêt moindre pour la santé et la maladie mentale, bien qu'ils soient autant voire plus à risque. Osons critiquer ici le machisme systémique et les effets de notre société patriarcale, qui oppose encore la sensibilité de la femme à la force de l'homme. Consciemment ou non, les hommes continuent à perpétuer cette « norme » en refusant d'évoquer leurs problèmes de santé mentale, qui pourraient remettre en cause leur propre identité et virilité « d'homme ». Peu de magazines dits « masculins » parlent de ce sujet, contrairement aux magazines dits « féminins ». Le psychiatre Jean-Victor Blanc et Mickaël Worms-Ehrimnger ont été contactés en 2022 par GQ magazine pour briser ce tabou. Quelques jours après leur interview, le magazine publiait un article intitulé « 6 habitudes qui détruisent votre force mentale », dont le titre et le contenu étaient à mille lieues du message des auteurs, comme en témoigne Mickaël Worms-Ehrimnger dans son livre. [178]

Reste cette question centrale : comment toucher et sensibiliser les personnes réfractaires à l'évocation de ces sujets, qui restent une cible centrale ? La vulgarisation est un bon outil, elle a cependant ses limites et ses échecs, en témoigne Étienne Klein dans une conférence à l'Institut Diderot sur « les échecs de la vulgarisation scientifique ». Selon lui, les contenus de vulgarisation n'intéressent a priori que les personnes qui s'y intéressaient déjà. En somme, ils touchent rarement de nouveaux publics, et la vulgarisation sur un domaine reste souvent dans l'entre-soi. Ainsi, les actions de déstigmatisation n'ont pas toujours l'impact attendu, et des clés doivent donc encore être trouvées.

Nul besoin de rappeler que la littérature joue un rôle immense non seulement d'expression d'émotions par l'auteur donc qui se re-transfèrent sur le lecteur mais aussi de défense d'idées et de diffusion de réflexions dans une société. Elle a donc une responsabilité à endosser, elle aussi, dans la prévention du suicide. Nous ne le rappellerons jamais assez mais, témoignons, oui, mais pas n'importe comment.

On retrouve ainsi de nombreux types de lectures à ce sujet qui diffèrent du fait de la qualité de leur auteur :

- Professionnel de santé
- Personne atteinte ou anciennement atteinte d'un trouble de santé mentale
- Proche endeuillé
- Célébrité

Lorsque j'évoque les célébrités, je pense à la campagne de Nightline « tête la première » qui met en avant la santé mentale de sportifs bien que le contenu soit rédactionnel et vidéographique. Mais nous pouvons citer « La prochaine fois que tu mordras la poussière », livre de Panayotis Pascot, un humoriste et acteur français qui souffre de dépression. Un extrait du résumé de son œuvre est d'ailleurs assez parlant : « Je me suis donné pour but de le tuer avant qu'il ne meure. C'est l'histoire de quelqu'un qui cherche à tuer. Soit, ou le père, finalement ça revient au même. ».

Nous retrouvons également le même processus chez les influenceurs avec « J1 pour aller mieux » de Caroline Nicoulaud ou la BD « Dans mon cerveau comme à la maison » de @cht.am, deux stars d'Instagram qui proposent une immersion dans leur tête et dans leur quotidien pour comprendre leur combat pour non seulement survivre mais surtout mieux vivre.

Mais, nous l'avons soulevé, il existe des livres qui illustrent la thématique d'un point de vue professionnel (ex : « Après le suicide d'un proche » du Docteur Christophe Fauré), à la façon de témoignages de proches endeuillés d'une personne morte par suicide (ex : « Tu t'es donné la mort à 22 ans – Rester debout après un suicide » de Sylvie Van dam et « L'envol de Sarah » d'Agnès Favre qui abordent la question du suicide chez les jeunes, « L'insondable effraction » d'Isabelle Nail, « Avec toutes mes sympathies » d'Olivia De Lamberterie, ou encore pour rester dans le sujet du harcèlement et cyberharcèlement « Marion, 13 ans pour toujours » de Nora Fraise), ou à travers les confessions de personnes souffrant elles-mêmes de troubles de la santé mentale (ex : « Vivre avec un trouble de santé mentale : Les mots pour le dire, les outils pour s'en sortir » de Mickaël Worms-Ehrminger ou de façon plus philosophique et réflexive « Notre besoin de consolation est impossible

à rassasier » de Stieg Dagerman, décédé par suicide). Je n'ai cité que les livres que j'ai lus - d'autres références auraient pu être mentionnées bien qu'elles ne soient pas si nombreuses que cela - toutes poursuivant l'objectif de se servir du drame ressenti ou vécu pour accompagner d'autres personnes confrontées à la même violence de la perte d'un être cher, ou à la sensation de se perdre soi-même.

Une explication du peu de témoignages est avancée par Mickaël Worms-Ehrimnger dans son livre précédemment mentionné qui évoque le témoignage au micro des Maux Bleus dans le podcast Voyage voyage d'Anne Révah où elle confiait « qu'il y a une part indicible et non partageable dans la souffrance psychique ». Il s'interroge alors sur la façon de l'interpréter : est-ce une incapacité à mettre des mots sur la souffrance ressentie ou « est-ce dû à la nature même de cette souffrance qui ne permet pas d'être comprise par les personnes qui ne l'ont jamais éprouvée (consciemment, du moins), contrairement à la douleur physique que nous connaissons tous et que nous pouvons d'ailleurs nous figurer par empathie, en voyant un ami se blesser physiquement » ? En effet, au sujet de cette seconde hypothèse, il est coutumier d'entendre des métaphores pour aider à visualiser la douleur psychique analogiquement à ce que l'on ferait en cas de douleur physique (« je ressens tel poids sur mes épaules », etc.).

Pourtant, la parole fait du bien.

« Selon une étude, sept types de conséquences positives sont apportées par la diffusion de la parole d'une personne concernée par les troubles psychiques :

1. Se sentir moins seul et appartenir à une communauté de personnes vivant la même expérience.
2. Normaliser le discours sur la maladie mentale par son expérience personnelle et sa dimension collective et sociétale.
3. Regagner l'espoir d'aller mieux et retrouver l'optimisme dans la nature humaine.
4. Donner la force et l'envie de partager sa propre expérience, convaincre qu'un changement positif est toujours possible.
5. Recontextualiser les éléments négatifs du quotidien et entendre les défis que d'autres affrontent afin de s'inspirer de leurs stratégies pour faire face.
6. Diminuer la honte liée à la maladie mentale et, par-là, contribuer à la déstigmatiser.
7. Changer de perspective sur soi et se détacher de son identité de malade.

On remarque que les effets positifs dépassent de loin les effets négatifs qui sont toutefois les suivants et auxquels il faut également porter attention :

1. Donner l'impression à des personnes en souffrance que d'autres ont mieux réussi leur

parcours de rétablissement, pouvant ainsi conduire à une perte de confiance en ses propres capacités à aller mieux.

2. Rester insensible à l'altérité et à la différence de vécu, et donc ne pas adhérer aux propos de la personne, ne pas s'y reconnaître. L'écouter peut également ne pas comprendre l'intérêt de partager son histoire, et donc juger négativement cette démarche, qui peut être assimilée à une démonstration de fierté mal placée.
3. Développer le pessimisme sur le degré de rétablissement atteignable, sur le rôle de la société dans l'émergence des troubles mentaux.
4. Provoquer des sentiments désagréables par empathie, à l'écoute de la souffrance d'autrui, et finalement être soi-même affecté négativement.

Les effets négatifs surgissent surtout quand la personne qui écoute se sent en grande souffrance ou en situation de crise. Il est donc important de donner des ressources avant le témoignage et d'avertir les auditeurs : s'ils ne se sentent pas en mesure de recevoir ce type d'informations, ils peuvent reporter leur lecture ou leur écoute à plus tard, ou encore se faire accompagner. » [281] [178]

Pour terminer, une réflexion pourrait être faite sur les livres de développement personnel, en vogue dans toutes les librairies, qui poussent peut-être malgré eux à nier que nous n'avons pas tous les mêmes capacités pour obtenir une bonne santé mentale, et que non, la volonté et les quelques astuces prodiguées ne suffisent pas à enrayer des idées noires et à éliminer une dépression. L'écueil qu'on peut leur reprocher est que non seulement cela ne provoque pas toujours de soulagement de la souffrance mais qu'en plus cela pourrait ajouter un sentiment de culpabilité, de désillusion face au résultat qui n'est pas l'épanouissement vendu - vendu car ce secteur est évidemment très lucratif dans un domaine régulé par aucune instance de contrôle donc ne possédant aucune garantie de qualité face à des consommateurs fragiles qui, mus par leur douleur, sont prêts à tout essayer pour aller mieux [282] [283].

La critique adressée au développement personnel est qu'elle « ne se contente pas de partir du noyau individuel pour prétendre tout régler, elle sous-entend que convoquer d'autres causes explicatives extérieures constitue un obstacle à sa propre guérison. La plainte sera construite comme une attitude lâche, négative, agressive envers notre entourage et le signe du déni de notre propre contribution à la situation présente ». La conclusion est donc simple : nous sommes l'artisan de notre propre malheur. Autre littérature politique perplexe quant à ce champ de littérature, Frustration Magazine, qui affiche l'ambition de vouloir « parler frontalement de ce qui frustre nos contemporains, de tout ce qui s'oppose à leur aspiration légitime au bonheur mais sur un mode réaliste et politique ». Thibaut Izard, dans un article consacré au sujet confie que leur ligne éditoriale pense « devoir le faire non

pas en cherchant refuge dans des pratiques méditatives ou en glosant sur le moi intérieur, autant de stratagèmes de diversion par rapport à la violence objective du marché scolaire, du marché du travail, de l'État, mais en diffusant des analyses concrètes et politiques, des armes argumentatives qui peuvent aider chacun à sortir d'un discours culpabilisateur dominant et à diriger ses colères – cent fois légitimes – sur les causes véritables de cette misère matérielle et psychologique organisée que nous affrontons. » Il propose ainsi de basculer du développement personnel au développement collectif, ce qui serait une ouverture quant à un moyen de solutionner la crise de la santé mentale traversée aujourd'hui.

Enfin, une autre catégorie de littérature qui prend son sens en santé mentale et qui émerge concerne la méditation. Dans le champ thérapeutique, elle vise à ramener au calme, à permettre la relaxation et à se concentrer sur ses sensations pour chasser les pensées parasites. En complément de nombreux livres, des applications de respiration en pleine conscience (en témoigne *Respire®*) ou de méditation (dont la plus connue est sans doute *Petit BamBou®*) se font progressivement une place sur le marché des applications en santé. C'est une discipline qui est de plus en plus intégrée aux pratiques de soins, en témoigne la proposition du premier Diplôme Universitaire de Médecine Méditation et Neurosciences proposé par la faculté de médecine de Strasbourg [287].

VI. Conclusion

L'interview sur C à vous de Sandrine Rousseau, femme politique française, servira de propos conclusifs. Elle insiste sur différents constats et tentatives d'explications, après avoir confié faire régulièrement des crises suicidaires dans son livre « Ce qui nous porte : Climat, immigration, solidarité : et si les Français n'étaient pas (tous) réacs ? ». Elle part tout d'abord de la constatation d'une « explosion » des tentatives de suicide chez les jeunes (en citant une hausse de « 500% entre 2007 et aujourd'hui »). Elle relève ensuite un fait central que nous avons également établi au cours de notre développement : les jeunes se posent aujourd'hui la question « est-ce que la vie vaut la peine d'être vécue ? ». Elle pointe du doigt notre système économique et social qui met la productivité (et le capitalisme) tellement haut dans les priorités que celle de prendre soin des personnes est reléguée au second (voire énième) plan. Elle encourage les politiques publiques à se poser plutôt la question des besoins notamment des jeunes pour aller bien (perspectives, conscience écologique, autre rapport aux autres, etc.) et surtout à « accepter la vulnérabilité comme étant un objet politique que l'on doit prendre pour ce qu'il est plutôt que de penser que nous sommes tous des êtres surhumains hyperperformants ». En somme, elle affirme que préserver les personnes doit être

au cœur de la prise en compte collective et politique [284].

Cette réflexion sociologique qui arrive de plus en plus dans le débat public laisse entendre que les causes du mal-être psychologique, par ces voix qui s'expriment, seraient peut-être à rattacher au système dans lequel on vit et pas seulement liées à des facteurs individuels. Ainsi, la meilleure solution pour mieux prévenir le suicide serait systémique, en changeant totalement le système.

Les problèmes de santé mentale et le suicide exigent ainsi des solutions structurelles et collectives, et non des seules solutions individuelles d'urgence. Nous avons besoin de systèmes de santé publique solides et de politiques qui donnent la priorité aux personnes, sans laisser quiconque sur le bord du chemin [285].

VII. Bibliographie

- [1] Van Vyve M. La notion de suicide. Revue philosophique de Louvain. 1954. (consulté le 02/03/2024)
- [2] Desfontaines. Observations sur les écrits modernes. XI, p. 299. 1737. (consulté le 14/04/2024)
- [3] Wilmotte J. Le Suicide, psychothérapies et conduites suicidaires. 1ère éd. Mardaga; 1986. p. 10. (consulté le 24/02/2024)
- [4] Rappard P. Suicide et droit. Bulletin De Psychologie [Internet]. 1991;401:333–41. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1991_num_44_401_13240. (consulté le 25/02/2024)
- [5] Broudic JY. Le suicide, réalité sociale et réalité psychique. Le Journal des Psychologues [Internet]. 1 sept 2008 ; n° 262(9) : 58-62. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/jdp.262.0058>. (consulté le 24/02/2024)
- [6] ANESM. Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide chez les personnes âgées. Avril 2014. (consulté le 17/03/2024)
- [7] Deshaies G. La psychologie du suicide. Paris: PUF; 1947. (consulté le 09/03/2024)
- [8] Moron P. Généralités. Dans : Moron P, éditeur. Le suicide. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2005. p. 7-32. Disponible sur : <https://www-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/le-suicide--9782130549468-page-7.htm>. (consulté le 30/03/2024)
- [9] de Kernier N. Chapitre premier. Le suicide dans l'histoire, puis objet d'études scientifiques. Dans : de Kernier N, éditeur. Le Suicide. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2020. p. 7-17. Disponible sur : <https://www-cairn-info.proxy.bu.dauphine.fr/le-suicide--9782715400870-page-7.htm>. (consulté le 07/04/2024)
- [10] Minois G. Histoire du suicide, La société occidentale face à la mort volontaire. 1995. (consulté le 24/03/2024)
- [11] Morasz L, Danet F. Comprendre et soigner la crise suicidaire. 2008. (consulté le 02/03/2024)
- [12] Mishara BL, Tousignant M. Comprendre le suicide [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://books.openedition.org/pum/10637?lang=fr>. (consulté le 02/03/2024)
- [13] Campéon A. De l'histoire de la prévention du suicide en France. ADSP. 2003 déc; (45):35-38. (consulté le 31/03/2024)
- [14] Les Français et leur bien-être mental : résultats du baromètre 2022 et nouvel appel à projets [Internet]. Fondation AÉSIO. 2022. Disponible sur : <https://fondation.aesio.fr/actualites/les-francais-et-leur-bien-etre-mental-resultats-du-barometre-2022-et-nouvel-appel-projets>. (consulté le 07/04/2024)
- [15] Mythe ou réalité ? ! – Infosuicide.org [Internet]. Disponible sur : <https://www.infosuicide.org/guide/depasser-les-idees-recues/mythes/> (consulté le 02/03/2024)
- [16] Stop Suicide. Idées reçues - Stop Suicide [Internet]. Stop Suicide - Prévenir Le Suicide Des Jeunes En Suisse Romande. 2024. Disponible sur : <https://stopsuicide.ch/lapourtoi/idees-recues/#1504435830207-c8d2cbcd-7603>. (consulté le 24/03/2024)
- [17] La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité De Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge. (consulté le 02/03/2024)
- [18] 3114. Souffrance prévention du suicide. Données chiffrées sur le suicide en France. [Internet]. Disponible sur : <https://3114.fr>. (consulté le 02/03/2024)
- [19] Idées reçues | Empêcher le suicide | Parler peut sauver [Internet]. Disponible sur : <https://www.parler-peut-sauver.ch/je-minquiete-pour-quelquun/les-idees-recues-sur-le-suicide>. (consulté le 09/03/2024)
- [20] Spf. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013 [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/mortalite-des-personnes-souffrant-de-troubles-mentaux.-analyse-en-causes-multiples-des-certificats-de-deces-en-france-2000-2013>. (consulté le 14/04/2024)
- [21] Chevance A. En finir avec les idées fausses sur la psychiatrie et la santé mentale. 2022. (consulté le 16/03/2024)
- [22] World Health Organization: WHO. Suicide [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. (consulté le 02/03/2024)
- [23] SPF. Santé mentale des jeunes : des conseils pour prendre soin de sa santé mentale [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/sante-mentale-des-jeunes-des-conseils-pour-prendre-soin-de-sa-sante-mentale>

- [mentale](#). (consulté le 03/03/2024)
- [24] GLOSSAIRE – infosuicide.org [Internet]. Disponible sur : <https://www.infosuicide.org/guide/glossaire/>. (consulté le 24/02/2024)
- [25] Jollant F. Suicide et conduites suicidaires [Internet]. Boulogne-Billancourt : Encyclopædia Universalis France, 2023. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/suicide-et-conduites-suicidaires/>. (consulté le 10/03/2024)
- [26] Ionita A, Courtet P. Peut-on définir les conduites suicidaires ? In: Lavoisier eBooks [Internet]. 2010. p. 22. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0022>. (consulté le 14/04/2024)
- [27] Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O’Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* [Internet]. 2007 Jun 1;37(3):264–77. Disponible sur : <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>. (consulté le 03/03/2024)
- [28] Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* [Internet]. 2015 Sep 16;387(10024):1227–39. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2). (consulté le 14/04/2024)
- [29] Moutier C. Lésion auto-infligée non suicidaire [Internet]. Édition Professionnelle Du Manuel MSD. 2023. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/comportement-suicidaire-et-automutilation/1%C3%A9sion-auto-inflig%C3%A9e-non-suicidaire>. (consulté le 31/03/2024)
- [30] Jollant F. Modélisation actuelle des conduites suicidaires : crise, transition et vulnérabilité. *La Revue du Praticien*. 2020 jan; 70(1):38-41. Disponible sur : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/modelisation-actuelle-des-conduites-suicidaires-crise-transition-et-vulnerabilite>. (consulté le 23/03/2024)
- [31] Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988; 44:499-505. (consulté le 09/03/2024)
- [32] Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* [Internet]. 2015 Sep 16;387(10024):1227–39. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2). (consulté le 16/03/2024)
- [33] Le processus suicidaire – Infosuicide.org [Internet]. Disponible sur : <https://www.infosuicide.org/guide/la-crise-suicidaire/le-processus-suicidaire/>. (consulté le 03/03/2024)
- [34] Vautard A., Porta Bonete F. La santé mentale en France: “Faire de la psychiatrie une grande cause nationale.” 2024. (consulté le 09/03/2024)
- [35] Chiffres en santé mentale - CRéSaM [Internet]. CRéSaM. 2023. Disponible sur : <https://www.cresam.be/chiffres-en-sante-mentale/>. (consulté le 24/03/2024)
- [36] Gross B. Global suicide. *Forensic Examiner; Springfield* Vol. 15, N° 2, (Summer 2006): 58-63. (consulté le 23/03/2024)
- [37] Fleischmann A, Bertolote JM. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002; 1(3):181-5. PMID: 16946849; PMCID: 1489848. (consulté le 25/02/2024)
- [38] World Health Organization : WHO. Suicide : toutes les 40 secondes, une personne met fin à ses jours. *who.int* [Internet]. 9 sept 2019 ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>. (consulté le 10/03/2024)
- [39] Organization WH. Prévention du suicide: L’Etat D’urgence Mondial. World Health Organization; 2015. (consulté le 23/03/2024)
- [40] World Health Organization: WHO. Suicide [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. (consulté le 24/03/2024)
- [41] Bosschaerts G. Se soigner maux à mots pour lutter contre le suicide des jeunes avec les ateliers de l’auteur perpignonais Lus. *lindependant.fr* [Internet]. 2 avr 2024 ; Disponible sur : <https://www.lindependant.fr/2024/04/02/se-soigner-maux-a-mots-pour-lutter-contre-le-suicide-des-jeunes-avec-les-ateliers-de-lauteur-perpignonais-lusetti-11865045.php>. (consulté le 24/03/2024)

- [42] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(3):42-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html. (consulté le 03/03/2024)
- [43] DREES. Interprétation des évolutions récentes de la mortalité par suicide et rupture dans la méthode de mesure des décès par suicide entre 2017 et 2018 [Internet]. 2023 Apr. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-07/Note%20DREES-SEEE%202023-145_d%C3%A9c%C3%A8s%20par%20suicide_Rupture%20de%20s%C3%A9rie.pdf. (consulté le 16/03/2024)
- [44] Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., et al. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. 2011. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 47-48, p. 497-500. (consulté le 31/03/2024)
- [45] Direction Générale de la Santé, Stratégie nationale de prévention du suicide, 09/2023 [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2024-02-02_plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide.pdf. (consulté le 23/03/2024)
- [46] Rouquette A, Davisse-Paturet C, Hazo JB. Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov. 2022. [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Fiche%206%20Pr%C3%A9valence%20des%20pens%C3%A9es%20suicidaires%20et%20facteurs%20associ%C3%A9s%20en%20France%20au%20cours%20de%20la%20pand%C3%A9mie%20de%20Covid19%20%E2%80%93%20R%C3%A9sultats%20de%20l%E2%80%99enqu%C3%Aate%20en%20population%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20EpiCov.pdf>. (consulté le 10/03/2024)
- [47] Direction Générale de la Santé, Stratégie nationale de prévention du suicide, 09/2023 [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2024-02-02_plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide.pdf. (consulté le 03/03/2024)
- [48] Prévention du suicide en Grand Est : garder le lien [Internet]. Agence Régionale de Santé Grand Est. 2024. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/prevention-du-suicide-en-grand-est-garder-le-lien#:~:text=En%202024%2C%20en%20Grand%2C%20Est,9%25%20pour%20l'ann%C3%A9e%202017.> (consulté le 16/03/2024)
- [49] Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes - 5e rapport / Septembre 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>. (consulté le 23/03/2024)
- [50] World Health Organization: WHO. Suicide [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. (consulté le 24/03/2024)
- [51] Rey G. Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. 2022. [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Fiche%2014%20Donn%C3%A9es%20%C3%A9pid%C3%A9miologiques%20sur%20les%20d%C3%A9c%C3%A8s%20par%20suicide%20en%20France%20en%202017.pdf>. (consulté le 16/03/2024)
- [52] Vinet, M.-A., Le Jeanic, A., Lefèvre, T., Quelen, C., Chevreul, K. (2014, janvier). Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Vol. 62. (consulté le 16/03/2024)
- [53] Instruction no DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide. [Internet] 2019. Disponible à : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf. (consulté le 14/04/2024)
- [54] Prigent A. «Les principaux motifs d'arrêt de travail des Français sont liés à la santé mentale» [Internet]. Le Figaro. 2023. Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/sciences/les-principaux-motifs-d-arret-de-travail-des-francais-sont-lies-a-la-sante-mentale-20231022#:~:text=Si%20l'on%20additionne%20le,depuis%20la%20crise%20du%20Covid.> (consulté le 25/02/2024)
- [55] Ruffin F. Mal-travail: Le choix des élites. 2024. (consulté le 13/04/2024)
- [56] Framont N. Vous ne détestez pas le lundi : vous détestez la domination au travail. 2024. (consulté le 25/02/2024)
- [57] Laspière VT. Arrêts maladie : les dépenses en hausse en 2024, le patron de l'Assurance maladie veut s'attaquer à la fraude. Ici Par France Bleu Et France 3 [Internet]. 2024 Sep 10;
- [58] Ariès P, L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime, Paris, Seuil. 1975. (consulté le 13/04/2024)

- [59] Gaillard G. La généalogie institutionnelle et les écueils du travail d'historisation : entre filicide et parricide. Connexions [Internet]. 2001 Jan 1;76(2):125. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/cnx.076.0125>. (consulté le 06/04/2024)
- [60] Bordiec S. La fabrique sociale des jeunes [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/dbu.bordi.2018.01>. (consulté le 10/03/2024)
- [61] Perrot M. Quand la société prend peur de sa jeunesse, en France, au XIX^e siècle. Les jeunes et les autres. Contributions des sciences de l'homme à la question des jeunes. Vol. 1, Vauresson, CRIV, 1986, pp. 19-28. (consulté le 24/02/2024)
- [62] Ory P. La Belle Illusion : Culture et Politique sous le signe du Front populaire (1935-1938), Paris, Plon, 1994. (consulté le 17/03/2024)
- [63] United Nations. Jeunes | Nations unies [Internet]. United Nations. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/global-issues/youth#:~:text=Cependant%2C%20%20%20des%20fins%20de,de%2015%20%20%20ans>. (consulté le 23/03/2024)
- [64] World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). Hygiène de la reproduction en la adolescencia : estrategia de acción / declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. 1989. <https://iris.who.int/handle/10665/40840>. (consulté le 06/04/2024)
- [65] DADOORIAN, D. Grossesses adolescentes, « 2. Adolescence », Érés, 2007. p.25-41. CAIRN.INFO, shs.cairn.info/grossesses-adolescentes--9782749205267-page-25?lang=fr. (consulté le 31/03/2024)
- [66] INJEP. L'INJEP Publie Les Chiffres Clés De La Jeunesse | FSE. Disponible sur : <https://fse.gouv.fr/en-immersion/jeunes/linjep-publie-les-chiffres-cles-de-la-jeunesse>. (consulté le 30/03/2024)
- [67] Instagram [Internet]. Disponible sur : https://www.instagram.com/reel/C5oIwIRvWI7/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR3oWqfuW-3rnCm6qDhpQV_wFM_T6U3f2fvfEJSprfZgCpjNQREhrFCw5GiE_aem_9nzOidPn8NmYb4862ub3QA. (consulté le 30/03/2024)
- [68] Labadie F. L'évolution de la catégorie jeune dans l'action publique depuis vingt-cinq ans. Recherches et Prévisions [Internet]. 1 janv 2001 ; 65(1) : 19-29. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/caf_1149-1590_2001_num_65_1_962. (consulté le 31/03/2024)
- [69] INSEE Normandie. Regards sur les conditions de vie des jeunes de Seine-Maritime. 2019. N°13. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3701137>. (consulté le 13/04/2024)
- [70] MESR-SIES. Note Flash n°23 – Octobre 2023. 2023. [Internet]. Disponible sur : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2023-10/nf-sies-2023-23-29529.pdf>. (consulté le 09/03/2024)
- [71] Ministère De L'Éducation Nationale. Les chiffres clés du système éducatif. 2023. [Internet]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/les-chiffres-cles-du-systeme-educatif-6515>. (consulté le 03/03/2024)
- [72] Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-enjeux-ethiques-de-la-prevention-singularites>. (consulté le 03/03/2024)
- [73] Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? Nature Reviews Neuroscience [Internet]. 2008 Nov 12;9(12):947–57. Disponible sur : <https://doi.org/10.1038/nrn2513>. (consulté le 23/03/2024)
- [74] Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2023. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html. (consulté le 31/03/2024)
- [75] Boujut E, Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois M I. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. Annales Médico-psychologiques Revue Psychiatrique [Internet]. 2009 Apr 1;167(9):662–8. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.05.020>. (consulté le 13/04/2024)
- [76] Macalli M. Les conduites suicidaires chez les étudiants : analyse et modélisation du risque dans la cohorte i-Share. Médecine humaine et pathologie. Université de Bordeaux, 2021. (consulté le 14/04/2024)
- [77] OFDT, Santé publique France. Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015 [Internet]. Observatoire National Du Suicide. Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/fiche3-10.pdf> (consulté le 10/03/2024)

- [78] Spf. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale - Résultats de l'enquête EnCLASS 2022 [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etu-des/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collégiens-et-lycéens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022>. (consulté le 07/04/2024)
- [79] Les déterminants de la santé mentale - Synthèse de la littérature scientifique [Internet]. Disponible sur : <https://www.minds-ge.ch/ressources/les-determinants-de-la-sante-mentale>. (consulté le 31/03/2024)
- [80] Savalli J. La santé mentale dans la Cité - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. Psycom - Santé Mentale Info. 2024. Disponible sur : <https://www.psycom.org/agir/la-promotion-de-la-sante-mentale/la-sante-mentale-dans-la-cite/>. (consulté le 25/02/2024)
- [81] Le Monde | AFP. Pour les personnes transgenres, le risque de faire une tentative de suicide est près de huit fois plus important, selon une étude danoise inédite. Le Monde.fr [Internet]. 2023 Jul 6; Disponible sur : https://www.lemonde.fr/international/article/2023/07/06/pour-les-personnes-transgenres-le-risque-de-faire-une-tentative-de-suicide-est-pres-de-huit-fois-plus-important-selon-une-etude-danoise-inedite_6180851_3210.html. (consulté le 10/03/2024)
- [82] Shimizu I. «Image corporelle», «violences sexuelles», «pression sociale»... Pourquoi la santé mentale des lycéennes est plus dégradée que celle des lycéens. Libération [Internet]. 2024 Apr 9; Disponible sur : https://www.liberation.fr/societe/education/image-corporelle-violences-sexuelles-pression-sociale-pourquoi-la-sante-mentale-des-lyceennes-est-plus-degradee-que-celle-des-lyceens-20240409_G4PDLCCCNZDNFMFFU54TTH73KE/?utm_medium=Social&xitor=CS7-51-amp;utm_source=Twitter#Echobox=1712682578-1. (consulté le 13/04/2024)
- [83] Lefebvre des Noettes V. Le suicide des personnes âgées, un phénomène encore tabou [Internet]. The Conversation. 2024. Disponible sur : https://theconversation.com/le-suicide-des-personnes-agees-un-phenomene-encore-tabou-228946?utm_source=twitter&utm_medium=bylinetwitterbutton. (consulté le 13/04/2024)
- [84] Comité National pour la Bientraitance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD), RIGAUD AS, GALLARDA T, Zajdenweber M, Mangin R, Pinard L, et al. Prévention du suicide chez les personnes âgées [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf. (consulté le 07/04/2024)
- [85] Brosseau F. Un retrait social important et persistant au cours de l'adolescence est associé à un risque accru de pensées suicidaires. Science et Vie [Internet]. 1 févr 2024 ; Disponible sur : <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/un-retrait-social-important-et-persistant-au-cours-de-l-adolescence-est-associe-a-un-risque-accru-de-pensees-suicidaires-124806.html>. (consulté le 03/03/2024)
- [86] Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? Revue Médicale Suisse [Internet]. 2010 Jan 1;6(259):1555–7. Disponible sur : <https://doi.org/10.53738/revmed.2010.6.259.1555>. (consulté le 23/03/2024)
- [87] Ministère De La Santé Et De L'accès Aux Soins. Le dispositif de recontact Vigilans – Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>. (consulté le 25/02/2024)
- [88] Bailly N, HUG. Evaluation du risque suicidaire [Internet]. Disponible sur : https://www.hug.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/evaluation_du_risque_suicidaire.pdf. (consulté le 23/03/2024)
- [89] Thomas P, Fovet T. Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral. ADSP [Internet]. 2018 Sep;104:28–30. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=161>. (consulté le 30/03/2024)
- [90] Granger B. L'effet Papageno pour prévenir la contagion suicidaire. PSN [Internet]. 2017 Jan;15:21–27. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-psn-2017-1-page-21?lang=fr&tab=texte-integral>. (consulté le 31/03/2024)
- [91] Westphal V. Feuille de route santé mentale et psychiatrie : point d'étape 2023 [Internet]. Santé Mentale. 2023. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/2023/03/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-point-detape-2023/>. (consulté le 10/03/2024)
- [92] Cabanel H, Férat F. Suicides en agriculture : mieux prévenir, identifier et accompagner les situations de détresse -

- Sénat [Internet]. Sénat. 2021. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r20-451/r20-4513.html>. (consulté le 14/04/2024)
- [93] Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva Canu I, Khireddine Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011 [Internet]. SPF. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/rapport-synthese/caracteristiques-associees-a-la-mortalite-par-suicide-parmi-les-hommes-agriculteurs-exploitants-entre-2007-et-2011>. (consulté le 10/03/2024)
- [94] Franceinfo. Suicides à France Télécom : l'article à lire pour tout comprendre de cette affaire emblématique de la souffrance. Franceinfo [Internet]. 2019 Dec 20. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/economie/emploi/carriere/vie-professionnelle/sante-au-travail/suicides-a-france-telecom-l-article-a-lire-pour-comprendre-pourquoi-orange-se-retrouve-devant-la-justice_3423431.html. (consulté le 06/04/2024)
- [95] Hautefeuille C. La Poste visée par une enquête pour homicide involontaire après des suicides. Mediapart [Internet]. 6 oct 2024 ; Disponible sur : <https://www.mediapart.fr/journal/economie-et-social/051024/la-poste-visee-par-une-enquete-pour-homicide-involontaire-apres-des-suicides>. (consulté le 28/04/2024)
- [96] Bellivier F. La santé mentale des jeunes : une grande cause nationale ? Je salue l'annonce de notre Premier Ministre... [Internet]. 2024. Disponible sur : https://www.linkedin.com/posts/frank-bellivier-14903822_jeunes-urgences-mortalitaez-activite-7158391987241402368-llxi?utm_source=share&utm_medium=member_desktop. (consulté le 02/06/2024)
- [97] OMS. CONSTITUTION DE L'OMS [Internet]. CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1948. Disponible sur : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>. (consulté le 01/06/2024)
- [98] OMS. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361818/9789240056923-fre.pdf>. (consulté le 01/06/2024)
- [99] Assurance Maladie. Qu'appelle-t-on bonne santé mentale et troubles psychiques ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/ille-et-vilaine/assure/sante/jeunes-16-25-ans/souffrance-psychique/definition>. (consulté le 20/04/2024)
- [100] Pereira A Jr, Dubath C, Trabichet AM, minds. Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique [Internet]. Conseil scientifique de minds, editor. minds 01/2021. minds - Promotion de la santé mentale à Genève; 2021. Disponible sur : https://cdn.prod.website-files.com/64d2152959dc0e3dfa75ff28/650069beb37f93229e425bd4_Les%20de%20terminants%20de%20la%20sante%20mentale.pdf. (consulté le 09/06/2024)
- [101] Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of Consulting and Clinical Psychology [Internet]. 2005 Jun 1;73(3):539–48. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>. (consulté le 18/05/2024)
- [102] Keyes CLM. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. American Psychologist [Internet]. 2007 Jan 1;62(2):95–108. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.95>. (consulté le 28/04/2024)
- [103] SPF. Santé mentale [Internet]. 2023. Disponiblesur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale#:~:text=Les%20trois%20dimensions%20de%20la,individu%20dans%20ses%20%20C3%B4les%20sociaux>. (consulté le 20/04/2024)
- [104] École normale supérieure de Lyon. Politique de santé — Géoconfluences [Internet]. 2002 Géoconfluences ENS De Lyon. Disponible sur : <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/politique-de-sante#:~:text=La%20politique%20de%20sant%C3%A9%20est,de%20toute%20politique%20de%20sant%C3%A9>. (consulté le 05/05/2024)
- [105] Coeuret-Pellicer M. Émergence d'une priorité nationale de santé publique, L'exemple du suicide. Actualité et dossier en santé publique n° 23, juin 1998, page 2-5. Disponible sur :

- <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad230205.pdf>. (consulté le 04/05/2024)
- [106] Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Promotion de la santé : Charte d'Ottawa [Internet]. 1986. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/349653>. (consulté le 27/04/2024)
- [107] Arnoult A. Le suicide à l'adolescence. Agora Débats/Jeunesses [Internet]. 2011 Sep 1;N° 59(3):39–51. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/agora.059.0039>. (consulté le 26/05/2024)
- [108] Moron P. Généralités. In: Le suicide [Internet]. PUF; 2004. p. 7–32. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/le-suicide--9782130549468-page-7?lang=fr>. (consulté le 09/06/2024)
- [109] Programme National France – info suicide.org [Internet]. Disponible sur : <https://www.infosuicide.org/reperes/programmes/programme-national-france/>. (consulté le 05/05/2024)
- [110] Debout M. Le suicide. Étude présentée par la section des affaires sociales. Journal Officiel; 1993. Report No.15: Avis et rapports du Conseil économique et social. (consulté le 02/06/2024)
- [111] Collection La santé en France [Internet]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/santeenfrance>. (consulté le 04/05/2024)
- [112] OMS | Prévention des suicides [Internet]. Disponible sur : <http://www.preventionsuicide.info/priorites/oms.php>. (consulté le 11/05/2024)
- [113] World Health Organization: WHO. Suicide [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. (consulté le 11/05/2024)
- [114] OMS. Un décès sur 100 est un décès par suicide [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>. (consulté le 16/06/2024)
- [115] Léopold M. La culture : un moteur pour la santé mentale dans l'UE [Internet]. Eyes on Europe. 2023. Disponible sur : <https://www.eyes-on-europe.eu/la-culture-un-moteur-pour-la-sante-mentale-dans-l-ue/#:~:text=La%20culture%20peut%20aider%20au,d'am%C3%A9liorer%20la%20sant%C3%A9%20mentale>. (consulté le 27/04/2024)
- [116] La Présidence slovène de l'UE 2008. CONFERENCE DE HAUT-NIVEAU DE L' UE ENSEMBLE POUR LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE [Internet]. Pacte européen Pour La Santé Mentale Et Le Bien-être. 2008 Jun. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf. (consulté le 18/05/2024)
- [117] Von Der Leyen U. État de l'Union [Internet]. Commission Européenne. 2022. Disponible sur : https://state-of-the-union.ec.europa.eu/state-union-2022_fr. (consulté le 28/04/2024)
- [118] Organisation mondiale de la santé. Cadre d'action européen de l'OMS pour la santé mentale 2021-2025 [Internet]. Comité Régional De L'Europe. 2021 p. 1–4. Report No.: EUR/RC71/R5. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345168/71rs05f-MentalHealth-211013.pdf?sequence=1>. (consulté le 11/05/2024)
- [119] Bulletin Officiel n°2003-36 [Internet]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-36/a0362770.htm>. (consulté le 05/05/2024)
- [120] Lopez A. Comité technique national de suivi du plan « psychiatrie et santé mentale », BILAN DE LA PREMIERE ANNEE DE MISE EN ŒUVRE [Internet]. 2006 Jun. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_2006.pdf. (consulté le 21/04/2024)
- [121] Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions [Internet]. Collection Avis Et Rapports. 2010 Apr p. 1–282. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf. (consulté le 28/04/2024)
- [122] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Présentation du plan « Santé des jeunes » [Internet]. solidarites.gouv.fr. 2008 Feb. Disponible sur : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/plan_sante_jeunes.pdf. (consulté le 05/05/2024)
- [123] UNSA. Le Plan Santé Travail. Le plan santé au travail 2010-2014 [Internet]. 2010. Disponible sur : https://itefa.unsa.org/IMG/pdf/Plan_Sante_Travail_2010_2014.pdf. (consulté le 09/06/2024)
- [124] Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. Ministère De La Santé Et De L'accès Aux Soins. 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>. (consulté le 18/05/2024)

- [125] Ministère de la justice et des libertés, ministère du travail, de l'emploi et de la sante, ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la solidarité et de la cohésion sociale. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) [Internet]. sante.gouv.fr.2011 Sep. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf. (consulté le 27/04/2024)
- [126] Conseil national de santé mentale – Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. Ministère De La Santé Et De L'accès Aux Soins. 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/conseil-national-de-sante-mentale>. (consulté le 09/06/2024)
- [127] Moro MR, Brison JL. Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes [Internet]. 2016 Nov. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf. (consulté le 05/05/2024)
- [128] Ministères des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail: Prendre soin de ceux qui nous soignent [Internet]. sante.gouv.fr. 2016 Dec. Disponible à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_2016.pdf. (consulté le 02/06/2024)
- [129] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf. (consulté le 29/06/2024)
- [130] Philippe É, Buzyn A, Salomon J. Organisation Mondiale de la Santé. Premier Plan national de santé publique [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_pnsp_2018_-_2021_ensemble_mesures.pdf. (consulté le 18/05/2024)
- [131] Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. La stratégie nationale de santé en France [Internet]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf. (consulté le 28/04/2024)
- [132] Direction générale de la Santé. Journée mondiale de la prévention du suicide [Internet]. 2019. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_dgs_-_journe_e_mondiale_de_la_pre_vention_du_suicide_1009.pdf. (consulté le 09/06/2024)
- [133] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide [Internet]. BO Santé – Protection Sociale – Solidarité. 2019 Sep. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf. (consulté le 26/05/2024)
- [134] Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Appel à projet : identification du pôle national en charge de la mise en place du numéro national de prévention du suicide [Internet]. 2022. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-brevs/article/appel-a-projet-pole-national-numero-national-preventi_on-suicide. (consulté le 05/05/2024)
- [135] Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - Circulaire N°DGS/SP4/DGOS/2021/122 du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45209>. (consulté le 27/04/2024)
- [136] Un nouveau numéro national de prévention du suicide | info.gouv.fr [Internet]. info.gouv.fr. Disponible sur : <https://www.info.gouv.fr/actualite/un-nouveau-numero-national-de-prevention-du-suicide>. (consulté le 16/06/2024)
- [137] Instruction n°DGS/SP4/2022/171 du 6 Juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide. [Internet] 2022. Disponible à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgs_sp4_2022_171_du_06072022.pdf. (consulté le 05/05/2024)
- [138] Santé Mentale 2025 [Internet]. Santé Mentale 2025. Disponible sur : <https://www.santementale2025.org>. (consulté le 09/06/2024)
- [139] Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, Van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide ? Not Six. Suicide And Life-Threatening Behavior [Internet]. 7 mars 2018 ; 49(2) : 529-34. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>. (consulté le 29/06/2024)
- [140] Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie [Internet]. 2018 Jun. Disponible à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_

- [comite_strategie_sante_mentale.pdf](#). (consulté le 28/04/2024)
- [141] INSTRUCTION N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide [Internet]. 2022. Disponible à : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgs_sp4_2022_171_du_06072022.pdf. (consulté le 18/05/2024)
- [142] 3114. Stratégie globale de prévention du suicide en France [Internet]. 3114.fr. Disponible sur : <https://3114.fr/strategie-globale-de-prevention-du-suicide-en-france/>. (consulté le 05/05/2024)
- [143] Ministère de la santé et de l'accès aux soins. La politique de prévention du suicide [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>. (consulté le 26/05/2024)
- [144] Spf. Évaluation d'efficacité de Vigilans de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/enquetes-etudes/evaluation-d-efficacite-de-vigilans-de-2015-a-2017-dispositif-de-prevention-de-la-reiteration-suicidaire>. (consulté le 09/06/2024)
- [145] Santé Publique France. Prévention du suicide : Vigilans, un dispositif efficace face au risque de récurrences des tentatives de suicide [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/prevention-du-suicide-vigilans-un-dispositif-efficace-face-au-risque-de-recidives-des-tentatives-de-suicide>. (consulté le 27/04/2024)
- [146] Agence Régionale de Santé Normandie. Prévention du suicide [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/prevention-du-suicide>. (consulté le 05/05/2024)
- [147] Programme de postvention en milieu scolaire: stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://aqps.info/wp-content/uploads/2022/12/postvention.pdf>. (consulté le 18/05/2024)
- [148] Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et postvention : fiches repères pour les professionnels de santé [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/suicide-et-postvention-fiches-reperes-pour-les-professionnels-de-sante>. (consulté le 29/06/2024)
- [149] Santé publique France. SYNTHÈSE DU BILAN DE LA FEUILLE DE ROUTE — santé mentale et psychiatrie — mars 2023 Dossier de presse [Internet]. 2023. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_3_mars_2023.pdf. (consulté le 09/06/2024)
- [150] Courtet P. Les stratégies de prévention du suicide qui ont montré leur efficacité. Dans : Lavoisier eBooks [Internet]. 2010. p. 234. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0234>. (consulté le 26/05/2024)
- [151] Kapusta ND, Etzersdorfer E, Krall C, Sonneck G. Firearm legislation reform in the European Union: impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191(3):253–7. doi:10.1192/bjp.bp.106.032862. (consulté le 05/05/2024)
- [152] Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2005 Jan 19;34(2):433–42. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/ije/dyh398>. (consulté le 02/06/2024)
- [153] Ministère De La Justice. Prévention du suicide en détention [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/prevention-du-suicide-detention>. (consulté le 27/04/2024)
- [154] Sicot C. Suicide en milieu psychiatrique [Internet]. 2023 Avr. prevention-medicale.org. Disponible sur : <https://www.prevention-medicale.org/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/suicide-en-milieu-psychiatrique>. (consulté le 18/05/2024)
- [155] Jacques-Cartier (pont) - La Mémoire du Québec [Internet]. Disponible sur : [https://www.memoireduquebec.com/wiki/index.php?title=Jacques-Cartier_\(pont\)](https://www.memoireduquebec.com/wiki/index.php?title=Jacques-Cartier_(pont)). (consulté le 21/04/2024)
- [156] De Lamberterie O. Avec toutes mes sympathies. Stock; 2018. (consulté le 28/04/2024)
- [157] Terra JL. La prévention du suicide. *ADSP* [Internet]. 2003 Dec;45:19–62. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad451962.pdf>. (consulté le 26/05/2024)
- [158] 3114. Septembre jaune se termine avec un bilan très positif ! Les professionnels et les partenaires du 3114 ont joint leurs forces pour créer des actions partout sur le territoire. [Internet]. x.com. 2024. Disponible sur : https://x.com/3114_appel/status/1840764693255721240. (consulté le 05/05/2024)
- [159] 3114. Plus d'1,5 million de vues en 1 mois ! Le spot officiel du 3114 « Tu comptes pour moi » été rediffusé [Internet]. x.com. 2024. Disponible sur : https://x.com/3114_appel/status/1841782830851887171. (consulté le

09/06/2024)

- [160] Santé Publique France [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/>. (consulté le 29/06/2024)
- [161] ACP-France. Qui est Carl Rogers ? [Internet]. [acpfrance.fr](https://www.acpfrance.fr/). Disponible sur : <https://www.acpfrance.fr/qui-est-carl-rogers/>. (consulté le 27/04/2024)
- [162] PSSM France [Internet]. Disponible sur : <https://www.pssmfrance.fr/>. (consulté le 02/06/2024)
- [163] PSSM France. Les pensées suicidaires [Internet]. plus2sens; 2024. Disponible sur : <https://smartlink.ausha.co/apprendre-a-aider-le-podcast-sur-le-secourisme-en-sante-mentale/les-pensees-suicidaires>. (consulté le 21/04/2024)
- [164] Poinot IFT. GEPS - Colloques-Formations [Internet]. Copyright 2004-2021 (C) GEPS. Disponible sur : <https://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=16>. (consulté le 12/05/2024)
- [165] Maeker B, Maeker E. Évaluation du risque suicidaire par l'échelle RUD. [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://maeker.fr/egs/psy/rud>. (consulté le 26/05/2024)
- [166] Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments : Systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. The British Journal Of Psychiatry [Internet]. 17 mars 2017 ; 210(6) : 387-95. Disponible sur : <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>. (consulté le 28/04/2024)
- [167] 3114. [Internet]. Disponible sur : <https://3114.fr/>. (consulté le 27/04/2024)
- [168] Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/crise-suicidaire-tentative-suicide>. (consulté le 09/06/2024)
- [169] Auffret M, Pinel V, Taillanter L, UNHAJ - Union Nationale pour l'Habitat des Jeunes. Aller vers, aller mieux [Internet]. Habitat Jeunes, Acteurs De La Santé Mentale Des Jeunes. 2022 Nov. Disponible sur : <https://www.habitatjeunes.org/wp-content/uploads/2022/11/guidesantementale-livret.pdf>. (consulté le 23/06/2024)
- [170] Fil Santé Jeune. Fil Santé Jeunes accueil le lien qui te libère [Internet]. Fil Santé Jeunes. 2024. Disponible sur : <https://www.filsantejeunes.com/>. (consulté le 23/06/2024)
- [171] Accueil | Les transmetteurs [Internet]. Les Transmetteurs. Disponible sur : <https://www.lestransmetteurs.org/>. (consulté le 18/05/2024)
- [172] Allo écoute ado [Internet]. Disponible sur : <https://www.alloecouteado.org/>. (consulté le 05/05/2024)
- [173] Soins aux Etudiants [Internet]. Disponible sur : <https://www.soins-aux-etudiants.com/>. (consulté le 29/06/2024)
- [174] Je me sens mal et j'ai besoin de parler [Internet]. Disponible sur : <https://www.nightline.fr/services-decoute>. (consulté le 02/06/2024)
- [175] Accueil - S.O.S Amitié France [Internet]. France. 2024. Disponible sur : <https://www.sos-amitie.com/>. (consulté le 23/06/2024)
- [176] SOS Suicide Phénix – En parler, c'est déjà revivre ! [Internet]. Disponible sur : <https://sos-suicide-phenix.org/>. (consulté le 27/04/2024)
- [177] Suicide Écoute. Suicide Écoute | Ligne Gratuite 24h/24 au 01 45 39 40 00 [Internet]. Suicide Écoute. 2024. Disponible sur : <https://www.suicide-ecoute.fr/>. (consulté le 26/05/2024)
- [178] SOS helpline. [Internet]. Disponible à : <https://soshelpline.org/>. (consulté le 28/04/2024)
- [179] Aprilin. La Porte Ouverte Un lieu d'écoute, anonyme, gratuit, sans rendez-vous [Internet]. La Porte Ouverte. 2024. Disponible sur : <https://www.la-porte-ouverte.fr/>. (consulté le 18/05/2024)
- [180] Worms-Ehrminger M. Vivre avec un trouble de santé mentale. 2023. (consulté le 09/06/2024)
- [181] Prévention du suicide en Grand Est : garder le lien [Internet]. Agence Régionale de Santé Grand Est. 2024. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/prevention-du-suicide-en-grand-est-garder-le-lien>. (consulté le 25/05/2024)
- [182] Remboursement de séances chez le psychologue : dispositif Mon soutien psy [Internet]. [amelifr](https://www.ameli.fr) | Assuré. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/remboursement-seance-psychologue-mon-soutien-psy>. (consulté le 05/05/2024)
- [183] Services de santé étudiante [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr.

- Disponible sur : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/2024/Hebdo26/ESRS2415963C>. (consulté le 25/05/2024)
- [184] Santé Psy Etudiant. [Internet] Disponible à : <https://santepsy.etudiant.gouv.fr/>. (consulté le 19/05/2024)
- [185] Évaluation de l'intentionnalité suicidaire avec le Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://macker.fr/egs/psy/bss>. (consulté le 27/04/2024)
- [186] Saigre F, Darquet S, Lapierre V. Plan de sécurité en prévention du suicide [Internet]. info suicide.org. 2020 Sep. Disponible sur: <https://www.info suicide.org/guide/plan-de-securite/>. (consulté le 26/05/2024)
- [187] Mina-Billard E, Casamatta D, Leane E, Manuel G, Broussouloux S, Bertrand C, et al. SUIVI DE LA MISE EN PLACE RÉGIONALE DU DISPOSITIF VIGILANS ET FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉITÉRATION SUICIDAIRE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, 2017-2021 [Internet]. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire; 2024 Jan. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/657586/4407876?version=1>. (consulté le 29/06/2024)
- [188] Wallaert R, Baillon-Dhumez D, Dantchev N. Suicidant. Médecine D'urgence. 2020 Nov 11;14(4):1–11. (consulté le 05/05/2024)
- [189] N.Franck, C.Cellard, Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée, Elsevier Masson; 2020, p.306. (consulté le 02/06/2024)
- [190] Guliver, E. & Byrom, N. C. Peer support for student mental health: A review of the use of peer support in higher education. Student Minds. [Internet]. 2014. Disponible à : https://kclpure.kcl.ac.uk/ws/portalfiles/portal/56766183/peer_support_for_student_mental_health.pdf. (consulté le 28/04/2024)
- [191] Quiles C, Renelleau C, Douriez E, Verdoux H. Efficacité des interventions de pair-aidants (schizophrénie, trouble bipolaire). Revue systématique de la littérature. L Encéphale [Internet]. 2022 Aug 13;48(6):674–81. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.009>. (consulté le 25/05/2024)
- [192] La maison perchée [Internet]. MaisonPerchée. Disponible sur : <https://www.maisonperchee.org/>. (consulté le 09/06/2024)
- [193] Clubhouse France. Clubhouse France | Santé mentale [Internet]. Clubhouse France. 2024. Disponible sur : <https://www.clubhousefrance.org/>. (consulté le 25/09/2024)
- [194] Suicide : les actions de prévention en Île-de-France [Internet]. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. 2024. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/suicide-les-actions-de-prevention-en-ile-de-france>. (consulté le 30/09/2024)
- [195] Communiqué : 10 priorités de santé publique pour la mandature qui s'ouvre [Internet]. Disponible sur : https://sfsp.fr/suivre-l-actualite/les-actualites-generales-de-la-sante-publique/les-dernieres-actualites/20-espace-presse/6445_5-10-priorites-de-sante-publique-pour-la-mandature-qui-s-ouvre. (consulté le 12/10/2024)
- [196] Bauduret JF. Faut-il à nouveau légiférer sur la santé mentale et la psychiatrie ? Pratiques En Santé Mentale [Internet]. 4 janv 2024 ; 69e année(4) : 83-90. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/psm.234.0083>. (consulté le 05/10/2024)
- [197] Arrêté ARS n°2023/6317 du 06 décembre 2023 relatif à la composition de la commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé du Bas-Rhin sur le Territoire de Démocratie Sanitaire Bas-Rhin. [Internet]. Disponible à : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/118287/download?inline>. (consulté le 29/06/2024)
- [198] Admin_Crsa. Commissions spécialisées et groupes permanents | CRSA [Internet]. Wordpress de Dev. 2024. Disponible sur : <https://www.crsa-paysdelaloire.fr/les-commissions-specialises-et-groupes-permanents/>. (consulté le 12/10/2024)
- [199] Commission spécialisée en santé mentale [Internet]. Agence Régionale de Santé la Réunion. 2023. Disponible sur : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/commission-specialisee-en-sante-mentale#:~:text=La%20commission%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20en%20sant%C3%A9,projet%20territorial%20de%20sant%C3%A9%20mentale>. (consulté le 06/10/2024)
- [200] Publication du rapport du Tour de France des Projets territoriaux en santé mentale – Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. Ministère de la Santé et de L'accès Aux Soins. 2024. Disponible sur :

- <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/publication-du-rapport-du-tour-de-france-des-projets-territoriaux-en-sante>. (consulté le 06/10/2024)
- [201] Dgos. Les initiatives des conseils locaux de santé mentale – Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. Ministère de la Santé et de L'accès Aux Soins. 2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/les-initiatives-des-conseils-locaux-de-sante-mentale>. (consulté le 14/10/2024)
- [202] Faire de la santé mentale une grande cause nationale [Internet]. Institut Montaigne. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/expressions/faire-de-la-sante-mentale-une-grande-cause-nationale>. (consulté le 06/10/2024)
- [203] ELABE. Les Français et la santé mentale [Internet]. <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/>. Alliances pour la santé mentale; 2024 Mar. Disponible sur : https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2024/10/ELABE_ALLIANCE-POUR-LA-SANTE-MENTALE.pdf. (consulté le 25/09/2024)
- [204] La France compte psychiatres 23 psychiatres pour 100 000 habitants [Internet]. La Mutualité Française. Disponible sur : <https://www.mutualite.fr/actualites/la-france-compte-psychiatres-23-psychiatres-pour-100%E2%80%AF000-habitants/>. (consulté le 06/10/2024)
- [205] Lolivier I. Infirmiers, psychologues, psychiatres... données démographiques au 1er janvier 2021 [Internet]. Santé Mentale. 2021. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/2021/07/infirmiers-psychologues-psychiatres-donnees-demographiques-au-1er-janvier-2021/>. (consulté le 05/10/2024)
- [206] Spencer ALAS. "C'est inacceptable" : selon la Drees, 65 % des médecins traitants refusent des nouveaux patients. RMC [Internet]. 26 mai 2023. Disponible sur : https://rmc.bfmtv.com/actualites/societe/sante/c-est-inacceptable-selon-la-drees-65-des-medecins-traitants-refusent-des-nouveaux-patients_AV-202305260417.html. (consulté le 30/09/2024)
- [207] Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>. (consulté le 01/10/2024)
- [208] Stromboni C. A l'hôpital, plus d'un tiers des postes de praticien sans titulaire. Le Monde.fr [Internet]. 18 sept 2024. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/09/17/a-l-hopital-plus-d-un-tiers-des-postes-de-praticien-sans-titulaire_6321489_3224.html. (consulté le 08/10/2024)
- [209] Westphal V. Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30 % de leur capacité [Internet]. Santé Mentale. 2023. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/2023/09/un-quart-des-etablissements-de-psychiatrie-ont-ferme-de-10-a-30-de-leur-capacite/> [208_] Ploin M. Tentatives de suicides et suicides à Paris. Gros plan sur le suicide, en pratique quotidienne de ville. La gazette médicale. 1993 ; 3-10. (consulté le 25/09/2024)
- [210] Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers Before Suicide: A Review of the evidence. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2002 Jun 1;159(6):909–16. Disponible sur : <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>. (consulté le 01/10/2024)
- [211] Roy S. Près de 10 % des jeunes femmes ont eu des pensées suicidaires en 2021 [Internet]. Le Figaro Santé. 2024. Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/pres-de-10-des-jeunes-femmes-ont-eu-des-pensees-suicidaires-en-2021-20240205>. (consulté le 08/10/2024)
- [212] Programme - Rencontres Soignantes en Psychiatrie [Internet]. Rencontres Soignantes En Psychiatrie. 2024. Disponible sur : <https://rencontressoignantesenpsychiatrie.fr/programme/>. (consulté le 12/10/2024)
- [213] Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? Nature Reviews Neuroscience [Internet]. 2008 Nov 12;9(12):947–57. Disponible sur : <https://doi.org/10.1038/nrn2513>. (consulté le 16/10/2024)
- [214] Moro MR, Brison JL. Mission Bien-Être et Santé des jeunes. Journal Du Droit Des Jeunes [Internet]. 2017 Nov 7;N° 364-365(4):111–21. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/jdj.364.0111>. (consulté le 15/10/2024)
- [215] Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>. (consulté le 30/09/2024)
- [216] Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de>

-1er-janvier-2023. (consulté le 05/10/2024)

- [217] File : Schema-etudes-de-pharmacie.jpg - Wikimedia Commons [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=94232472>. (consulté le 27/09/2024)
- [218] ANEPF - Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France. Contribution Innovations Pédagogiques et Évolution des Études de Pharmacie [Internet]. anepf.org. 2021 Mar. Disponible sur : https://docs.google.com/document/d/1Jc8kdUnmOHj8PIjQKHtYidK3VIRd_eLR3TaeF-Op3rM/edit?tab=t.0#heading=h.l9_dvzresqzk1. (consulté le 08/10/2024)
- [219] Berkesse A., Dumez V. et Skiredj K. La mobilisation des savoirs issus de la vie avec la maladie : une responsabilité éthique et politique. Dictionnaire de la responsabilité sociale en santé. [Internet]. Presses universitaires de Rouen et du Havre. 2018. Disponible sur : <https://static1.squarespace.com/static/591c9cd7ebbd1a3f39a7207c/t/5d75052da6aa9d1c2f24550c/1567950126234/DIC-T-R-ESPONSABILITE-SOCIALE-20190408-1.pdf>. (consulté le 27/09/2024)
- [220] Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>. (consulté le 25/09/2024)
- [221] Le service sanitaire – Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. Ministère de la Santé et de L'accès Aux Soins. 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>. (consulté le 15/10/2024)
- [222] Notredame CE, Grandgenèvre P, Warembourg F, Porte A, Gaud N, Wathelet M, et al. Service sanitaire des étudiants en santé: prévention en santé mentale chez les jeunes. LA SANTÉ EN ACTION [Internet]. 2019 Dec;450:29–30. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/221711/2467574>. (consulté le 14/10/2024)
- [223] Wathelet M, Aly P, Guénard C, Thomas P, Notredame C e. Évaluation de la thématique « santé mentale et prévention du suicide » du service sanitaire selon la méthode de Kirkpatrick. French Journal Of Psychiatry [Internet]. 1 déc 2019 ; 1 : S173. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.fpsy.2019.10.467>. (consulté le 27/09/2024)
- [224] DU Compétences en psychiatrie et santé mentale - Ametys Campus - Paris Cité [Internet]. Ametys V4. Disponible sur : https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-humaines-et-sociales-SHS/du-competences-en-psychiatrie-et-sante-mentale-DUHCPSM_118.html. (consulté le 15/10/2024)
- [225] SanteMentale. Pharmacie clinique en psychiatrie [Internet]. Santé Mentale. 2017. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/2017/01/pharmacie-clinique-en-psychiatrie/>. (consulté le 27/09/2024)
- [226] Démographie des pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022 [Internet]. CNOP. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>. (consulté le 05/10/2024)
- [227] X.com [Internet]. Disponible sur : https://x.com/Pharma_ANEPF/status/1844349234243567964/photo/1. (consulté le 14/10/2024)
- [228] X.com [Internet]. Disponible sur : https://x.com/Sante_Gouv/status/1838931532746010955. (consulté le 14/10/2024)
- [229] La Poste. Protéger les personnes âgées de la canicule. [Internet] Disponible sur : <https://www.laposte.fr/senior/protoger-les-personnes-agees-de-la-canicule>. (consulté le 30/09/2024)
- [230] Kaplan AM, Haenlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. Business Horizons [Internet]. 2009 Oct 14;53(1):59–68. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2009.09.003>. (consulté le 15/10/2024)
- [231] Giumetti GW, Kowalski RM. Cyberbullying Matters: Examining the incremental impact of cyberbullying on outcomes over and above traditional bullying in North America. In: Springer eBooks [Internet]. 2015. p. 117–30. Disponible sur : https://doi.org/10.1007/978-3-319-25552-1_6. (consulté le 27/09/2024)
- [232] Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. Archives of Suicide Research [Internet]. 2010 Jul 23;14(3):206–21. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>. (consulté le 14/10/2024)
- [233] StopBlues, un site et une appli pour prévenir le mal-être · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/actualite/stopblues-site-et-appli-pour-prevenir-mal-etre/>. (consulté le 02/10/2024)

- [234] Salomon D. Suicide : les réseaux sociaux, un nouveau facteur de risque ? [Internet]. Destination Santé. 2020. Disponible sur : <https://destinationsante.com/suicide-reseaux-sociaux-nouveau-facteur-de-risque.html>. (consulté le 02/10/2024)
- [235] Leclair A. Scarification, incitation au suicide... Ces parents en guerre contre TikTok et son algorithme « malsain » [Internet]. Le Figaro. 2024. Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/scarification-incitation-au-suicide-ces-parents-en-guerre-contre-tiktok-et-son-algorithme-malsain-20240602>. (consulté le 14/10/2024)
- [236] Monnier P. Pourquoi TikTok est accusé d' # 39 ; avoir poussé au suicide une adolescente de 15 ans. BFMTV [Internet]. 18 sept 2023 ; Disponible sur : https://www.bfmtv.com/tech/tiktok/tik-tok-pourquoi-son-algorithme-est-accuse-d-avoir-pousse-au-suicide-une-adolescente-de-15-ans_AV-202309180367.html. (consulté le 05/10/2024)
- [237] [PETITION] TikTok doit être plus sûre pour les enfants et les jeunes [Internet]. Amnesty France. Disponible sur : <https://www.amnesty.fr/petitions/tiktok-doit-etre-plus-sure-pour-les-enfants-et-les-jeunes>. (consulté le 07/10/2024)
- [238] Amnesty International. Monde. Le fil « Pour toi » de TikTok risque de pousser des enfants et des jeunes vers du contenu dangereux en lien avec la santé mentale [Internet]. Amnesty International. 2023. Disponible sur : <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2023/11/tiktok-risks-pushing-children-towards-harmful-content/>. (consulté le 02/10/2024)
- [239] Amnesty International. Poussé·e·s vers les ténèbres. Comment le fil « Pour toi » de TikTok encourage l'automutilation et les idées suicidaires - Amnesty International [Internet]. Amnesty International. 2023. Disponible sur : <https://www.amnesty.org/fr/documents/po140/7350/2023/fr/>. (consulté le 25/09/2024)
- [240] Queinec R. Les effets de contagion suicidaire: Revue de littérature, élaboration d'une étude française, mécanismes et implications pour la prévention [Internet]. 2009. Disponible sur : <https://books.google.be/books?id=Wun8SAAACAAJ>. (consulté le 08/10/2024)
- [241] QUEINEC R, BEITZ C, CONTRAND B, JOUGLA E, LEFFONDRE K, LAGARDE E, et al. Research Letter:
Copycat effect after celebrity suicides: results from the French national death register. *Psychological Medicine*. 2011;41(3):668–71. doi:10.1017/S0033291710002011. (consulté le 11/10/2024)
- [242] Lhééré H. L'effet Papageno. *Sciences Humaines* [Internet]. 21 juill 2022 ; Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/l-effet-papageno_fr_44813.html. (consulté le 25/09/2024)
- [243] Organisation mondiale de la santé. Comment parler du suicide ? : Indications pour les professionnels de santé [Internet]. stopsuicide.ch. 2017 Jul. Disponible sur : https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Recommandation_OMS_Papageno.pdf. (consulté le 30/09/2024)
- [244] Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide : Werther v. Papageno effects. *The British Journal Of Psychiatry* [Internet]. 31 août 2010 ; 197(3) : 234-43. Disponible sur : <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>. (consulté le 07/10/2024)
- [245] Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass- media reporting: the viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research* [Internet]. 1998 Jan 1;4(1):67–74. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/a:1009691903261>. (consulté le 11/10/2024)
- [246] Organisation mondiale de la santé. La prévention du suicide: Une ressource pour les professionnels des médias [Internet]. un-pass.be. 2006. Disponible sur : https://un-pass.be/wp-content/uploads/2021/07/OMS_les_professionnels_des_medias.pdf. (consulté le 07/10/2024)
- [247] 3114. De l'efficacité du média training pour un traitement médiatique responsable du suicide [Internet]. 3114.fr. 2023. Disponible sur : <https://3114.fr/actualite/de-lefficacite-du-media-training-pour-un-traitement-mediatique-responsable-du-suicide/>. (consulté le 11/10/2024)
- [248] Artcena. L'impact de la culture sur la santé mentale des jeunes [Internet]. artcena.fr. 2023. Disponible sur : <https://www.artcena.fr/fil-vie-pro/limpact-de-la-culture-sur-la-sante-mentale-des-jeunes>. (consulté le 25/09/2024)
- [249] Voices of culture. Youth, Mental health and culture: Brainstorming report [Internet]. www.artcena.fr. 2022 Dec. Disponible sur : https://www.artcena.fr/sites/default/files/medias/YMHC_BrainstormingReport_FINAL-1.pdf. (consulté le 11/10/2024)
- [250] Samidendani. L'impact de la culture sur la santé mentale des jeunes. *Public(S) ISSN 2553-5722* [Internet]. 1 oct 2023 ; Disponible sur : <https://doi.org/10.58079/t29v>. (consulté le 07/10/2024)

- [251] Melchiori L. Journée mondiale de prévention du suicide : sortir du silence [Internet]. Santé Mentale. 2024.
Disponible sur : <https://www.santementale.fr/2024/07/10-septembre-2024-changer-le-discours-sur-le-suicide/>. (consulté le 16/10/2024)
- [252] Mollaret G. Pourquoi chansons et séries télé peuvent être des vecteurs de prévention du suicide [Internet]. Le Figaro. 2022. Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/sciences/pourquoi-chansons-et-series-tele-peuvent-etre-des-vecteurs-de-prevention-du-suicide-2022-01-14>. (consulté le 08/10/2024)
- [253] Guillet C. L'effet Werther: stars, médias et contagion suicidaire. 2022. (consulté le 30/09/2024)
- [254] ImagineDragonsVEVO. Imagine Dragons - Demons (Official Music Video) [Internet]. YouTube. 2013. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=mWRsgZuwf_8. (consulté le 05/10/2024)
- [255] Crosby N. The Meaning Behind The Song : Demons by Imagine Dragons [Internet]. Beat Crave. 2024. Disponible sur : <https://beatcrave.com/the-meaning-behind-the-song-demons-by-imagine-dragons/>. (consulté le 24/09/2024)
- [256] What is the meaning of the Imagine Dragons song "Demons"? [Internet]. Quora. 2024. Disponible sur : <https://www.quora.com/What-is-the-meaning-of-the-Imagine-Dragons-song-Demons>. (consulté le 07/10/2024)
- [257] 1.4K views · 16 reactions | Ce soir, nous vous partageons les mots du... [Internet]. Disponible sur : <https://www.facebook.com/watch/?v=1483860589203246>. (consulté le 25/09/2024)
- [258] TikTok - Make your day [Internet]. Disponible sur : <https://www.tiktok.com/@ninagrgr/video/7270983829492337953>. (consulté le 24/09/2024)
- [259] Aaron Hania. Imagine Dragons « Demons » + Dan's Depression speech [Internet]. YouTube. 2018. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=_wqr5CITW94. (consulté le 24/09/2024)
- [260] Lisa Pariente. Lisa Pariente - Les bonbons (Lyrics video) [Internet]. YouTube. 2024. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=1VoO6BQOZ0k>. (consulté le 24/09/2024)
- [261] GRM Daily. Ramz - Think Twice About Suicide [Music Video] | GRM Daily [Internet]. YouTube. 2019. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=Py2Ff3pHjUw>. (consulté le 07/10/2024)
- [262] Visionary Music Group. Logic - 1-800-273-8255 ft. Alessia Cara & Khalid (Official Audio) [Internet]. YouTube. 2017. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=cycUHgg0zzU>. (consulté le 24/09/2024)
- [263] LadyGagaVEVO. Lady Gaga - 911 (Short Film) [Internet]. YouTube. 2020. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=58hoktsqk_Q. (consulté le 08/10/2024)
- [264] Mylène Farmer. Mylène Farmer - C'est une belle journée (Clip Officiel) [Internet]. YouTube. 2016. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=huZTRymyfpU>. (consulté le 30/09/2024)
- [265] Cachin B. Mylène Farmer au fil des mots. 2016. (consulté le 10/10/2024)
- [266] The Tonight Show Starring Jimmy Fallon. Yseult : SUICIDE | The Tonight Show starring Jimmy Fallon [Internet]. YouTube. 2024. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=uSi1pjb5TQg>. (consulté le 27/09/2024)
- [267] Granaud G. Yseult frappe fort avec « Suicide » [Internet]. Pop And Films. 2024. Disponible sur : <https://popandfilms.fr/yseult-frappe-fort-avec-suicide/>. (consulté le 25/09/2024)
- [268] Noto J. Pourquoi, six ans après, (presque) personne n'a réellement compris « Suicide Social » d'Orelsan ? [Internet]. Interlude. 2018. Disponible sur : <https://intrld.com/orelsan-suicide-social/>. (consulté le 07/10/2024)
- [269] Noto J. Orelsan et l'histoire du paragraphe supprimé de « Suicide Social » [Internet]. Interlude. 2020. Disponible sur : https://intrld.com/paragraphe-supprime-orelsan-suicide-social/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR0FzFGfRW9iHKKeB MFw8c1JksDT3FIILVeQ0AEN4wL0fEJwJev3XFoNd8Q_aem_f0NK3zTc1A6jn6aAJop9Xg. (consulté le 16/10/2024)
- [270] DiProperzio L. The Meaning Behind Before You Go by Lewis Capaldi [Internet]. The List. 2023. Disponible sur : <https://www.thelist.com/407694/the-meaning-behind-before-you-go-by-lewis-capaldi/>. (consulté le 10/10/2024)
- [271] Brut. Ni chaînes ni maîtres : l'esclavage au cinéma [Internet]. Brut. Disponible sur : <https://www.brut.media/fr/videos/france/societe/ni-chaines-ni-maitres-lesclavage-au-cinema>. (consulté le 10/10/2024)
- [272] Le Monde. « 13 Reasons Why » : deux ans après, Netflix censure la scène du suicide de la saison 1. Le Monde.fr [Internet]. 16 juill 2019 ; Disponible sur : <https://www.lemonde.fr/pixels/article/2019/07/16/13-reasons-why-deux-ans-apres-netflix-censure-la-scene-du-suicide-de-la>

- saison-1_5490025_4408996.html. (consulté le 05/10/2024)
- [273] Barba D, Barba D. Série : « Mental » , une pépite à ne pas manquer. France Inter [Internet]. 13 nov 2019 ; Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/capture-d-ecrans/serie-mental-une-pepite-a-ne-pas-manquer-7669292>. (consulté le 10/10/2024)
- [274] France Télévisions. Dans ma tête [Internet]. France Télévisions. Disponible sur : <https://www.france.tv/slash/dans-ma-tete/#section-about>. (consulté le 27/09/2024)
- [275] Wessbecher L. « A Star Is Born » peut-il vraiment déclencher des suicides ? Le HuffPost [Internet]. 8 nov 2019 ; Disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/culture/article/a-star-is-born-peut-il-vraiment-declencher-des-suicides_154586.html. (consulté le 25/09/2024)
- [276] Instagram [Internet]. Disponible sur : https://www.instagram.com/p/C3-qS9gCkmb/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR2NlI-cnc9Y-BFxSleONySh30fFhnikT0218QgTMhC33LRB4_UwtZR4NLU_aem_kTWoaEqnGTdqeMKZuQBFQ. (consulté le 16/10/2024)
- [277] Ces dessins animés-là qui méritent qu'on s'en souviennent. # 27 - Marcelino - Ces dessins animés-là qui méritent qu'on s'en souviennent [Internet]. YouTube. 2013. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=AFSyyYQw6-4>. (consulté le 03/10/2024)
- [278] Carvalho L. Diam's se confie : tentative de suicide, scarifications... "J'ai perdu la raison". Gala.fr [Internet]. 27 mai 2022 ; Disponible sur : https://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/diams-se-confie-tentative-de-suicide-scarifications-jai-perdu-la-raison_494710. (consulté le 29/09/2024)
- [279] La Rédaction.. Diam's : les dix révélations de son autobiographie. Elle [Internet]. 28 sept 2012 ; Disponible sur : <https://www.elle.fr/Loisirs/Livres/Dossiers/Diam-s-les-dix-revelations-de-son-autobiographie>. (consulté le 28/09/2024)
- [280] Dailymotion [Internet]. Disponible sur : <https://www.dailymotion.com/video/x8bgma0>. (consulté le 28/09/2024)
- [281] DoesTheDogDie.com [Internet]. Disponible sur : <https://www.doesthedogdie.com/>. (consulté le 25/09/2024)
- [282] Rennick-Egglestone S, Ramsay A, McGranahan R, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Pollock K, et al. The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: Qualitative analysis and change model. PLoS ONE [Internet]. 2019 Dec 13;14(12):e0226201. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226201>. (consulté le 03/10/2024)
- [283] Thalmann YA. Le développement personnel. Des effets pervers ? Sciences Humaines [Internet]. 24 sept 2019 ; Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/le-developpement-personnel-des-effets-pervers_fr_41026.html. (consulté le 03/10/2024)
- [284] Rédaction. Devenir entrepreneur de soi : Le but ultime du développement personnel ? [Internet]. Frustration Magazine. 2022. Disponible sur : <https://www.frustrationmagazine.fr/developpement-personnel/>. (consulté le 28/09/2024)
- [285] France Télévisions. C à vous. Santé mentale des politiques : Sandrine Rousseau brise un tabou [Internet]. France Télévisions. Disponible sur : <https://www.france.tv/france-5/c-a-vous/saison-16/6508835-sante-mentale-des-politiques-sandrine-rousseau-brise-un-tabou.html>. (consulté le 25/09/2024)
- [286] Instagram [Internet]. Disponible sur : https://www.instagram.com/p/DA8Dg0rolB3/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=MzRIODBiNWFIZA==. (consulté le 27/09/2024)
- [286] Gakou S. Infirmière en pratique avancée dans le domaine de la psychiatrie. L'Information Psychiatrique [Internet]. 1 août 2020 ; 96(7) : 533-7. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-7-page-533.htm> (consulté le 04/11/2024).
- [287] Formation Continue Université de Strasbourg. Diplôme d'Université de Médecine Méditation et Neurosciences - Formation Continue Université de Strasbourg [Internet]. 2024. Disponible sur : https://sfc.unistra.fr/formations/sante-psychiatrie_-_psychiatrie-adultes_-_diplome-duniversite-de-medecine-meditation-et-neurosciences_-_4720/. (consulté le 04/11/2024).

Résumé

Athénaïs ERCKER

Née le 12 mars 1998 à Strasbourg

LES POLITIQUES DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES JEUNES

SOUTENU LE 22 NOVEMBRE 2024 A LA FACULTE DE PHARMACIE DE STRASBOURG

N° d'ordre : _____

Le suicide - étymologiquement l'acte de "se tuer soi-même" - est aussi complexe dans son histoire et sa représentation que dans la pluralité des facteurs de risques avancés pour tenter de l'expliquer. Pourtant l'épidémiologie est formelle : nous dénombrons un suicide par heure en France et il est la seconde cause de décès des 15-24 ans. En parcourant l'histoire des politiques publiques de prévention du suicide et en analysant le cadre actuel des politiques visant à réduire son incidence, sont ensuite exploitées des pistes qui pourraient donner des perspectives d'amélioration de ces dernières, en ouvrant sur le rôle de la culture contre le suicide.

Des politiques publiques interministérielles incluant « la santé dans chaque politique », une action systémique sur l'ensemble des déterminants à la santé mentale, une refonte de la psychiatrie en France pour gagner en attractivité, une formation plus adaptée des professionnels au contact des personnes en souffrance, un parcours de soins intégré et accessible pour tous et toutes, une meilleure prévention via le repérage mais aussi la lutte contre la récurrence, la déstigmatisation du suicide et la fin du tabou qui entoure la santé mentale via l'art, les médias et la communication sous toutes ses formes sont autant de défis à relever notamment à l'occasion de la désignation de la santé mentale « Grande cause nationale 2025 ».

MOTS CLES

**POLITIQUE PUBLIQUE – SANTE PUBLIQUE – SUICIDE – SANTE MENTALE –
EPIDEMIOLOGIE – PREVENTION – SANTE DES JEUNES**

Directeur de thèse : Docteur Bruno MICHEL