



Centre d'Etudes et de Recherches
en Santé Publique
CERESP asbl



Prévention du suicide :
*Aperçu général des connaissances en suicidologie
et
Situation en Communauté française de Belgique*



**Rapport de recherche relatif au projet 4.1 de l'axe 4
du Programme de prévention des traumatismes
et de promotion de la sécurité
en Communauté française de Belgique.**

Christelle Senterre
Martine Bantuelle, Alain Levêque
2006

*Le suicide n'est pas une lâcheté comme le disent les prêcheurs qui exagèrent.
Ce n'est pas non plus un acte de courage. C'est une lutte entre deux craintes.
Il y a suicide quand la crainte de vivre l'emporte sur la crainte de mourir.*

Victor Hugo.

Table des matières

1	En guise d'introduction	10
2	La méthodologie de travail.....	12
2.1	Pour l'axe 1 - le processus suicidaire.....	13
2.2	Pour l'axe 2 – La prévention du suicide	13
2.3	Pour l'axe 3 – Et en Belgique ?	14
3	En prémisses	15
3.1	Les définitions usuelles.....	15
3.1.1	Le comportement suicidaire fatal ou suicide complété.....	15
3.1.2	Le comportement suicidaire non fatal ou tentative de suicide	15
3.1.3	Les comportements suicidaires indirects ou comportements autodestructeurs....	16
3.1.4	Les idéations et les intentions suicidaires	16
3.2	Quelques repères épidémiologiques	17
3.2.1	Les mesures utilisées pour la quantification du problème.....	17
3.2.2	L'ampleur du problème	19
3.2.2.1	Au niveau international.....	19
3.2.2.2	En Belgique	22
4	Les facteurs associés aux comportements suicidaires	30
4.1	L'approche classique	32
4.1.1	Les facteurs associés aux prédispositions individuelles.....	33
4.1.2	Les facteurs associés au milieu et à l'environnement	35
4.1.3	Les facteurs associés aux événements circonstanciels	36
4.1.4	Les facteurs de protection.....	36
4.2	L'approche dynamique	37
4.2.1	Les facteurs de prédisposition :	37
4.2.2	Les facteurs de contribution :	38
4.2.3	Les facteurs précipitants :.....	38
4.2.4	Les facteurs de protection :.....	38
5	La modélisation théorique du processus suicidaire	42
6	Les différents concepts de prévention.....	46
6.1	Le concept traditionnel de prévention primaire, secondaire et tertiaire.....	46
6.2	Le concept de prévention universelle, sélective et indiquée.....	49
6.2.1	La prévention universelle (<i>universal prevention</i>)	49
6.2.2	La prévention sélective ou prévention choisie (<i>selective prevention</i>)	50
6.2.3	La prévention indiquée (<i>indicated prevention</i>).....	50
7	Au niveau international : recommandations et expériences	52

7.1	Les recommandations de l’OMS, de l’ONU et les avis d’experts	52
7.2	Les programmes et stratégies en place à l’étranger	55
7.3	L’évaluation des programmes et des stratégies de prévention	60
8	Situation en Belgique	65
8.1	Au niveau Fédéral	66
8.2	En Communauté flamande	67
8.3	En Communauté française	68
9	Focus sur la Communauté française	70
9.1	Observations et analyses	70
10	Etat de la réflexion et questionnement	81
10.1	Etat de la réflexion	81
10.1.1	Les recommandations d’experts, les stratégies mises en place et les interventions validées ou faisant consensus	82
10.1.2	Les stratégies / action mises en place au niveau belge et plus spécifiquement en Communauté française de Belgique	85
10.1.3	Le contexte politique	86
10.2	Questionnement	88
10.2.1	Sur la connaissance du problème	88
10.2.2	Sur la formation, la sensibilisation et l’accompagnement	89
10.2.3	Sur les milieux et les publics	90
10.2.4	Sur le réseautage	91
10.2.5	Sur la concertation politique	92
11	Bibliographie	94
11.1	Les textes légaux	94
11.2	Les ouvrages & parties d’ouvrage	95
11.3	Les programmes nationaux, les rapports de recherches, les actes de colloques, les dossiers, les brochures etc.	97
11.3.1	Pour la Belgique	97
11.3.2	Au niveau international	99
11.4	Les articles	104
11.5	Les sites Web consultés (entre le 01/01/05 et le 30/09/2005)	107
11.5.1	Les sites belges	107
11.5.2	Les autres sites	108
12	Les annexes	109

Liste des schémas :

<u>Schéma I</u> :	Les objectifs poursuivis au sein des trois axes définis dans le cadre de la phase 1	11
<u>Schéma II</u> :	La démarche méthodologique au sein des trois axes définis dans le cadre de la phase1	12
<u>Schéma III</u> :	Continuum théorique du processus suicidaire	17
<u>Schéma IV</u> :	Les différentes sources potentielles de données en fonction des mesures considérées	29
<u>Schéma V</u> :	Les 4 catégories utilisées dans le cadre de l'approche «classique» des facteurs associés aux comportements suicidaires	33
<u>Schéma VI</u> :	Les 4 catégories utilisées dans le cadre de l'approche «dynamique» des facteurs associés aux comportements suicidaires	37
<u>Schéma VII</u> :	Modélisation psychodynamique du processus suicidaire	43
<u>Schéma VIII</u> :	Mise en évidence des variations entre l'approche « médicale » et l'approche « de santé publique » dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire	47
<u>Schéma IX</u> :	Représentation, au niveau des individus, du concept de prévention universelle, sélective et indiquée	49

Liste des graphiques :

<u>Graphique I</u> :	Evolution, entre 1987 et 1997, du taux standardisé de mortalité par suicide (par 100.000 habitants) pour certains pays européens et évolution moyenne pour l'Europe des 15	20
<u>Graphique II</u> :	Evolution, entre 1987 et 1997, du nombre absolu de suicides complétés pour toute la Belgique	22
<u>Graphique III</u> :	Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide (en %), par Région et pour tous les âges confondus	23
<u>Graphique IV</u> :	Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide et aux accidents de transports (en %) pour les 15-24 ans	24
<u>Graphique V</u> :	Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide, aux accidents de transports et aux cancers (en %) pour les individus de sexe masculin âgés entre 25 et 44 ans	25

Liste des tableaux :

<u>Tableau I</u> :	Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide (en %) par groupe d'âges, pour toute la Belgique	24
<u>Tableau II</u> :	Modèle de la Colombie Britannique : facteurs associés aux comportements suicidaires en fonction du niveau d'action considéré (Cité par Lévesque L., Roy F., Raymond S., 1999)	41
<u>Tableau III</u> :	Parallèle entre la définition classique de prévention primaire, secondaire et tertiaire et la définition telle qu'elle est adaptée dans le rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé	46
<u>Tableau IV</u> :	Comparaison de l'approche « médicale » et de l'approche « de santé publique » dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire	48
<u>Tableau V</u> :	Conclusions et actions recommandées à l'issue de la réunion préalable à la conférence interministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (2004)	53
<u>Tableau VI</u> :	Liste des recommandations établies spécifiquement dans le cadre de la prévention du suicide chez les jeunes (Julien M., Laverdure J., 2004)	54
<u>Tableau VII</u> :	Répartition des pays de la Région européenne de l'OMS en fonction de l'existence ou non d'initiatives nationales et/ou régionales de prévention du suicide	56
<u>Tableau VIII</u> :	Définition des items de synthèse utilisés dans le tableau récapitulatif des programmes et stratégies (niveau national et/ou régional)	56
<u>Tableau IX</u> :	Synthèse des stratégies et/ou actions nationales et/ou régionales incluses dans certains programmes (nationaux et/ou régionaux) de prévention du suicide	57
<u>Tableau X</u> :	Liste des actions habituellement retrouvées dans le cadre des programmes nationaux et/ou régionaux	59
<u>Tableau XI</u> :	Objectifs de promotion de la santé et objectifs de prévention de la problématique de santé prioritaires « Promotion du bien-être et de la santé mentale » du Plan quinquennal de promotion de la santé (2004-2008)	69
<u>Tableau XII</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de LA PROMOTION DU BIEN-ÊTRE ET DE LA SANTÉ MENTALE en PRÉVENTION UNIVERSELLE	71
<u>Tableau XIII</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de LA SENSIBILISATION ET L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC en PRÉVENTION UNIVERSELLE	72

<u>Tableau XIV</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de COLLABORATION AVEC LES MÉDIAS en PRÉVENTION UNIVERSELLE	73
<u>Tableau XV</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions AU NIVEAU POLITIQUE en PRÉVENTION UNIVERSELLE	73
<u>Tableau XVI</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de SENSIBILISATION, DE FORMATION ET DE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS (DE PREMIÈRE LIGNE ET HOSPITALIERS) en PRÉVENTION SÉLECTIVE	74
<u>Tableau XVII</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de DÉTECTION ET D'ORIENTATION DES INDIVIDUS À RISQUE ; DE PROMOTION ET DE CONSTRUCTION DES RELAIS en PRÉVENTION SÉLECTIVE	75
<u>Tableau XVIII</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de POSTVENTION ET DE SOUTIEN À L'ENTOURAGE ET AUX PROCHES en PRÉVENTION SÉLECTIVE	75
<u>Tableau XIX</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT en PRÉVENTION INDIQUÉE	77
<u>Tableau XX</u> :	Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des ACTIVITÉS DE RECHERCHE en PRÉVENTION INDIQUÉE	77
<u>Tableau XXI</u> :	Présentation, au niveau de la PRÉVENTION UNIVERSELLE , des acteurs identifiés et des niveaux de compétences en fonction des acquis théoriques	78
<u>Tableau XXII</u> :	Présentation, au niveau de la PRÉVENTION SÉLECTIVE , des acteurs identifiés et des niveaux de compétences en fonction des acquis théoriques	79
<u>Tableau XXIII</u> :	Présentation, au niveau de la PRÉVENTION INDIQUÉE , des acteurs identifiés et des niveaux de compétences en fonction des acquis théoriques	80

1 En guise d'introduction

Le suicide est un problème majeur de santé publique. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, rien que pour l'année 2000, approximativement un million de personnes se sont suicidées et 10 à 20 fois plus de personnes ont fait une tentative de suicide à travers le monde. Cela représente, en moyenne, un décès toutes les 40 secondes et une tentative de suicide toutes les 3 secondes (WHO, 2002). La Belgique se situe dans la catégorie de pays où le taux de suicide est assez élevé. Une analyse des données de mortalité de 1987 à 1997 nous montre qu'environ 2000 Belges se sont, en moyenne, suicidés chaque année. Si l'on regarde les répartitions de ces décès par tranche d'âges, on constate que les 15-24 ans et les 25-44 ans présentent les proportions de décès attribuables au suicide les plus élevées. Chez les 15-24 ans, le suicide est la deuxième cause de mortalité après les accidents de transport. Chez les 25-44 ans, le suicide représente la première cause de décès avant, notamment, les cancers et les accidents de transport¹.

Dans son récent *Rapport mondial sur la violence et la santé* (2002), l'OMS insiste sur l'importance qu'il y a de mettre d'urgence, à l'agenda des priorités de santé publique, la problématique de la violence et de sa prévention, ceci incluant le suicide.

La Belgique et plus spécifiquement la Communauté française développent des initiatives allant dans le sens de ces recommandations. Des activités sont menées par de nombreuses associations et bénévoles tant dans le champ de la prévention que dans le champ de la prise en charge.

Mais il reste, qu'au regard des recommandations de l'OMS, et au regard de l'importance que représente ce problème du suicide en terme de santé publique, des efforts substantiels devraient être faits notamment pour développer une approche globale du problème suivant les stratégies de promotion de la santé.

¹ Informations obtenues via le site <http://www.iph.fgov.be/epidemi/spma/index.htm> .

Le développement d'une telle approche passe par un préalable : la réalisation d'un état des lieux de la situation.

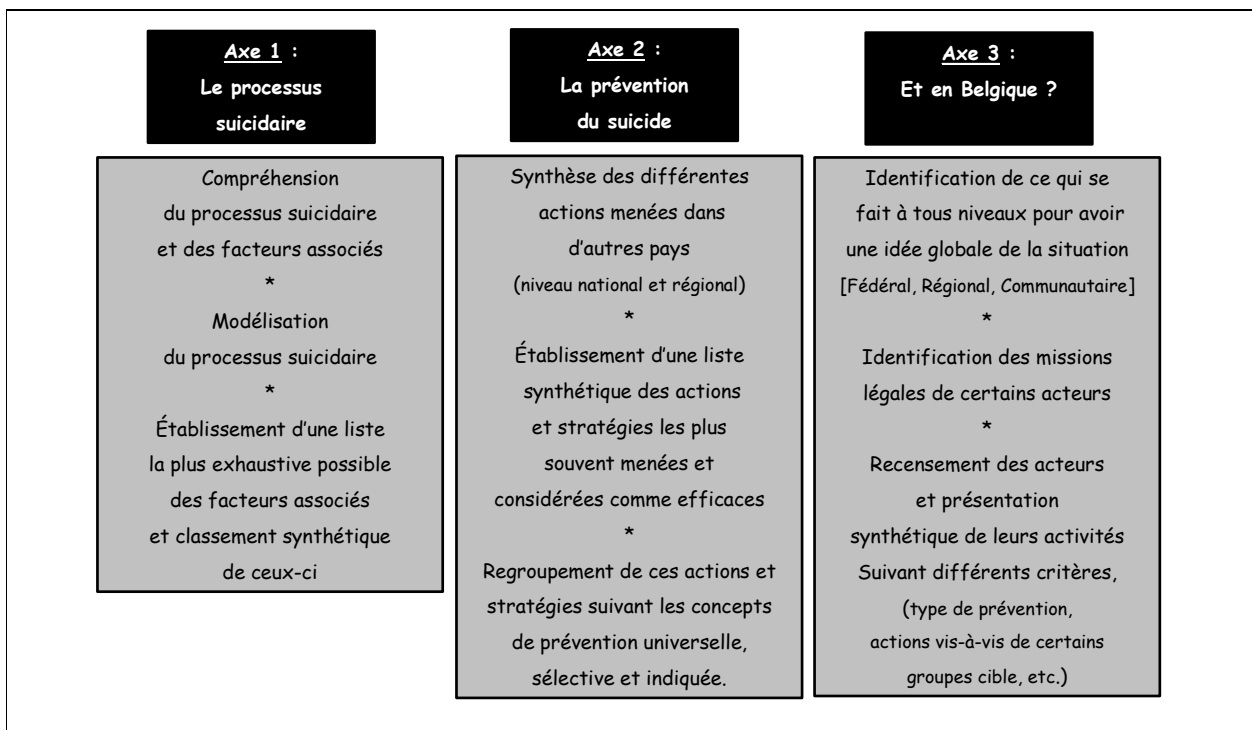
En effet, il est important avant d'agir d'avoir une idée assez précise, notamment sur l'importance du problème, sur ses principaux facteurs associés et sur l'étendue des interventions et des intervenants déjà actifs en la matière.

Pour répondre aux recommandations de l'OMS, il apparaît donc prioritaire de se donner les moyens de mieux comprendre et d'appréhender l'ensemble des facteurs intervenants dans la problématique du suicide de façon à aider les autorités politiques mais également les opérateurs de terrain dans l'élaboration de leur plan stratégique et/ou opérationnel de lutte contre cette forme de violence.

C'est dans cette logique que s'inscrit la présente étude.

Les objectifs que nous avons poursuivis durant cette recherche peuvent être schématisés (voir le schéma I) suivant trois axes, à savoir :

Schéma I : Les objectifs poursuivis au sein des trois axes définis dans le cadre de la phase 1

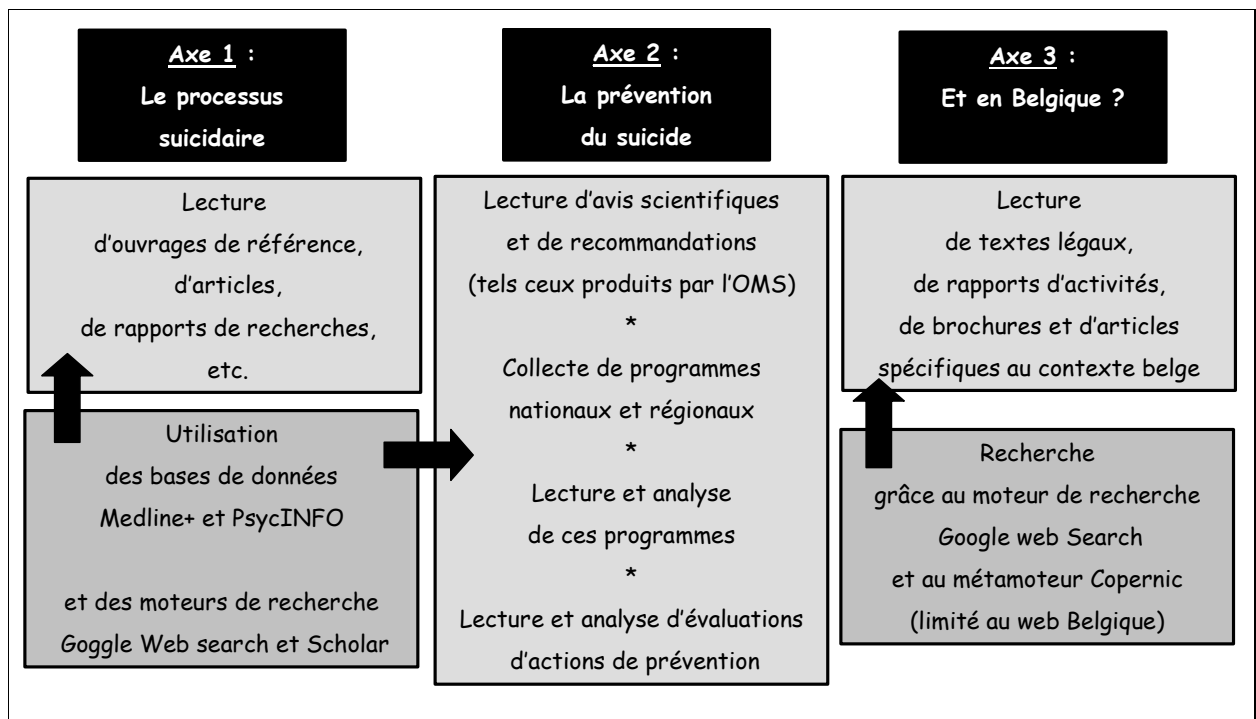


- ✓ **Axe 1** qui comprend toutes les activités destinées à synthétiser les connaissances du processus suicidaire,
- ✓ **Axe 2** qui reprend tout ce qui a trait aux notions de prévention,
- ✓ **Axe 3** qui investit la dimension belge dans ses niveaux fédéral, régional et communautaire ; avec un focus sur la situation en Communauté française.

2 La méthodologie de travail

Le schéma II ci-dessous nous résume la méthodologie poursuivie au cours de cette recherche.

Schéma II: La démarche méthodologique au sein des trois axes définis dans le cadre de la phase 1



2.1 Pour l'axe 1 - le processus suicidaire

- Une revue de la littérature a été faite afin
 - ✦ de dresser un bilan des connaissances en suicidologie (définition du phénomène suicidaire, études des facteurs impliqués [facteurs de risque, facteurs de protection] et des groupes à risques, etc.)
 - ✦ de construire un modèle du processus suicidaire de type psychodynamique (avec validation du modèle par un expert international)

2.2 Pour l'axe 2 – La prévention du suicide

- Une lecture critique et une synthèse de différents programmes nationaux et régionaux ont été menées.
 - ✦ Les documents récoltés concernent l'Australie, l'Angleterre, la Bourgogne, le Danemark, l'Ecosse, les Etats-Unis, la France, la Finlande, le Québec, la Nouvelle-Zélande, l'Ohio et Washington.
- Pour ce qui est de l'évaluation des actions de prévention, une synthèse de documents (voir la bibliographie) a été faite.

Deux types de documents étaient à notre disposition :

- ✦ 1/ les rapports d'évaluation relatifs à un programme défini, tels les évaluations des programmes de Nouvelle-Zélande, d'Australie et de Bourgogne.
- ✦ 2/ des articles, rapports et ouvrages tels l'ouvrage *Evaluation de programmes en prévention du suicide* (Mishara & Tousignant, 2004), le rapport sur l'efficacité des stratégies de prévention du suicide de l'OMS (WHO Europe & Health Evidence Network, 2004), le rapport sur l'efficacité de la prévention et l'évaluation du Suicide Prevention Action Network (SPAN USA, 2001) ou encore les rapports de l'Alberta Heritage Foundation sur l'efficacité des stratégies de prévention et sur l'efficacité des programmes de prévention chez les enfants et les adolescents (Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2002 et 2003).

2.3 Pour l'axe 3 – Et en Belgique ?

- Nous avons relu les textes légaux relatifs à certains groupes d'acteurs présents dans le paysage de la Communauté française de Belgique et nous avons établi des fiches descriptives synthétiques. Celles-ci comportent les informations suivantes :
 - ✗ TYPE D'INTERVENTION – MISSION(S) DEFINIE(S) LEGALEMENT – TEXTE(S) DE REFERENCE – REMARQUES EVENTUELLES.
- Une grille a été élaborée pour le recensement des différents acteurs identifiés. Les dimensions intégrées dans cette grille constituent le set minimum commun de renseignements à rassembler. Les informations qui ont été recherchées sont les suivantes :
 - ✗ NOM DE L'ACTEUR – SPECIFICITE SUICIDE (oui/non) – SOURCE(S) DE FINANCEMENT – PUBLIC CIBLE - TYPE DE PREVENTION – TYPE D'ACTIVITES – IMPLICATION DANS UN (DES) RESEAU(X).
- Le recensement des acteurs s'est fait grâce, entre autres², à l'utilisation du moteur de recherche Google Web Search et du méta moteur Copernic, tous deux limités au Web Belgique avec comme mots clés.
 - ✗ SUICIDE – PREVENTION – TENTATIVE(S) DE SUICIDE – COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.

² Nous avons aussi pu rassembler des brochures, triptyques etc. distribués à plusieurs endroits. Nous avons aussi assisté aux Journées de la Prévention du Suicide en Communauté française.

3 En prémisses

3.1 Les définitions usuelles³

Il est important de prendre le temps de définir ce dont on parle puisque la problématique du suicide ne se limite pas seulement à l'acte mortel. Il existe une série de comportements qui décrivent ce qu'on nomme usuellement le processus suicidaire.

L'éventail des comportements suicidaires comprend donc :

3.1.1 Le comportement suicidaire fatal ou suicide complété

On définit habituellement une **mort par suicide** comme étant une mort intentionnelle causée par soi-même. Autrefois, il était souvent question dans la littérature, tant scientifique que de vulgarisation, de « suicide réussi ». Il est aujourd'hui établi, que cette dénomination n'est pas acceptable puisqu'un tel acte ne peut pas être considéré comme une réussite ; c'est pourquoi on préfère utiliser le terme de suicide complété.

3.1.2 Le comportement suicidaire non fatal ou tentative de suicide

La **tentative de suicide** (TS), encore appelée par certains « parasuicide » est un acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort. Suivant le degré d'intentionnalité, certains experts classent les TS en tentative grave (personne qui se tire une balle dans la tête et qui survit aux blessures) et en tentative mineure (personne qui se coupe superficiellement les veines sans que cela ne cause de dommages corporels importants).

Ce degré d'intentionnalité est actuellement remis en question par certains chercheurs qui prétendent que la gravité de la tentative ne doit pas être un indicateur fiable du degré d'intentionnalité de l'individu qui a posé le geste. Dès lors, il est courant de regrouper toutes les TS en une seule classe.

³ La rédaction de ce paragraphe est largement inspirée de l'ouvrage *Comprendre le suicide* de Mishara B.L. et Tousignant M. (2004).

3.1.3 Les comportements suicidaires indirects ou comportements autodestructeurs

Les comportements autodestructeurs ou **comportements suicidaires indirects** regroupent tous les comportements humains qui augmentent la probabilité de décès à moyen terme mais qui ne précipitent pas la mort à court terme ou qui ne causent pas de traumatisme physique dans le futur immédiat. Ces comportements peuvent être la toxicomanie, les prises de risque au niveau sexuel ou les conduites excessives.

3.1.4 Les idéations et les intentions suicidaires

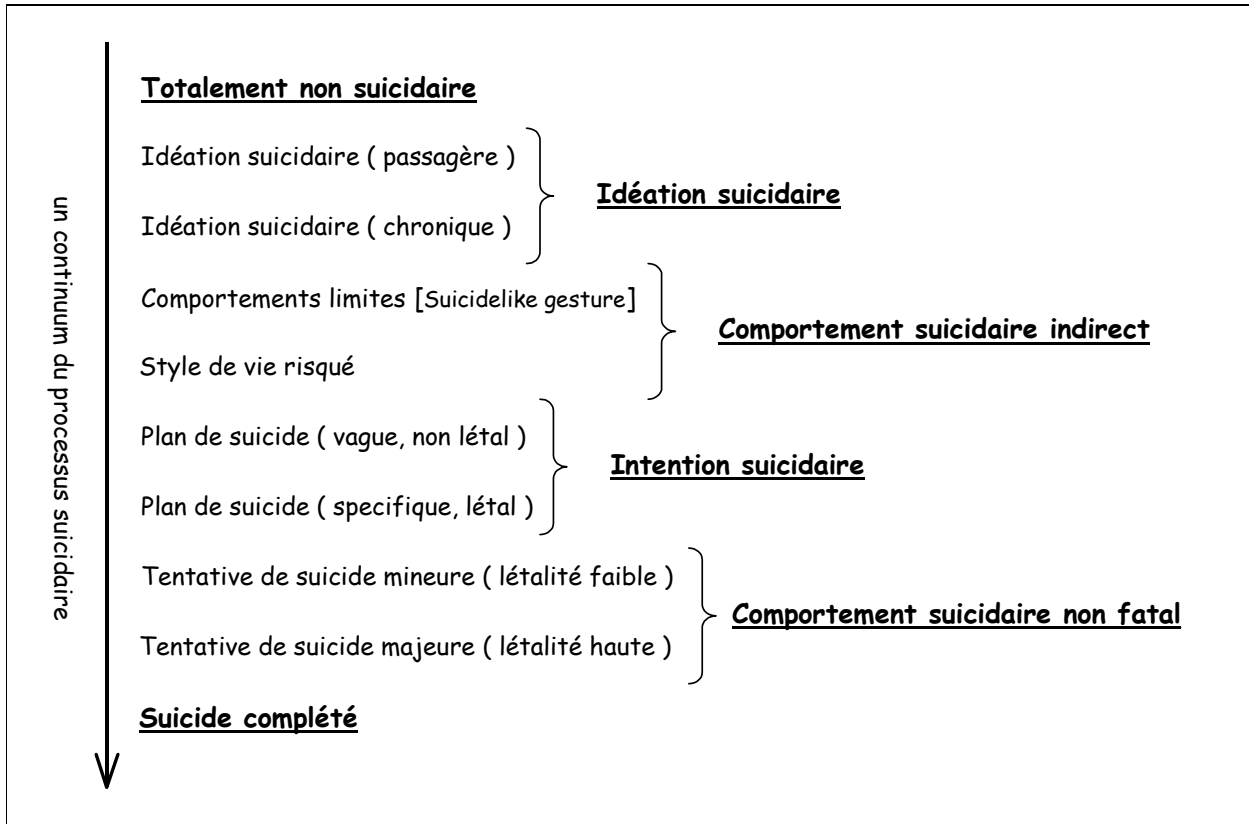
Une personne est considérée comme ayant des **idéations suicidaires** quand elle pense à se tuer. Certaines recherches mettent l'accent sur les idéations suicidaires sérieuses qui correspondent au fait de « penser sérieusement au suicide ». Et puisqu'il faut, par définition, penser sérieusement au suicide pour être capable de faire intentionnellement un geste suicidaire. Les personnes présentant des idéations suicidaires doivent être considérées comme des personnes émettant le signal d'une possibilité de se tuer. Il est toutefois important de noter que toutes les personnes ayant des idées suicidaires ne vont pas passer à l'acte.

Enfin, pour caractériser les individus concernés, on distingue classiquement :

- ✓ Les **suicidés**, pour qui l'acte posé a été mortel.
- ✓ Les **suicidants** qui survivent à leur geste autodestructeur.
- ✓ Les **suicidaires** qui font part d'idées de suicide.

Au-delà de ces définitions, il est difficile de donner aux étapes des frontières bien tranchées car chaque individu suit un cheminement qui lui est propre et dont les expressions sont loin d'être standardisées. Toutefois, le schéma III ci-dessous nous montre l'agencement, les unes par rapport aux autres, des définitions énoncées ci-dessus.

Schéma III : Continuum théorique du processus suicidaire



Ce schéma est une traduction adaptée de la figure présentée (page 31) dans le *Comprehensive Textbook of Suicidology* de Maris R. W., Berman A.L., Silverman M.M. (2000)

3.2 Quelques repères épidémiologiques⁴

3.2.1 Les mesures utilisées pour la quantification du problème

Au vu des définitions expliquées ci-dessus, le phénomène suicidaire ne se résume pas seulement au décès par suicide complété. Il faudra donc, pour quantifier cette complexité, recourir à plusieurs types de mesures. Ainsi on parlera de mortalité suicidaire, de morbidité suicidaire et de fréquence d'idéations suicidaires.

4 Plusieurs documents ont été utilisés pour la rédaction de cette partie. Citons, entre autres, le dossier sur le suicide en Région de Bruxelles Capitale (De Spiegelaere M., Wauters I., Haelterman E., 2003/04), le document français sur l'évaluation de la qualité des données de mortalité (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2003), le rapport des Centres collaborateurs de l'OMS sur la qualité des données de mortalité par suicide (WHO, 2002), l'article de Jouglu sur la qualité des données de mortalité sur le suicide (2002), l'article de Terra intitulé « les questions de santé publique et de recherche qui se posent dans le domaine de la prévention du suicide justifient-elles de nouveaux recueils de données ? » (2002).

× La mortalité suicidaire

La mortalité suicidaire objective le nombre de suicides complétés. Elle peut s'exprimer en taux standardisé de mortalité par suicide complété ou en pourcentage de mortalité attribuable au suicide. Le taux standardisé de mortalité par suicide complété est calculé en divisant le nombre de décès par suicides complétés recensés annuellement par le nombre de personnes présentes dans la population correspondante. Les sources sont donc pour le numérateur : les informations issues des certificats de décès, et pour le dénominateur les effectifs de population correspondants. La plupart du temps on utilise des taux de mortalité standardisés soit pour l'âge et/ou le sexe, c'est à dire des taux qui tiennent compte de la structure de la population par âge et/ou par sexe. Le pourcentage de mortalité attribuable au suicide représente quant à lui, la part de décès attribuable aux suicides complétés parmi la totalité des décès enregistrés au cours d'une année. On utilise souvent cet indicateur pour objectiver l'importance des suicides complétés au sein d'une catégorie d'âge.

Les données de mortalité, provenant essentiellement des bulletins statistiques de décès, sont à prendre avec une certaine réserve en ce qui concerne leur qualité. En effet, il est considéré, dans la plupart des pays, que le nombre de décès par suicide complété est sous-estimé. Plusieurs faits peuvent expliquer cette sous-estimation. Premièrement, il peut être difficile d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte (lors d'une noyade par exemple). Deuxièmement, certains accidents, tels un accident de la route ou une overdose, peuvent être des suicides déguisés. Troisièmement, dans certains milieux (les religions condamnent le suicide) et/ou dans certaines conditions (souscription d'une assurance), le suicide sera considéré comme problématique (tabou), le certificat de décès délivré par le médecin peut alors être falsifié au profit d'une cause naturelle de décès.

Au-delà de ce problème de qualité, il faut aussi noter, au niveau de la Communauté française, un certain retard dans le traitement des bulletins de décès. De fait, les dernières données de mortalité concrètement exploitables remontent à 1997.

✦ **La morbidité suicidaire**

La morbidité⁵ suicidaire, ou taux de tentatives de suicide, mesure l'ampleur des actes suicidaires n'ayant pas entraîné le décès de l'individu qui a posé le geste.

✦ **La fréquence des idéations suicidaires**

La fréquence des idéations suicidaires mesure le nombre de fois où les sujets pris en compte ont eu des idées de suicide. L'exemple type de question qui peut être posée pour mesurer cette fréquence est « avez-vous déjà pensé à mettre fin à votre vie ? ».

3.2.2 L'ampleur du problème

3.2.2.1 Au niveau international

D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (2002), environ 815.000 personnes dans le monde sont décédées par suicide en l'an 2000. Cela représente un taux de mortalité mondial annuel d'environ 14,5 pour 100.000 habitants ou un décès toutes les 40 secondes environ.

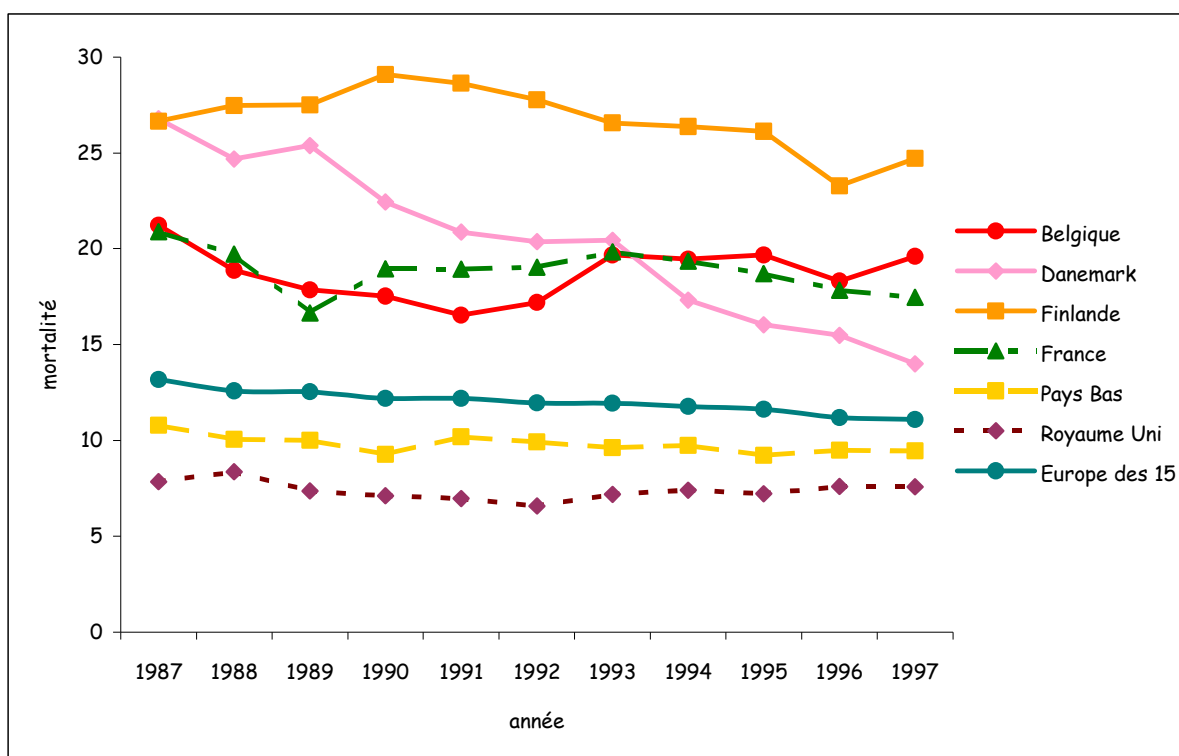
Si l'on observe la situation au niveau européen, la Belgique fait partie du groupe de pays de l'Union européenne à plus fort taux de mortalité par suicide. Dans ce groupe, se trouve notamment la Finlande, seul pays européen pour lequel le suicide constitue chez les jeunes de 15 à 24 ans la première cause de décès, avant les accidents de la circulation.

Les pays les plus méridionaux de l'Europe (Grèce, Portugal, Italie et Espagne) présentent les plus faibles taux de mortalité par suicide. En Grèce, par exemple, ce taux est de l'ordre de 3/100.000 habitants.

⁵ Classiquement, la morbidité se traduit en incidence ou en prévalence (instantanée ou de période). L'incidence d'un phénomène (ici la tentative de suicide) mesure la survenue du phénomène dans la population car ne sont pris en considération dans le calcul que les nouveaux cas apparus pendant l'intervalle de temps considéré. La prévalence fait référence à l'ensemble des cas qu'ils soient anciens ou nouveaux.

Le graphique I⁶ ci-après nous présente l'évolution, entre 1987 et 1997⁷, du taux de mortalité par suicide pour l'Europe des 15 ainsi que pour la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

Graphique I : Evolution, entre 1987 et 1997, du taux standardisé^[1] de mortalité par suicide (par 100.000 habitants) pour certains pays européens et évolution moyenne pour l'Europe des 15^[2]



[1] : le taux de mortalité standardisé pour l'âge représente ce que le taux brut de mortalité aurait été si la population avait eu la même distribution d'âge que la population standard européenne. [2] : moyenne établie sur base des taux standardisés des 15 pays membres (avant l'élargissement de mai 2004). Source : European Health for all database <http://data.euro.who.int/hfad/>

On observe donc que, quelle que soit l'année où l'on se situe, le taux standardisé de mortalité par suicide le plus élevé s'observe en Finlande. Il passe de 26,66/100.000 en 1987 à 24,71/100.000 en 1997 avec un pic à 29,09/100.000 en 1990. Au Danemark, ce taux n'a fait que diminuer durant cette période ; passant de 26,79/100.000 en 1987 à 13,99/100.000 en 1997. Le taux moyen européen est resté assez stable tout au long de

⁶ Nous avons choisi de ne présenter que quelques pays (aux taux de mortalité proche de la moyenne et au-dessus de celle-ci) pour ne pas surcharger le graphique et le rendre totalement illisible. Pour plus d'informations, nous renvoyons le lecteur à la base de données European Health for all database accessible gratuitement sur <http://data.euro.who.int/hfad/>

⁷ Nous avons choisi de ne présenter les données que jusqu'en 1997 puisqu'il s'agit de la dernière année disponible pour la Belgique.

cette période. Une légère diminution est cependant observée avec des taux standardisés passant de 13,18/100.000 en 1987 à 11,09/100.000 en 1997.

Alors que les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont des taux standardisés plus bas que la moyenne européenne, la Belgique et la France (qui ont des taux standardisés de mortalité par suicide assez proches) se situent au-dessus de celle-ci.

Le taux français a évolué de façon assez stable avec toutefois une légère diminution passant de 20,89/100.000 en 1987 à 17,47/100.000 en 1997. Enfin, pour la Belgique, on observe des taux variant de 21,23/100.000 en 1987 à 19,6/100.000 en 1997. Les taux les plus bas ayant été observés entre 1989 et 1992 (avec le taux le plus bas de 16,54/100.000 observé en 1991).

Si l'on observe la variation des taux en fonction des groupes d'âges usuels⁸ :

- **Chez l'enfant de moins de 15 ans**

Les taux par 100.000 sont globalement très faibles bien qu'en augmentation depuis environ 1960. Cette augmentation est associée à une puberté plus précoce. Ce fait s'observe aussi pour les comportements sexuels ainsi que la consommation d'alcool et/ou de drogues. Les taux les plus élevés sont observés en Nouvelle-Zélande, en Norvège et au Canada.

- **Chez les jeunes de 15 à 24 ans**

Dans la plupart des pays, le suicide est la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge (après les accidents de transports). Les taux les plus élevés sont observés en Europe de l'Est ainsi que dans les pays nordiques (Finlande, Danemark, Scandinavie). Les taux les plus bas sont observés dans le Sud de l'Europe et en Asie. Pour les jeunes femmes, c'est en Chine que s'observe le taux le plus élevé.

- **Chez les jeunes adultes de 25 à 44 ans**

Les taux les plus élevés sont observés en Europe de l'Est, en Finlande, mais aussi en Belgique. Les taux les plus bas sont observés dans le Sud de l'Europe, en Angleterre

⁸ Les informations de cette partie sont une synthèse de l'exposé de Danielle Saint-Laurent sur l'épidémiologie des comportements suicidaires, présenté dans le cadre de l'Université d'été de Besançon en France (voir les références complètes dans la partie bibliographie).

et aux Pays-Bas. C'est aussi en Chine que l'on observe les taux les plus élevés pour les femmes.

- **Chez les adultes de 45 à 64 ans**

Les taux les plus élevés pour les hommes s'observent en Europe de l'Est et au Japon. Globalement les taux les plus bas sont observés en Europe du Sud. Pour les femmes, les taux les plus élevés sont retrouvés en Chine, en Lituanie, en Finlande, au Japon mais aussi en Belgique.

- **Chez les personnes âgées de 65 ans et plus**

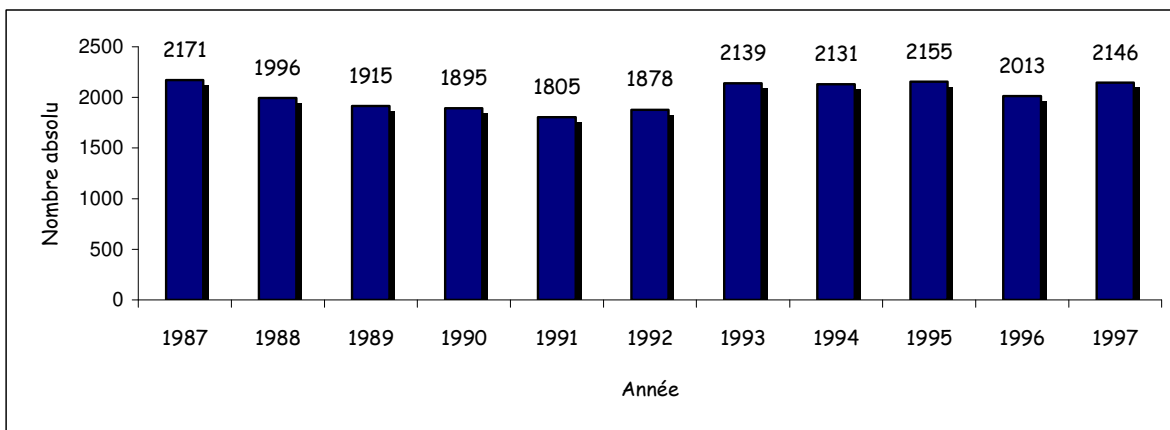
Chez les hommes, les taux les plus élevés sont observés en Europe de l'Est et de l'Ouest ainsi que dans quelques pays d'Asie comme la Chine et la Corée du Sud. Pour les femmes, l'Europe de l'Est et l'Asie présentent les taux les plus élevés (avec une différence marquée en Chine).

3.2.2.2 En Belgique

« Chaque jour en Belgique, 7 personnes se donnent la mort »⁹

Le graphique II ci-dessous présente l'évolution du nombre absolu de décès par suicide complété survenus sur l'ensemble du territoire belge entre 1987 et 1997.

Graphique II : Evolution, entre 1987 et 1997, du nombre absolu de suicides complétés pour toute la Belgique

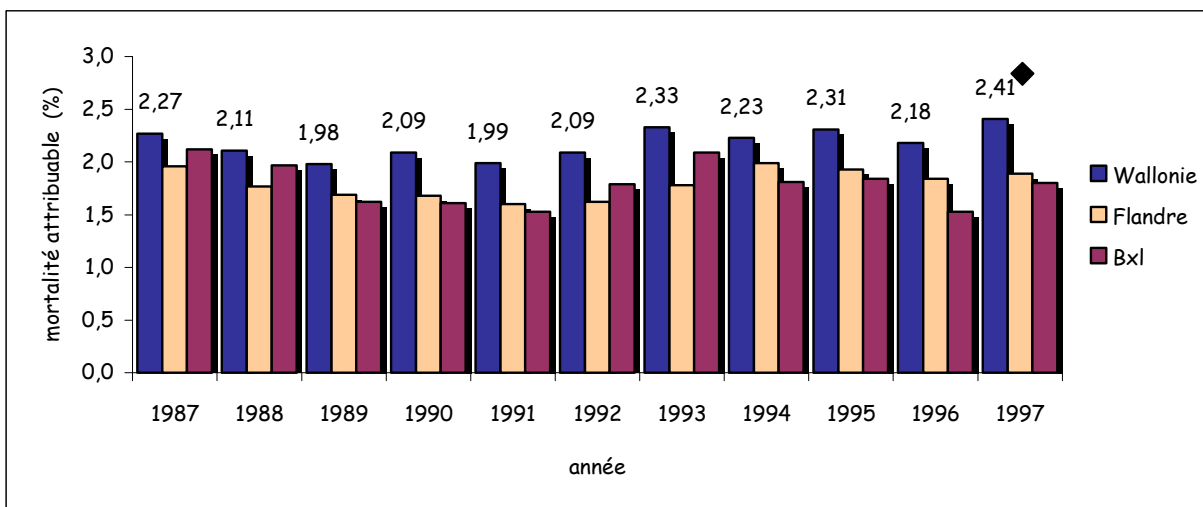


Source : données de mortalité 1987 – 1997
SPMA, Institut Scientifique de Santé publique <http://www.iph.fgov.be/epidemiology/spma/index.htm>

⁹ Lu sur la page d'accueil du Centre de Prévention du Suicide (<http://www.preventionsuicide.be>).

On observe qu'entre 1993 et 1997, le nombre de personnes qui se sont suicidées n'est pas descendu en dessous des 2000. Le pourcentage de mortalité attribuable au suicide est donc, pour cette période et pour toutes les catégories d'âges confondues, de l'ordre de 2%¹⁰.

Graphique III : Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide (en %), par Région et pour tous les âges confondus



Source : données de mortalité 1987 – 1997
 SPMA, Institut Scientifique de Santé publique <http://www.iph.fgov.be/epidemio/spma/index.htm>
 ◆ plage de données pour la Wallonie.

Si l'on compare les données de la Région wallonne aux parties flamande et bruxelloise du pays (graphique III ci-dessus), on observe que, toutes tranches d'âges confondues, la Région wallonne a, quelle que soit l'année considérée, un pourcentage de mortalité attribuable au suicide légèrement plus élevé qu'en Flandre ou qu'à Bruxelles.

La mortalité attribuable au suicide varie en fonction du groupe d'âge. En effet, si l'on observe les répartitions, entre 1987 et 1997, des décès par suicide complété au sein des différents groupes d'âges (tableau I ci-dessous), on constate que les tranches d'âges des 15-24 ans et des 25-44 ans présentent les proportions de décès attribuables au suicide les plus élevées. Chez les 15-24 ans, le suicide est la deuxième cause de mortalité après les accidents de transports. Chez les 25-44 ans, le suicide représente la première cause de décès avant, notamment, les cancers et les accidents de la circulation.

¹⁰ Ce qui signifie que sur 100 décès enregistrés, 2 sont attribuables à un suicide complété.

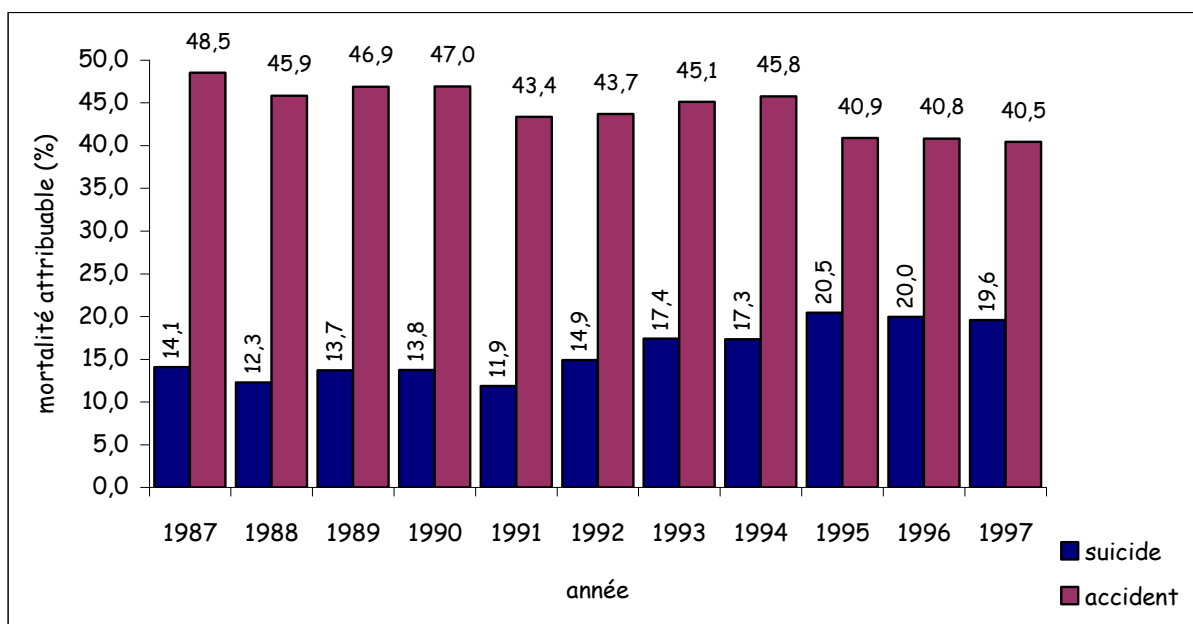
Tableau I : Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide (en %) par groupe d'âges, pour toute la Belgique

	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	Moyenne*
Total	2,09	1,92	1,79	1,82	1,73	1,80	2,01	2,05	2,05	1,93	2,07	2
1 - 14 ans	2,11	1,73	1,39	0,44	1,27	1,19	1,34	3,01	3,30	1,47	1,97	2
15 - 24 ans	14,09	12,28	13,72	13,76	11,91	14,91	17,41	17,34	20,45	19,95	19,60	16
25 - 44 ans	18,15	16,52	16,14	16,09	16,54	15,99	18,76	19,09	19,15	19,19	20,64	18
45 - 64 ans	3,95	3,61	3,34	3,36	3,24	3,51	4,29	4,02	4,25	4,09	4,77	4
65 ans & +	0,77	0,72	0,68	0,69	0,61	0,66	0,65	0,68	0,64	0,57	0,59	1

Source : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/spma/index.htm> , * Moyenne sur la période considérée

En effet, comme nous pouvons le voir dans le graphique IV présenté ci-dessous, la part de mortalité attribuable au suicide chez les 15-24 ans tourne aux alentours de 16% avec une tendance à l'augmentation depuis 1993. Ce qui signifie que sur 100 décès chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 16 sont le fait d'un suicide complété. La part de mortalité attribuable aux accidents de transports tourne, quant à elle, aux environs de 44% avec une légère diminution depuis 1995.

Graphique IV : Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide et aux accidents de transports (en %) pour les 15 - 24 ans

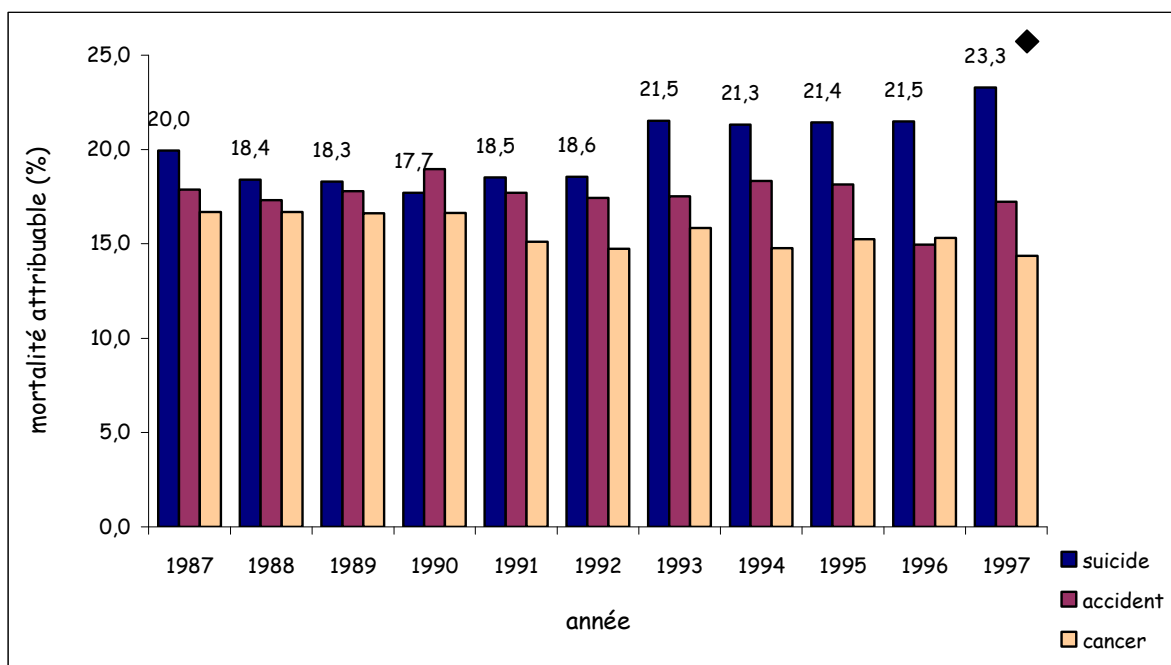


Source : données de mortalité 1987 – 1997

SPMA, Institut Scientifique de Santé publique <http://www.iph.fgov.be/epidemie/spma/index.htm>

Comme énoncé précédemment, on observe qu'entre 1987 et 1997 (l'année 1990 mise à part), le suicide était la première cause de mortalité pour les individus de sexe masculin âgés entre 25 et 44 ans; la deuxième cause étant les accidents de transports (voir le graphique V ci-après). De plus, on observe une certaine augmentation du problème depuis l'année 1993. En effet, la mortalité attribuable au suicide dans cette catégorie de population était, avant et jusqu'à 1992, aux environs de 18%; depuis 1993, ce pourcentage tourne aux alentours de 21,5% avec un pic observé en 1997 à un peu plus de 23%.

Graphique V : Evolution, entre 1987 et 1997, de la mortalité attribuable au suicide, aux accidents de transports et aux cancers (en %) pour les individus de sexe masculin âgés entre 25 et 44 ans



Source : données de mortalité 1987 – 1997

SPMA, Institut Scientifique de Santé publique <http://www.iph.fgov.be/epidemie/spma/index.htm>

◆ La plage de données correspond à la mortalité attribuable au suicide pour les individus de sexe masculin âgés entre 25 et 44 ans.

Comme il a été souligné lors de la présentation des définitions usuelles, le comportement suicidaire ne se limite pas à l'acte mortel ; les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont des paramètres entrant en compte dans la compréhension du phénomène. Dès lors, il est aussi important d'avoir des informations quantitatives (mais aussi qualitatives) sur ces deux aspects. En effet, il est établi que le fait d'avoir déjà commis une tentative de suicide est un facteur de risque important de récurrence.

Malheureusement, les données quantitatives relatives aux tentatives de suicide ne sont que très peu disponibles.

Toutefois, depuis octobre 2003, les **services des urgences de tous les hôpitaux de Belgique** sont tenus de collecter un minimum d'informations en ce qui concerne les patients qui y sont vus, dont notamment le motif de la visite, ventilé comme suit : accident, maladie, tentative de suicide et examen de contrôle. Les informations qui seront prochainement disponibles concerneront donc essentiellement les tentatives de suicide aboutissant à une consultation aux urgences, ce qui ne représente pas la totalité des tentatives de suicide, puisque certaines seront, soit constatées par un médecin généraliste, soit ne seront pas constatées du tout (aucun contact avec une structure de soin).

En ce qui concerne le recensement des tentatives de suicide par les médecins généralistes, seuls des enregistrements ponctuels sont réalisés par le **groupe des Médecins Vigies**¹¹.

Durant ces dix dernières années, le thème « suicide et tentatives de suicide » a été inclus à deux reprises dans l'enregistrement des médecins vigies : en 1993-1995 et en 2000-2001. Durant cette seconde période, 333 cas de tentatives de suicide ont été enregistrés par les médecins participants. La moyenne d'âge des individus concernés était de 36 ans. L'enregistrement des tentatives de suicide montre une réalité différente de celle observée pour les suicides complétés¹² : on note que pour 71/100.000 tentatives chez les hommes, le taux grimpe à 141/100.000 chez les femmes. Cette incidence, plus élevée, se marque surtout dans la tranche d'âge des 15 à 30 ans.

Si l'on observe la situation par région, on note en 2000-2001, une incidence des TS plus élevée en Wallonie qu'en Flandre. Ce taux annuel n'ayant pas changé de manière significative, ni en Flandre, ni en Wallonie, entre 1993-1995 et 2000-2001.

¹¹ L'enregistrement s'opère sur base d'un formulaire hebdomadaire. Sera enregistré comme un cas de tentative de suicide, toute action, avec ou sans issue fatale, d'automutilation ou d'auto-intoxication pour laquelle l'intervention du généraliste a été demandée comme premier soignant. Les cas qui ont été directement hospitalisés sans intervention du généraliste ne sont pas enregistrés, à l'exception de 1993-1995, et 2000-2001, où ils sont compris dans l'enregistrement (<http://www.iph.fgov.be/epidemiolo/morbidat/FR/MbFramFR.htm>).

¹² L'incidence annuelle de suicides complétés chez les hommes (35 pour 100.000) était plus élevée que chez les femmes (11 par 100.000 femmes) ($p < 0,001$), le taux de suicide complété étant particulièrement important chez les hommes âgés.

Comme nous l'avons abordé précédemment, l'auteur (Bossuyt N., 2003) souligne que les données récoltées et surtout celles concernant les tentatives de suicide, ont été probablement sous-estimées. D'abord, parce que les personnes n'ayant pas de médecin généraliste n'ont pas été reprises dans l'enregistrement, ensuite, parce que tous les médecins généralistes n'étaient pas nécessairement mis au courant de la tentative de suicide commise par un de leurs patients.

Certaines **études ponctuelles auprès de populations** spécifiques peuvent constituer une source de données. Citons par exemple, l'étude réalisée fin des années 90 par De Clercq M., Vranckx A., Navarro F. et Piette D. (1996) sur la santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale ou encore l'enquête ESA (Renard K., Senterre C., Piette D., 2003) réalisée auprès des jeunes scolarisés en Communauté française en 2003¹³.

La fiche Sanomètre, « Santé mentale des jeunes. Actualisation des données de 1994 » réalisée en 2005 (Godin I., Piette D., Kittel F., 2005) présente de manière synthétique les résultats du volet santé mentale de l'enquête ESA et les met en parallèle avec ceux récoltés lors de l'enquête de De Clercq M., Vranckx A., Navarro F. et Piette D. Un premier constat est que près d'un tiers des jeunes interrogés présentent un symptôme dépressif avec, comme observé en 1994, une différence importante entre garçons et filles : 19% chez les garçons et 39% chez les filles.

Si on observe la variation de ce sentiment dépressif en fonction de l'âge, il n'y a pas de modification chez les garçons mais chez les filles, la proportion augmente de manière considérable (29% pour les 14 ans et 49% pour les 17-18 ans).

En matière d'idéations suicidaires, 36% des jeunes interrogés ont affirmé avoir déjà pensé mettre fin à leur vie¹⁴ et 12% déclarent y avoir pensé plusieurs fois. Comme pour le sentiment dépressif, on observe, chez les filles, une augmentation significative en fonction de l'âge. En effet, pour les filles ayant déjà pensé plusieurs fois à se suicider, le taux passe de 7,7% chez les 14 ans à 19,0% pour les 17-18 ans. En 1994, le taux d'idéations suicidaires chez les jeunes filles de cette même tranche d'âge était de 10%. Pour les garçons, on n'observe pas d'augmentation marquée dans la fréquence des

¹³ Cette enquête comporte différents volets : un volet concernant les besoins en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle, un volet relatif au bien-être et à la santé mentale des jeunes et un volet concernant les acteurs dans ce domaine.

¹⁴ La question posée était « As-tu déjà pensé mettre fin à ta vie ? »

idéations suicidaires. Parmi les jeunes qui ont déjà eu au moins une fois des idées suicidaires, 31% disent déjà avoir fait une tentative de suicide. Si l'on observe la répartition par sexe, on note un ratio filles/garçons de 2,2.

Les données ci-dessus concernaient, la population scolarisée.

En 2002, une étude de population¹⁵ sur les croyances, attitudes et comportements en regard du suicide a été menée dans 4 pays dont la Belgique¹⁶ (Santos O., Sermeux G., Anelli M. *et al*, 2003). Si l'on regarde uniquement les résultats pour la Belgique, on note que 19% des personnes interrogées¹⁷ ont pensé à se suicider au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Parmi celles-ci, 42% n'en ont pas parlé autour d'elles. En terme de tentatives de suicide, 10% des belges interrogés disent avoir au moins une fois attenté à leur vie (avec 2% l'ayant fait durant les 12 mois précédant l'enquête) et un cinquième en a gardé des lésions physiques (parfois de nature irréversible). Notons aussi que parmi ces personnes ayant déclaré une tentative de suicide, 32% disent ne pas avoir été dirigés vers un professionnel de la santé après leur TS.

Cette étude met aussi en avant, quelques idées préconçues sur le phénomène suicide qu'il est important de souligner. En effet, 51% des répondants estiment que « les tentatives de suicide ont principalement pour but d'attirer l'attention » ; 45% pensent que « toute personne qui a eu un jour des idées suicidaires continuera à en avoir toute sa vie », 45% pensent aussi que « les personnes qui disent qu'elles vont se suicider passent rarement à l'acte » et enfin, ils sont 14% à croire que « le risque qu'une personne, ayant raté son suicide réessaye une seconde fois est minime ».

Notons, pour clôturer cette partie, que la Belgique participe à **l'étude multiculturelle SUPRE-MISS**¹⁸ de l'OMS qui a, entre autres, pour finalité de monitorer les tentatives de suicide dans le monde (WHO, 2002). Le site belge était jusqu'il y a peu l'Université de Gand. En effet, il existe un Registre des tentatives de suicide du côté flamand. Le projet a débuté en 1998 dans les services des urgences de 2 hôpitaux universitaires (Gand et Louvain) et de 4 autres hôpitaux (Brugge, Gand, Hasselt et Heusden).

¹⁵ Il s'agit d'une étude randomisée dont l'instrument de récolte d'informations était un questionnaire de 29 questions.

¹⁶ Les trois autres pays sont : l'Italie, le Portugal et l'Espagne.

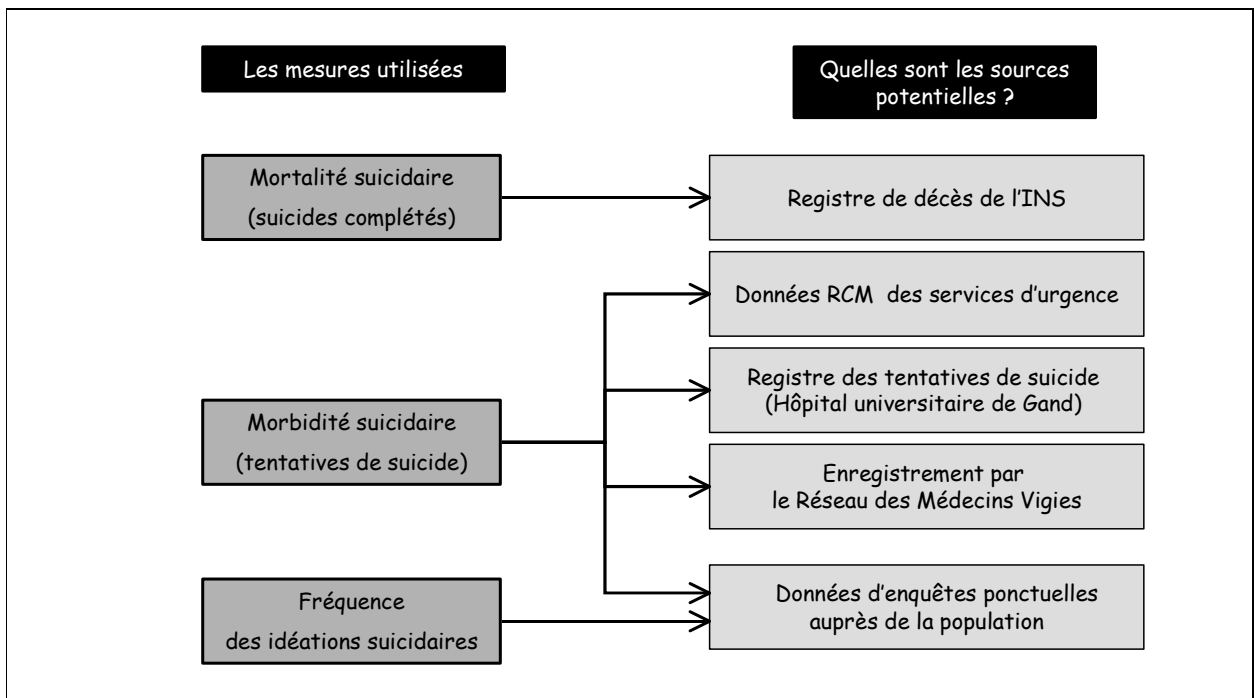
¹⁷ 2034 belges ont répondu au questionnaire. 62,4% sont des femmes.

¹⁸ Suicide PREvention - Multisite Intervention Study on Suicidal behaviours.

Les professionnels de santé remplissent un document lorsqu'une personne est admise aux urgences pour une tentative de suicide. Le formulaire est identique à celui utilisé pour l'étude de monitoring WHO/EURO Multicentre Study. A l'heure actuelle, c'est le site de Bruggman¹⁹ qui est devenu le site impliqué.

En résumé, le schéma IV ci-dessous synthétise les mesures habituellement utilisées et les sources de données potentiellement disponibles en Belgique pour objectiver le « phénomène suicide ».

Schéma IV : Les différentes sources potentielles de données en fonction des mesures considérées



¹⁹ Ainsi que les hôpitaux du groupe IRIS.

4 Les facteurs associés aux comportements suicidaires

« Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs. L'individu, son histoire, son environnement immédiat, son milieu social, composent une trame dont il est presque impossible de défaire les entrelacs. »²⁰

Dans leur *Comprehensive textbook of suicidology*, publié en 2000, Maris, Berman et Silverman ont, sur base d'une revue de la littérature, répertoriés plus de soixante facteurs de risque ainsi qu'une bonne dizaine de facteurs de protection associés²¹ aux tentatives de suicide et aux suicides. Les auteurs notent que ces deux listes ne sont certainement pas exhaustives, puisque de nouveaux facteurs sont encore actuellement investigués (notamment les facteurs génétiques et biologiques)²².

Au regard des différentes sources que nous avons consultées, nous avons pu observer plusieurs approches de ces facteurs associés, différant généralement en fonction de l'appartenance à une certaine discipline (psychiatrie, sciences humaines ou santé publique). En effet, l'épidémiologiste, le sociologue ou le psychiatre ne vont pas catégoriser ces facteurs de manière identique. Les deux approches que nous avons choisies de présenter seront nommées pour l'une approche « classique », et approche « dynamique » pour l'autre.

- ✓ **L'approche « classique »** où les facteurs associés sont généralement catégorisés en facteurs
- de risques individuels (psychiatriques / psychopathologiques),
 - socioculturels et environnementaux,
 - biologiques et génétiques,
 - de protection.

²⁰ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, « *S'entraider pour la Vie* » *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, 1998, Canada.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/index.html>

²¹ Les degrés d'associations varient en fonction du facteur considéré.

²² Les deux listes peuvent être consultées en annexe.

✓ L'approche « dynamique » où les facteurs associés sont catégorisés en facteurs

- prédisposants,
- contribuant,
- précipitants,
- de protection.

Avant de présenter chaque approche, quelques rappels et remarques préalables doivent être faits :

- * L'une des constatations les plus régulières est la plus forte représentation des hommes par rapport aux femmes dans les statistiques de décès par suicide (les données belges vont d'ailleurs aussi dans ce sens). Le rapport observé peut varier, selon les contextes du double au quadruple. Il est important de noter que lorsqu'on prend comme référence la tentative de suicide, le rapport s'inverse : on observe plus de tentative chez les femmes, en particulier à l'adolescence et au début de l'âge adulte, que chez les hommes.

Les explications possibles sont que :

- Les hommes ont plus souvent recours à des moyens plus violents et plus létaux que les femmes. Ceux-ci utiliseront plutôt les armes à feu ou la pendaison, tandis que les femmes auront la plupart du temps recours à l'ingestion médicamenteuse.
- Les femmes ont une implication plus grande dans la vie familiale, ce qui semble prévenir l'isolement social et affectif.
- Les hommes ne bénéficient pas d'un réseau de soutien aussi important que les femmes.
- Les hommes ont plus difficile à demander de l'aide lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité (solitude émotionnelle ou découragement) et utilisent moins les services d'aide et/ou médicaux disponibles.

Des statistiques de consultations médicales et psychologiques ont montré une plus grande utilisation des services par les femmes bien que celles-ci ne présentent pas de taux de problèmes psychologiques significativement plus élevés.

- Les femmes sont moins vulnérables à la solitude et à la rupture.
 - Les hommes semblent avoir des comportements plus impulsifs.
- ✖ Le taux de suicide²³ augmente avec l'âge. On observe une augmentation pour les hommes de 15 à 24 ans puis pour les 25-34 ans. Entre 35 et 74 ans, l'augmentation est moins marquée. Au-delà de 75 ans, les taux sont très élevés²⁴.
 - ✖ Les facteurs associés ne sont pas spécifiques aux comportements suicidaires mais peuvent être associés à d'autres problématiques. De plus, on est face à un cumul de facteurs, c'est à dire face à des facteurs liés les uns aux autres. On pourrait donc parler de « caractéristiques liées à un risque accru de comportement suicidaire ». L'extrait ci-dessous, traitant du phénomène suicidaire chez l'adolescent, résume bien nos propos.

« Les éléments que nous venons de décrire [l'auteur cite une large série de facteurs de risque] ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques, ni exceptionnels pris isolément. Ils font même souvent partie intégrante de la réalité de l'adolescent. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme rupture au comportement habituel qui doivent alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire » (Renard C., 2002²⁵)

- ✖ La catégorisation des facteurs de risque se fait en général en fonction de son utilisation en terme de prévention.

4.1 L'approche classique

Pour rappel, le concept de facteur de risque fait référence, au sens strict du terme, à une variable corrélée statistiquement à la survenue d'un phénomène.

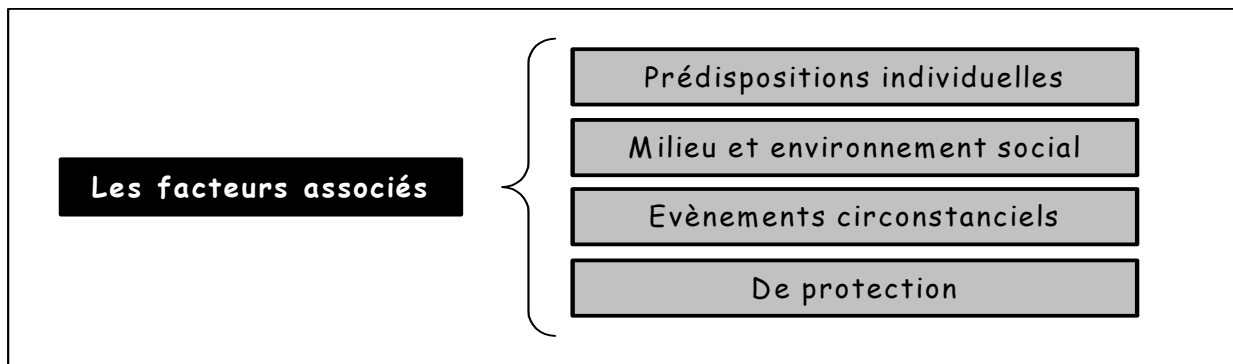
²³ Pour rappel : le taux de mortalité par suicide s'exprime en nombre annuel de suicides pour 100.000 habitants. La mortalité attribuable au suicide représente le poids du suicide dans la mortalité générale

²⁴ Bien que les taux soient généralement élevés chez les personnes âgées, le nombre absolu des cas sont plus nombreux dans les groupes d'âges plus jeunes.

²⁵ Cité par Cherbonnier A., Kinna F. et Dubois S. dans un article de 2003

Comme nous le montre le schéma V ci-dessous, les facteurs probants²⁶ associés aux comportements suicidaires peuvent donc être classés en 4 catégories.

Schéma V : Les 4 catégories utilisées dans le cadre de l'approche « classique » des facteurs associés aux comportements suicidaires



4.1.1 Les facteurs associés aux prédispositions individuelles

- **Avoir déjà eu des comportements suicidaires** (avoir fait une tentative de suicide) est le facteur le plus associé aux comportements suicidaires. Le risque est le plus élevé dans la première année qui suit directement la première manifestation (Batt A. *et al*, 1998)²⁷. Dans les études référencées par Harris et Barraclough (1997), l'existence de tentatives de suicides antérieures augmente de 40% en moyenne le risque de suicide (cité par Batt A., 2000).
- **Les facteurs psychiatriques.**
 - ✗ Il est important de noter que pratiquement tous les troubles mentaux sont associés avec les comportements suicidaires. Dans leur méta-analyse portant sur 44 troubles, Harris et Barraclough (1997) ont recensé 36 associations significatives mais le risque varie de façon notable en fonction du trouble considéré.
 - ✗ La dépression est le trouble mental le plus associé (les résultats d'étude donnent des pourcentages allant de 65% à 90%²⁸). On observe toujours plus d'hommes que de femmes qui se suicident bien que celles-ci soient plus sujettes à la dépression.

²⁶ C'est à dire mis en évidence par des études épidémiologiques

²⁷ Certains experts ont mis en évidence que c'est surtout les 6 premiers mois qui suivent la première manifestation.

²⁸ Les études ont montré que pour 100 comportements suicidaires, la dépression était présente chez 65 à 90 individus.

Mais il a été démontré qu'une femme recherchera plus facilement de l'aide qu'un homme. La dépression est aussi souvent un symptôme de comorbidité d'autres troubles psychiatriques (schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles anxieux et/ou usages de substances psychoactives) ou somatiques (maladies chroniques sévères, cancer, SIDA etc.). En conséquence, la signification du comportement suicidaire va bien au-delà du seul symptôme de dépression.

- ✖ Le désespoir (hopelessness) est un des médiateurs entre la dépression et l'intention suicidaire. Les mécanismes psychologiques qui interviennent dans ce processus sont la rigidité cognitive et l'incapacité à résoudre les problèmes de la vie courante. Mais le passage du désespoir aux intentions suicidaires n'est pas systématique, il dépend de la présence de certains facteurs de risque et/ou de la présence / absence de facteur de protection (le support social semblant intervenir le plus fréquemment).
- ✖ Sont donc aussi associés : les troubles de l'alimentation (anorexie et/ou boulimie), les troubles bipolaires (individu maniaco-dépressif), la schizophrénie (le suicide constitue une suite fréquente de la schizophrénie), l'anxiété et les troubles de l'adaptation, du comportement et de la personnalité, les dispositions psychologiques telles l'impulsivité et l'agressivité.
- ✖ L'abus de substances (alcool et drogues).

Les diagnostics d'abus et/ou de dépendances aux substances sont fortement associés aux comportements suicidaires. De plus, les analyses toxicologiques faites directement après le comportement suicidaire montrent qu'une proportion importante d'individus sont sous influence de drogues et/ou d'alcool au moment de poser leur geste.

Comme souligné un peu plus haut dans le texte, il existe une comorbidité importante entre dépression et abus de substances. La consommation excessive d'alcool peut conduire directement ou indirectement à la dépression à cause du sentiment de déclin et d'échec que peut ressentir un individu du fait de sa dépendance alcoolique. La consommation excessive d'alcool peut s'avérer être une auto médication pour lutter contre une dépression. La consommation d'alcool et la dépression peuvent être la résultante de la présence d'évènements stressants dans la vie de l'individu.

▪ Les **facteurs biologiques et génétiques**.

- ✗ Il existe un lien entre le déficit en sérotonine au niveau cérébral et le risque de présenter des comportements suicidaires.
- ✗ De plus en plus de travaux montrent une corrélation entre l'abaissement du taux de cholestérol et l'accroissement des taux de morts violentes dont les suicides. Les récents travaux de Garland *et al* (2000) relient l'abaissement du taux de cholestérol avec les mécanismes psychologiques de l'impulsivité et de l'agressivité ; ces deux mécanismes étant eux-mêmes corrélés aux comportements suicidaires.
- ✗ L'hérédité de certains problèmes graves de santé mentale peut avoir une influence sur les comportements suicidaires.
- ✗ Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, les événements de vie stressants augmentent le risque de faire une dépression. Une certaine prédisposition génétique pourra augmenter le risque que ces événements aient des effets néfastes.

4.1.2 Les facteurs associés au milieu et à l'environnement

- L'orientation sexuelle peut avoir un lien avec un risque accru de comportement suicidaire, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes.
- L'histoire familiale : il y a augmentation du risque suicidaire à l'adolescence et à l'âge adulte lorsqu'il y a des antécédents d'abus (sexuels), de négligence et/ou de violence (morale et/ou sexuelle).
- Un historique de comportements suicidaires dans la famille peut augmenter le risque chez l'individu.
- La perte d'un parent pendant l'enfance.
- L'isolement social.
- Le divorce comme les situations de séparation (deuil, séparation, veuvage) sont corrélés positivement²⁹ avec les comportements suicidaires. Il semblerait que la séparation ait un impact plus faible sur les femmes.

²⁹ Corrélation positive signifie que lorsque l'un (le facteur étudié) augmente, l'autre (le comportement) augmente aussi. Par contre « corrélation négative » signifie que pour une augmentation de l'un on observe une diminution de l'autre.

- Le chômage a longtemps été considéré comme un facteur associé aux comportements suicidaires mais celui-ci est actuellement controversé.
- La part des variables économiques : le fait d'habiter dans un quartier « défavorisé », défini par un fort taux de chômage, des bas revenus, une faible dépense publique pour l'éducation et des conditions de vie exiguës sont corrélés positivement avec un plus fort taux de suicides.
- les moyens auxquels on a accès pour se suicider (armes à feu, gaz toxiques, médicaments, pesticides)

4.1.3 Les facteurs associés aux évènements circonstanciels

- Perdre son « rôle social »³⁰.
- Etre confronté à des situations pénibles et stressantes.
- Les situations humiliantes et/ou la perte d'un objet auquel l'individu tenait.
- Subir un échec (travail, école etc.)
- La fin d'une relation avec une personne importante

4.1.4 Les facteurs de protection

Il s'agit de facteurs qui, lorsqu'ils sont présents, protègent l'individu des comportements de violence contre lui-même.

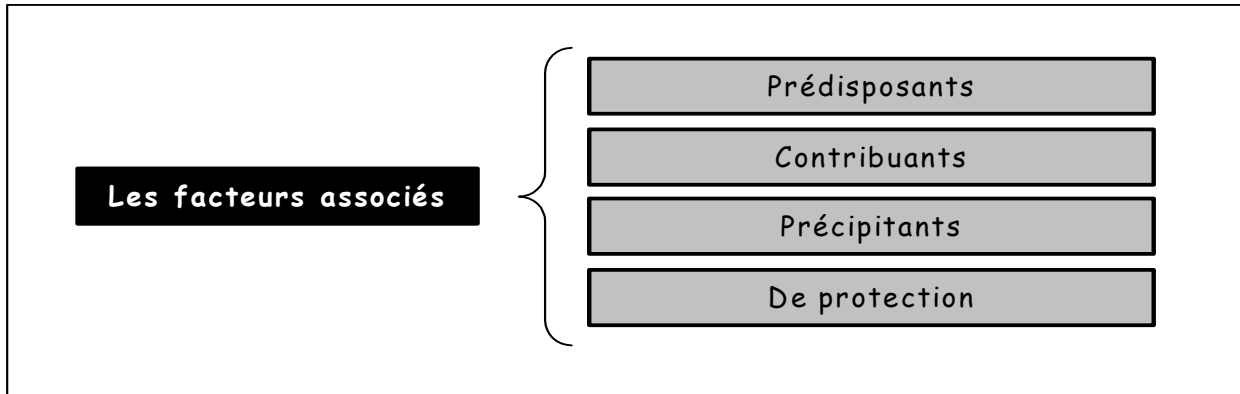
- Importance du support social (présence d'une famille, proximité d'amis ou de proches pouvant être facilement contactés). Le fait de ne pas vivre isolé est aussi un facteur déterminant.
- Être dans une relation maritale stable (bien que cela puisse fortement varier d'un individu à l'autre) ou avoir le support d'un partenaire amoureux.
- Avoir la responsabilité d'un ou de plusieurs enfants. En effet, le mariage et le taux de naissance sont corrélés négativement avec le suicide.
- Adhérer à une religion.
- Etre en bonne santé mentale.

³⁰ Les femmes semblent avoir généralement un plus grand investissement social au contraire des hommes

4.2 L'approche dynamique³¹

Il y a dans cette approche une notion de « continuum intégratif » c'est à dire que chacun de ces facteurs est en interrelation complexe et dynamique. Le schéma VI ci-dessous nomme les 4 types de facteurs considérés.

Schéma VI : Les 4 catégories utilisées dans le cadre de l'approche « dynamique » des facteurs associés aux comportements suicidaires



4.2.1 Les facteurs de prédisposition :

« une porte ouverte à la vulnérabilité »

Puisqu'on se situe dans une approche d'interrelation complexe et dynamique, ces facteurs de prédisposition constituent donc des éléments pouvant contribuer, dans certaines circonstances, à favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de facteurs précipitants. Il peut s'agir du fait d'avoir déjà fait une tentative de suicide et/ou d'avoir des antécédents de suicides et/ou de tentatives de suicide dans l'entourage proche ; d'avoir subi au cours de sa vie des pertes parentales précoces, des carences affectives, des violences, de la maltraitance ou des sévices ; de souffrir d'alcoolisme et/ou de toxicomanie ; d'avoir des antécédents de maladies mentales, dont une dépression, un trouble bipolaire, la schizophrénie ou un trouble de la personnalité limite.

³¹ Cette notion est inspirée des Actes de la journée sur la prévention du suicide chez les jeunes (Direction des Communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000) et de l'ouvrage sur la Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales (CFES, 2001).

Notons que de ces maladies mentales, c'est le plus souvent la dépression qui est incriminée. Toutefois, cela ne signifie pas que toutes les personnes dépressives sont suicidaires.

4.2.2 Les facteurs de contribution :

« l'exacerbation des risques existants »

Les facteurs de contribution accroissent l'exposition de la personne aux facteurs de prédisposition. Ceux-ci peuvent comprendre la maladie physique, les comportements de prise de risques, la consommation d'alcool et/ou de drogues, les problèmes d'identité sexuelle, l'isolement social, l'instabilité familiale, le suicide d'un proche et/ou l'incapacité à faire face aux situations problématiques.

4.2.3 Les facteurs précipitants :

« la goutte qui fait déborder le vase »

On appelle facteurs précipitants des circonstances qui précèdent de peu le passage à l'acte. Il s'agit parfois d'événements anodins mais qui revêtent une importance d'autant plus grande pour la personne qu'ils réactualisent, à un moment donné, des problématiques liées au passé. Une fois de plus, la présence de certains facteurs de prédisposition et de contribution vont plus ou moins interagir avec ces facteurs précipitants.

Il s'agit essentiellement de faits de vie négatifs, tels un conflit interpersonnel, une humiliation, une séparation, la perte d'un statut social, ou un échec. Ces événements constituent des événements stressants induisant une grande souffrance psychique que l'individu ne parvient pas à surmonter.

4.2.4 Les facteurs de protection :

« la réduction du risque »

Comme cité précédemment, les facteurs de protection sont ceux qui diminuent le risque de comportement suicidaire.

Citons comme exemples : l'adaptation personnelle, la tolérance à la frustration, la maîtrise de soi, la bonne estime de soi, avoir la capacité de faire face aux situations, avoir des comportements de recherche d'aide ou adaptés à la situation³², avoir des attentes positives pour l'avenir, avoir le sens de l'humour, jouir d'un certain bien-être affectif ainsi que différentes sources de plaisirs gratifiants, avoir un soutien familial et social de bonne qualité, avoir des enfants, appartenir à un groupe, avoir des relations amicales diversifiées, participer à des activités communes, avoir un bon sommeil et un régime alimentaire équilibré, vivre dans un environnement exempt de drogues et exempt de moyens létaux.

Voici comme exemple, le tableau de facteurs associés (voir tableau II, p. 47) qui a été construit par le groupe de travail en Colombie-Britannique pour comprendre et orienter les actions à mettre en place en prévention du suicide chez les jeunes. Cette nation a choisi d'orienter ses actions vers les jeunes parce que les adolescents³³ constituent un groupe particulièrement à risque, surtout en terme de morbidité suicidaire.

En effet, au-delà du fait que le suicide complété représente la deuxième cause de mortalité au sein de ce groupe, les adolescents sont particulièrement à risque en matière de comportements suicidaires non fatals³⁴ (tentative de suicide, comportements suicidaires indirects et idéations suicidaires). Il est vrai que l'adolescence est une période de grands bouleversements, tant physiques que psychologiques. Mais même si la plupart des jeunes passent de l'enfance à l'âge adulte sans éprouver de graves problèmes, beaucoup passeront malgré tout par une phase de mal-être.

Dans ce « contexte particulier », les facteurs associés tant aux prédispositions individuelles qu'à l'environnement, auront donc une connotation spécifique. Si l'on s'intéresse à l'environnement social, par exemple, il a clairement été établi que les relations familiales jouaient un rôle essentiel dans le processus suicidaire (→ influence de l'environnement familial).

³² On utilise souvent le terme de coping (qui vient de l'anglais to cope : faire face).

³³ Il y a quelques années le suicide des jeunes ne se référait qu'à la population adolescente. Aujourd'hui dans de nombreuses enquêtes, il est souvent question des jeunes jusqu'à 25 ans.

³⁴ Pour rappel, 11% de l'échantillon de jeunes interrogés dans le cadre de l'enquête ESA, déclarent avoir déjà fait (au moins) une tentative de suicide.

Des récits d'histoires familiales chaotiques ponctuées de nombreux exemples d'abus, de violences et de négligence sont souvent observés chez les individus ayant posé un acte suicidaire.

L'environnement scolaire, lui, constitue un environnement important qui influence le bien-être des jeunes. Les problèmes éprouvés à l'école et le stress attribuable aux changements d'établissements scolaires, l'échec scolaire et le stress associé aux pressions pour réussir à l'école sont autant de facteurs qui augmentent le risque suicidaire.

A côté de cela, notons que le rejet par les pairs, la perte d'une relation significative ou la perte d'un confident constituent des facteurs augmentant le risque suicidaire. Cette importance des pairs, implique un risque de contagion (risque élevé de comportements suicidaires dans l'entourage de la personne décédée) lorsqu'un suicide survient au sein d'un groupe.

Tableau II : Modèle de la Colombie Britannique : facteurs associés aux comportements suicidaires en fonction du niveau d'action considéré (Cité par Lévesque L., Roy F., Raymond S., 1999)

	Facteurs prédisposants	Facteurs contribuant	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> * TS antérieures * Dépression, problèmes psychiatriques * Deuil prolongé ou non résolu 	<ul style="list-style-type: none"> * Style cognitif rigide * Faible capacité d'adaptation * Abus de substances * Difficulté d'orientation sexuelle * Impulsivité * Hypersensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> * Echec personnel * Humiliation * Traumatisme individuel * Crise développementale 	<ul style="list-style-type: none"> * « Tempérament facile » * Habilité de résolution de problèmes * Autonomie * Expérience dans la maîtrise de soi * Optimisme * Sens de l'humour
Famille	<ul style="list-style-type: none"> * Antécédents suicidaires familiaux * Violence/abus dans la famille * Problèmes psychiatriques dans la famille * Séparation/deuil durant l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> * Abus de substances dans la famille * Instabilité familiale * Conflits familiaux persistants 	<ul style="list-style-type: none"> * Perte d'un membre significatif dans la famille * Décès, spécialement par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> * Relations familiales chaleureuses et favorisant l'appartenance * Modèles d'adultes équilibrés * Attentes élevées et réalistes
Pairs	<ul style="list-style-type: none"> * Isolement social et aliénation 	<ul style="list-style-type: none"> * Attitude négative des jeunes face à la recherche d'aide * Modeling de comportements inadaptes des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> * Moquerie, cruauté * Perte d'amis, de réseau, rejet * Décès, surtout par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> * Habilités sociales * Modèles de pairs sains * Acceptation et soutien
École	<ul style="list-style-type: none"> * Longue histoire d'expérience scolaire négative (échecs) * Absence de liens significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> * Coupure durant les étapes de transition à l'école * Hésitation / incertitude dans l'aide du personnel scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> * Echec, expulsion * Crise disciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> * Adultes qui croient en eux * Implication des parents * Encouragement à participer
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> * Acceptation, banalisation du suicide * Marginalisation * Absence d'engagement politique 	<ul style="list-style-type: none"> * Traitement sensationnaliste dans les médias * Accessibilité aux moyens * Incertitude des personnes relais à aider * Ressources peu accessibles * Pauvreté économique 	<ul style="list-style-type: none"> * Décès d'une célébrité, surtout par suicide * Conflit avec la loi, incarcération 	<ul style="list-style-type: none"> * Possibilité de participation * Espoir en l'avenir * Solidarité communautaire * Disponibilité des ressources

5 La modélisation théorique du processus suicidaire

« Les modèles fournissent une façon efficace et aidante de comprendre un problème complexe comme le comportement suicidaire »³⁵.

Dans les chapitres abordés précédemment, nous avons déjà pu nous rendre compte de la complexité du « phénomène suicide ». En effet, comme nous l'avons mis en évidence grâce aux définitions et au schéma de continuum suicidaire, le phénomène suicide ne se limite pas à l'acte mortel. Il est en réalité composé des idéations et des intentions suicidaires, ainsi que des comportements suicidaires indirects et des tentatives de suicide. Néanmoins, au-delà de ces notions relativement bien définies, il est difficile lorsque l'on souhaite décrire un processus suicidaire (que se passe-t-il pour qu'un individu dans un état de relatif bien-être en arrive à envisager le suicide comme une solution possible ?), de donner aux différentes étapes des frontières bien tranchées puisque chaque sujet va suivre un cheminement qui lui est propre et dont les expressions seront loin d'être standardisées.

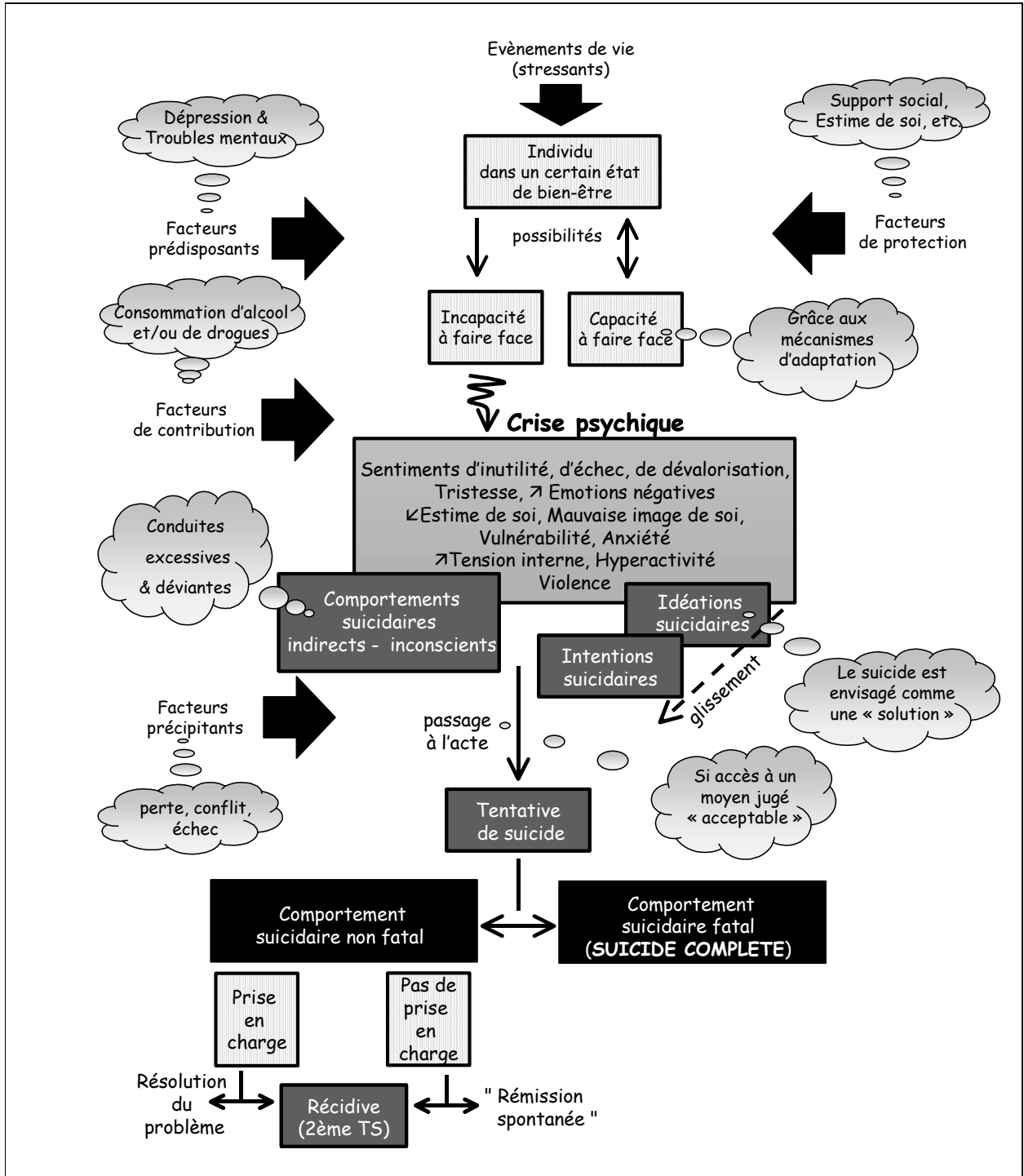
Toutefois, la modélisation permet **1/** une lecture chronologique du continuum suicidaire, **2/** de voir d'un seul coup d'œil les données importantes à considérer, **3/** de prioriser les interventions à mettre en place.

Dans le cadre de notre recherche, ce modèle (voir le schéma VII) va donc permettre non seulement de présenter le cheminement qui conduit un individu d'un état de bien-être à la tentative de suicide et au suicide complété et de mieux visualiser les actions de prévention et d'intervention possibles, mais aussi, **dans le cadre, précis, de notre état des lieux de l'existant en Belgique et plus précisément en Communauté française :**

- ⇒ d'articuler les acteurs identifiés en fonction de leur niveau d'intervention
- ⇒ de mettre en évidence les zones d'intervention où pourront s'appliquer les compétences propres aux trois niveaux de pouvoir
- ⇒ de visualiser les forces et les manquements en matière de prévention

³⁵ Lévesque L., Roy F., Raymond S. parlant du modèle de la Colombie-Britannique (1999).

Schéma VII : Modélisation psychodynamique³⁶ du processus suicidaire³⁷



Voir l'explication du modèle ci-après³⁸.

³⁶ Dans l'approche psychodynamique, on considère la tentative de suicide comme la manifestation d'une crise et non comme une pathologie en elle-même. A l'opposé, dans l'approche psychopathologique, le passage à l'acte suicidaire peut être considéré comme l'expression d'une forme de pathologie mentale.

³⁷ Ce modèle a été validé par Brian Mishara, Directeur de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide, Professeur au Département de Psychologie de l'Université de Montréal, Directeur du Centre de Recherches et d'Interventions sur le Suicide et l'Euthanasie (CRISE) et Président de l'Association Internationale pour la Prévention du suicide.

En principe, l'individu se trouve la plupart du temps dans un **état de relatif bien-être**.

Lorsqu'il est soumis à des événements stressants, les mécanismes d'adaptation acquis au fil du temps et des expériences (capacités à faire face) permettent de maintenir un état d'équilibre et de ramener la situation « à la normale » (les facteurs de protection, tels l'estime de soi et le support social facilitent ces capacités à faire face).

Par contre, il est des situations où les mécanismes d'adaptation ne sont pas suffisants ou ne sont pas assez développés (moins de mécanismes d'adaptation possibles c'est à dire moins de solutions envisageables). Cette perte de capacité à faire face va mettre l'individu en situation de faiblesse (la présence de facteurs prédisposants tels la dépression ou les troubles mentaux va amplifier cette situation de faiblesse). L'individu va donc voir sa tension interne augmenter et va se retrouver confronté à un ensemble d'émotions négatives (tels la baisse de l'estime de soi, la tristesse, les sentiments d'inutilité et de dévalorisation, etc.). On dit alors que l'individu est en « **crise psychique** ». A ce stade, la réalité s'altère et les problèmes semblent insurmontables (les facteurs de contribution comme l'alcoolisme et la toxicomanie vont amplifier le phénomène), l'individu glisse un peu plus dans la confusion émotionnelle et la désorganisation.

Cela se traduit dans un premier temps par des **idéations suicidaires**, c'est à dire que le suicide est là, réellement entrevu comme une solution possible pour s'en sortir.

Ces idéations se transformant (l'intervalle de temps varie d'un individu à l'autre) petit à petit en **intentions suicidaires** (l'individu commence à élaborer un plan pour mettre un terme à sa vie, il envisage les différents moyens qu'il juge acceptable, etc.).

³⁸ Pour l'explication, nous nous sommes fortement inspirés de la définition de l'approche psychodynamique développée dans l'ouvrage relatif à la prévention primaire du suicide des jeunes, édité par le Comité Français d'Education pour la Santé, maintenant nommé Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (INPES) (voir les références complètes dans la partie bibliographie).

Dans un même temps, l'individu pourra exprimer des **comportements suicidaires indirects** par le biais de conduites excessives et déviantes³⁹ (telles les prises de risque au niveau sexuel ou le comportement irresponsable sur les routes etc.).

Survient alors un événement qui constituera pour l'individu en souffrance la goutte faisant déborder le vase (la plupart du temps ce facteur déclencheur sera jugé comme anodin par l'entourage), l'individu n'a plus d'autre alternative que de passer à l'acte et d'attenter à sa vie à l'aide du moyen qu'il aura jugé acceptable et suivant le plan qu'il aura élaboré lorsqu'il était en phase d'intentions suicidaires.

Cette **tentative de suicide** aboutira soit, à un **comportement suicidaire fatal** c'est à dire qu'il y aura suicide complété (décès de l'individu) soit à un **comportement suicidaire non fatal** où l'individu sera pris ou non en charge.

Cette étape de prise en charge est d'une extrême importance puisque l'on sait que le fait d'avoir déjà attenté à ses jours est le facteur prédisposant le plus corrélé avec une nouvelle⁴⁰ tentative de suicide (pour rappel des études ont montré que parmi les personnes décédant des suites d'un comportement suicidaire fatal, environ 40% avaient déjà posé un acte autodestructeur (Hawton K., Van Heeringen K., 2000). La prise en charge au sein de structures compétentes et adaptées va donc s'avérer essentielle.

L'individu pris en charge aboutira donc (après une période plus ou moins longue) à une résolution totale ou partielle de sa crise et pourra retrouver un état de « relatif » bien-être⁴¹.

³⁹ Certaines personnes passeront d'abord par le stade de conduites déviantes avant d'avoir des idées conscientes de suicide qu'elles transformeront ensuite en intentions suicidaires.

⁴⁰ Souvent dans l'année de la première tentative.

⁴¹ Pour certains, une « rémission spontanée » (retour à l'équilibre sans aide extérieure) pourra avoir lieu (fait assez rare).

6 Les différents concepts de prévention

6.1 Le concept traditionnel de prévention primaire, secondaire et tertiaire

Le tableau III ci-dessous fait le parallèle entre la définition classique du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire et la définition telle qu'elle est adaptée dans le rapport mondial OMS sur la violence et la santé.

Tableau III : Parallèle entre la définition classique de prévention primaire, secondaire et tertiaire et la définition telle qu'elle est adaptée dans le rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé

Modèle traditionnel ⁴²	définitions du Rapport OMS ⁴³
prévention primaire	
comprend les mesures applicables à une maladie ou à un groupe de maladies pour en bloquer les causes avant qu'elles n'agissent sur l'homme ; en d'autres termes, pour empêcher la survenue de la maladie	visé à prévenir la violence avant qu'elle ne se produise
prévention secondaire	
comprend les mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès	met l'accent sur les réponses les plus immédiates à la violence, comme les soins pré-hospitaliers ou les services d'urgence
prévention tertiaire	
comprend l'ensemble des mesures visant à permettre aux personnes handicapées de recouvrer leurs fonctions initiales ou d'utiliser au maximum les capacités qui leur restent ; la réadaptation comprend à la fois des interventions individuelles et des actions sur l'environnement »	concerne les soins à long terme après la violence

⁴² Suivant la définition classique de l'OMS.

⁴³ Voir les références complètes dans la partie bibliographie.

Dans le cadre de la prévention du suicide, si l'on simplifie les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire au concept temporel : « avant l'évènement » - « l'évènement » - « après l'évènement », on se retrouve confronté, comme cela était le cas pour les catégorisations des facteurs associés, à des approches différentes. Selon l'appartenance à une certaine discipline (psychiatrie, sciences humaines ou santé publique), l'évènement de référence pris en compte ne sera pas le même.

Le schéma VIII et le tableau IV ci-dessous illustrent ce fait.

Schéma VIII : Mise en évidence des variations entre l'approche « médicale » et l'approche « de santé publique » dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire

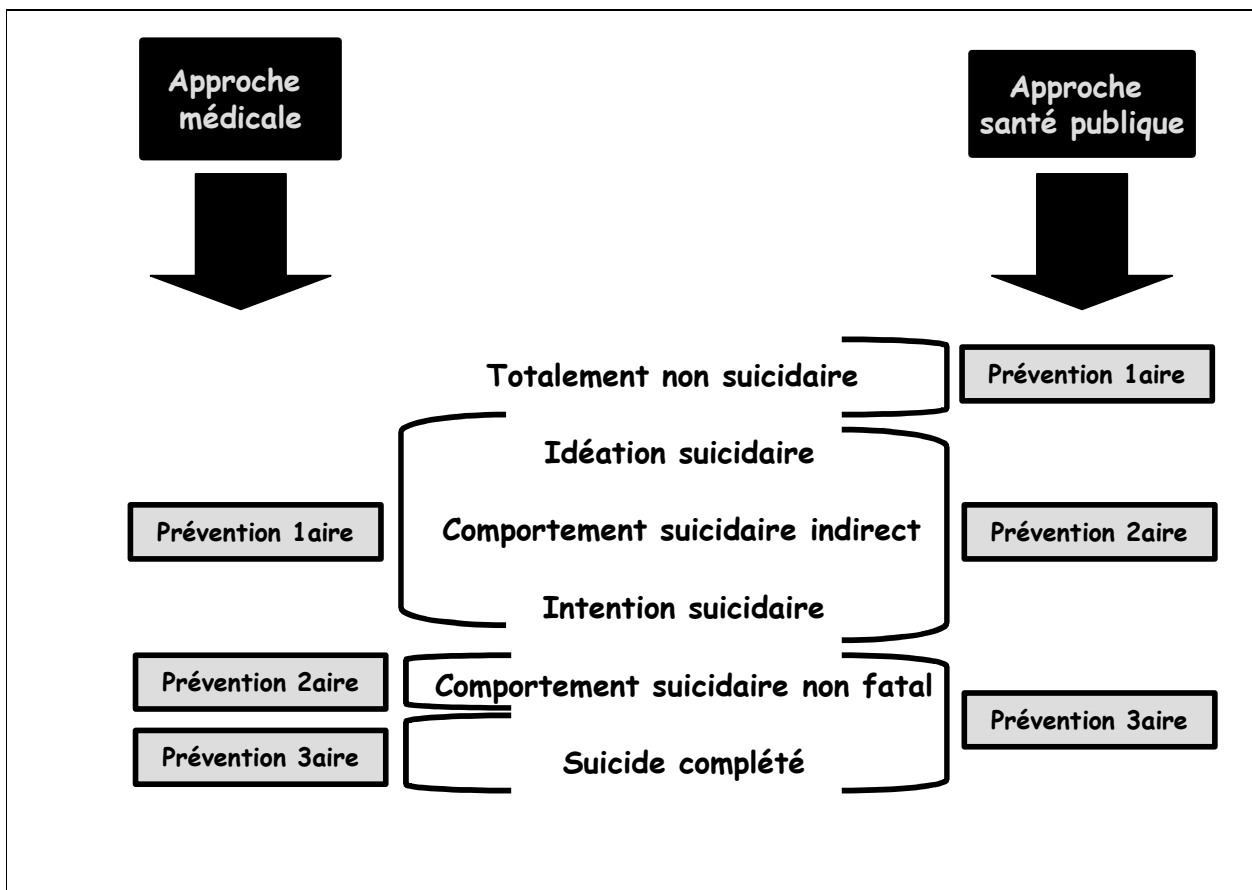


Tableau IV : Comparaison de l'approche « médicale » et de l'approche « de santé publique » dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Approche « médicale » ⁴⁴	essaie de minimiser les risques de recours au suicide. Cela implique le traitement précoce et adéquat de tous ceux qui sont à risque, préférentiellement ceux qui souffrent d'une pathologie mentale	implique le traitement approprié de ceux qui ont fait une tentative de suicide par une formation adéquate de tous les professionnels de santé mentale de première ligne et les professionnels des services d'urgence	la prévention tertiaire vise ceux qui sont touchés par la mort des autres incluant famille, amis et survivants
Approche « de santé publique » ⁴⁵	visé à éviter les problèmes de santé en agissant sur les facteurs qui déterminent ces problèmes. Dans le contexte du suicide, la prévention primaire peut porter sur les facteurs qui déterminent un risque accru de suicide et/ou sur les facteurs protecteurs	visé à identifier les personnes à risque de manière à intervenir de manière précoce. [...] L'efficacité de la prévention secondaire est aussi liée à l'efficacité de la prise en charge des personnes dépistées	porte sur la prise en charge des personnes qui ont tenté de se suicider, elle concerne moins de personnes et intervient tardivement.

Un décalage existe donc entre les deux approches, dans une perspective de santé publique, la prévention primaire commence déjà lorsque l'individu est encore en situation de bien-être, puisqu'elle peut viser à renforcer les facteurs protecteurs. Dans une perspective médicale, la prévention primaire s'intéresse aux individus à risque « *préférentiellement ceux qui souffrent d'une pathologie mentale* ».

De ce fait, en matière de prévention secondaire, il sera déjà question de prise en charge des individus ayant attenté à leur vie ; tandis que l'approche de santé publique s'intéressera à dépister et prendre en charge les personnes à risque.

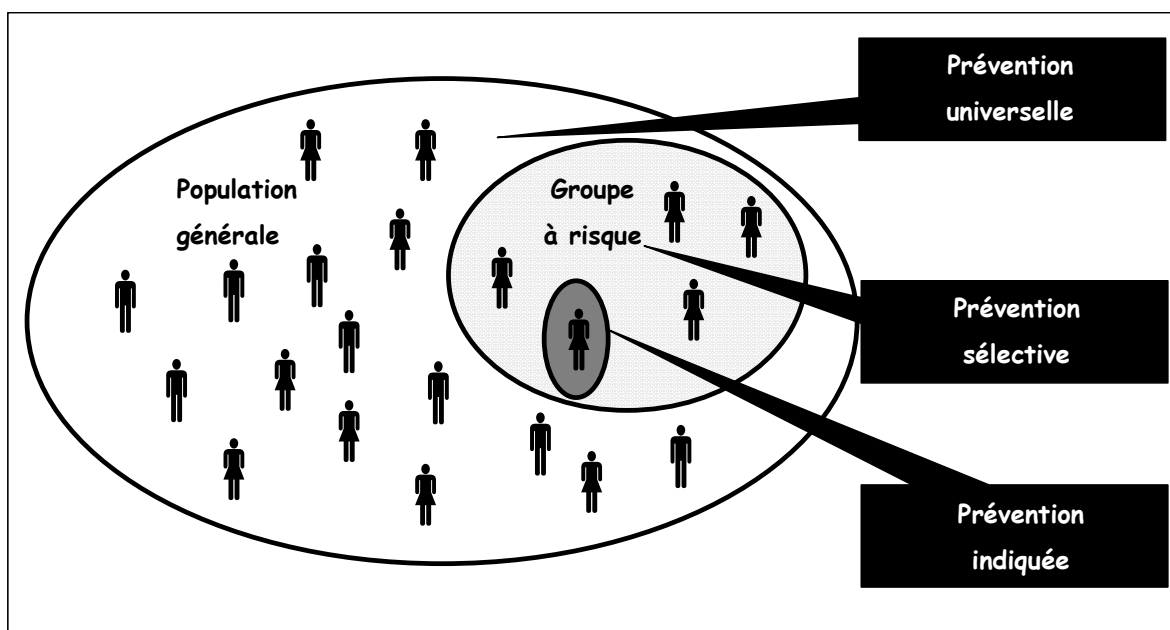
⁴⁴ Hawton K., van Heeringen K. (2000).

⁴⁵ de Spiegelaere M., Wauters I., Haelterman E. (2004).

6.2 Le concept de prévention universelle, sélective et indiquée⁴⁶

Dans un rapport réalisé en 1994 sur la recherche en prévention, l'Institute of Medicine de Washington a proposé un nouveau cadre de classification pour la prévention. Au lieu d'utiliser les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, les auteurs proposent le concept de prévention universelle, sélective (ou prévention choisie) et indiquée. Comme nous le montre le schéma IX ci-dessous, ce concept se réfère plutôt aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que directement sur l'événement à prévenir.

Schéma IX : Représentation, au niveau des individus, du concept de prévention universelle, sélective et indiquée



Les différents groupes étant soit la population générale, soit un groupe à risque, soit l'individu.

6.2.1 La prévention universelle (*universal prevention*)

Ce type de prévention vise la population générale ou certains groupes (une communauté, les écoles) sans tenir compte des risques individuels. En effet, tous les membres de la population partagent, en principe, au minimum un même « risque

⁴⁶ Partie rédigée à partir des documents du Center for the Application of Prevention Technologies, Science Based Prevention. Step 5: Targeting Efforts : Types of Prevention Startegies (Excerpt from "Drug Abuse Prevention : What works", National Institutue of Drug Abuse, 1997, p.10-15) et du Rapport mondial sur la Violence et la Santé (WHO, 2002).

général » face à un problème identifié. Des variations, parfois importantes, étant alors observées pour certains individus ou groupes d'individus. Le but premier de la prévention universelle est de fournir à tous les individus d'une population de l'information et des compétences pour réduire l'importance du problème visé. Comme exemples de prévention universelle, citons les campagnes médiatiques (radio, télévision, presse écrite) d'information et les programmes de prévention enseignés à tous les élèves d'une école.

6.2.2 La prévention sélective ou prévention choisie (*selective prevention*)

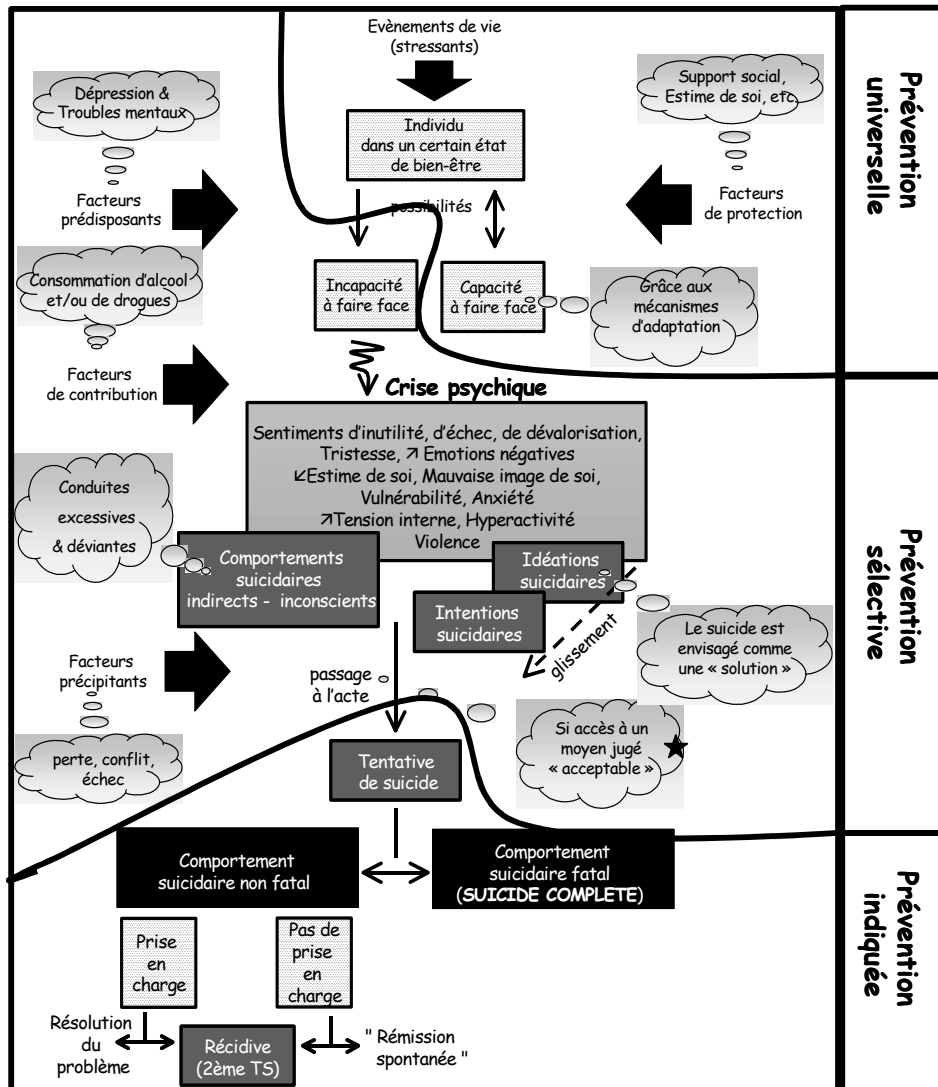
Ce type de prévention vise les individus que l'on considère comme les plus exposés au problème visé, c'est à dire qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque connus. On parle alors de groupes à risque identifiés sur base des facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux, ou environnementaux connus comme étant associés au problème visé. La prévention sélective concerne le groupe cible en entier parce que le groupe cible dans son ensemble est plus à risque que la population générale. Ce type de prévention se faisant aussi indépendamment du degré de risque propre à l'individu se trouvant au sein du groupe cible puisque les risques ne sont pas investigués au niveau individuel mais résultent d'une présomption de présence du fait de l'appartenance au groupe cible. Les groupes à risque cibles peuvent donc être, par exemple, les adolescents, les personnes de sexe masculin, les consommateurs de drogues ou les personnes ayant subi des sévices physiques et/ou sexuels.

6.2.3 La prévention indiquée (*indicated prevention*)

Ce type de prévention vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé. Ici, l'intervention se situe au niveau de l'individu et s'intéresse donc à ses propres facteurs de risque.

Citons par exemple, la prise en charge psychiatrique d'un adolescent après une tentative de suicide ou la prise en charge d'un individu manifestant des comportements autodestructeurs.

Si l'on applique ces concepts de prévention sur notre modèle de processus suicidaire, on obtient le découpage suivant :



★ les actions qui concernent la réduction de l'accès aux moyens font partie de la prévention universelle

Prévention universelle

- concerne : « la population générale dans son ensemble, sans distinction »

⇒ mesures qui visent

- la population générale
- certains groupes plus « restreints » tels la population scolaire, les habitants d'une communauté, etc.

Prévention sélective

- concerne : « les groupes considérés comme globalement plus à risque »

⇒ mesures qui visent

- les groupes présentant des facteurs prédisposants et/ou de contribution tels les adolescents, les prisonniers, les alcooliques, les toxicomanes, les personnes souffrant de dépression, etc.

Prévention indiquée

- concerne : « l'individu ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé »

⇒ mesures qui visent

- les individus ayant déjà commis une tentative de suicide
- l'entourage des suicidés (postvention)

7 Au niveau international : recommandations et expériences

7.1 Les recommandations de l’OMS, de l’ONU et les avis d’experts

En 1996 déjà, l’ONU et l’OMS énonçaient les éléments globaux définis comme essentiels pour une prévention efficace du suicide⁴⁷. Les experts impliqués notaient qu’il était nécessaire, pour élaborer une stratégie de manière cohérente de prévoir une politique au niveau national. Celle-ci devant s’accompagner d’un vaste cadre conceptuel, d’une formulation d’objectifs et de ressources adéquates ainsi que de paramètres permettant de quantifier les modifications. Enfin des mandats doivent être donnés à des institutions et des organisations responsables de la mise en œuvre des objectifs définis. Entre 2002 et 2004, Santé Mentale Europe⁴⁸ a mené un projet, entrepris en collaboration avec le Réseau européen de l’OMS sur la Prévention du Suicide et avec le Département des Relations internationales du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, qui poursuivait comme objectif principal l’élargissement du champ des connaissances sur les programmes de prévention du suicide, non seulement au niveau national, mais également au niveau régional et local, dans la Région européenne de l’OMS⁴⁹.

Le document produit⁵⁰ fournit donc, entre autres, des informations sur les principes nécessaires pour créer des programmes efficaces de prévention du suicide, aux niveaux national et régional. Ces informations rejoignent et complètent celles énoncées par l’ONU et l’OMS en 1996⁵¹.

En mars 2004, a eu lieu à Bruxelles, en préalable à la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale⁵², une réunion sur les stratégies de prévention du suicide en Europe⁵³.

⁴⁷ Informations issues du rapport sur le suicide et la prévention du suicide en Suisse (voir les références du document dans la partie bibliographie).

⁴⁸ A la demande de et avec le soutien du Ministère fédéral belge de la Santé et en étroite collaboration avec le Réseau Européen de l’OMS sur la Prévention du Suicide et de la Recherche sur le Suicide (voir les références complètes dans la partie bibliographie).

⁴⁹ Pour atteindre cet objectif, un questionnaire a été envoyé à tous les membres (nationaux et régionaux) du Réseau européen de l’OMS sur la Prévention du Suicide, ainsi qu’à tous les membres du Comité directeur du Projet sur la Santé mentale, développé dans le cadre du Pacte de Stabilité pour l’Europe orientale et méridionale. Vingt-cinq pays, sur un total de trente-deux, ont répondu au questionnaire.

⁵⁰ Guidelines for country-based programmes of suicide prevention (2004).

⁵¹ Une synthèse peut être consultée en annexe.

⁵² Qui s’est tenue à Helsinki en janvier 2005.

Des responsables de la santé et des experts en santé mentale et en comportements suicidaires de 36 Etats membres de la Région européenne de l'OMS ont examiné les bases factuelles, les pratiques, les objectifs et les contextes actuels en matière de prévention du suicide, et formulé des recommandations en vue d'élaborer des stratégies. A l'issue de ces deux journées, les participants ont émis une série de conclusions et proposé un certain nombre d'actions.

Celles-ci sont présentées dans le tableau V ci-dessous.

Tableau V : Conclusions et actions recommandées à l'issue de la réunion préalable à la conférence interministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (2004)⁵⁴

- ✓ La prévention du suicide et des tentatives de suicide nécessite une approche de santé publique. La charge du suicide est telle que la responsabilité de la prévention doit être assumée par l'ensemble du gouvernement sous la houlette du Ministère de la santé.
- ✓ Il faut mettre au point des programmes de prévention du suicide qui prévoient des interventions spécifiques adaptées aux divers groupes à risque (par exemple les personnes âgées et les jeunes parents), y compris les tâches à confier à tel ou tel secteur (éducation, emploi, affaires sociales, etc.) ; ces programmes devraient par ailleurs faire l'objet d'évaluations.
- ✓ Les professionnels de la santé, en particulier dans les services 'urgences, devraient être formés pour déceler les risques de suicide de manière efficace et devraient coopérer à titre préventif avec les services de santé mentale.
- ✓ Il faudrait commencer à sensibiliser dès que possible les professionnels de la santé, mais aussi le public tant aux facteurs de risque qu'aux facteurs de prévention.
- ✓ Il importe de mener des travaux de recherches axés sur les politiques et l'évaluation des programmes de prévention.
- ✓ Les médias devraient être impliqués dans les programmes de prévention du suicide et être formés à cette question ; en outre, il faudrait promouvoir le code de conduite de l'OMS sur le traitement du suicide par les médias⁵⁵.

⁵³ Cette réunion a été accueillie par le service public fédéral de Belgique de la Santé publique, de la Sécurité alimentaire et de l'Environnement, et organisée par Santé mentale Europe, l'aile européenne de la Fédération mondiale pour la Santé mentale.

⁵⁴ Conclusions et actions retranscrites du document EUR/04/5047810/M1 édité par l'OMS en décembre 2004.

⁵⁵ Voir « From the margins to the mainstream », annexe 5 http://www.euro.who.int/document/e82092_1.pdf.

Puisque l'OMS recommande que « les programmes de prévention doivent prévoir des interventions adaptées aux divers groupes à risque » (voir tableau ci-dessus), l'Institut National de Santé Publique du Québec a émis, en 2004, un « Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes » dont les objectifs principaux étaient, premièrement, de faire un état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes et deuxièmement, de formuler des recommandations. Ces recommandations sont présentées dans le tableau VI ci-dessous.

Tableau VI : Liste des recommandations établies spécifiquement dans le cadre de la prévention du suicide chez les jeunes (Julien M., Laverdure J., 2004)

- ✓ Mettre en œuvre les mesures visant au développement des capacités d'adaptation des jeunes.
- ✓ Promouvoir la mise en œuvre des mesures visant à réduire l'accessibilité aux moyens.
- ✓ Sensibiliser les médias d'information sur l'impact du traitement journalistique des suicides.
- ✓ Faire preuve de prudence dans la mise en œuvre des activités de postvention.
- ✓ Ne mettre en œuvre aucune activité de sensibilisation à la réalité du suicide qui s'adresse à des groupes de jeunes, en raison des résultats préoccupants qui ont été observés chez des jeunes vulnérables.
- ✓ Faire preuve de prudence dans la mise en œuvre de programmes d'aide par les pairs.
- ✓ Encourager le développement de réseaux de sentinelles (relais) dans les milieux de vie des jeunes.
- ✓ Soutenir la formation continue des médecins généralistes en matière de prévention du suicide.
- ✓ Maintenir les lignes d'écoute téléphonique.
- ✓ Soutenir la mise en œuvre de programmes à multiples composantes, destinés à promouvoir la santé mentale des jeunes, à condition qu'ils ne comportent pas d'activités de sensibilisation (directe à la problématique du suicide) qui s'adressent à des groupes de jeunes.
- ✓ Soutenir les initiatives de mise en réseau des partenaires engagés en prévention du suicide.
- ✓ Accroître les efforts de recherche afin de développer des programmes qui soient fondés sur des bases solides au niveau théorique et de réaliser des évaluations rigoureuses de ces programmes.

En matière de stratégies européenne, l'objectif 6 du plan cadre « Santé pour tous » du Comité Régional pour l'Europe de l'OMS⁵⁶ met au premier plan l'amélioration de la santé psychique.

« D'ici 2020, il convient d'améliorer la santé psychique de la population et de proposer aux personnes ayant des problèmes psychiques des services de qualité accessibles à tous. A cet égard, on cherchera en particulier à atteindre les objectifs partiels suivants : 1/ faire diminuer la prévalence des problèmes psychiques et leurs effets négatifs sur la santé, et améliorer la capacité de la population de gérer les événements stressants 2/ faire reculer le taux de suicide d'au moins un tiers en mettant l'accent sur les pays et les groupes de populations qui présentent aujourd'hui un fort taux de suicide.

7.2 Les programmes et stratégies en place à l'étranger

Comme nous l'avons déjà mentionné plusieurs fois tout au long de ce document, bien que les causes de suicide et de tentatives de suicide soient complexes, la prévention est possible. Dès lors, de plus en plus de pays, mettent la prévention du suicide comme priorité de santé publique. De nombreux programmes nationaux, déclinés ou non au niveau régional voient le jour.

Dans leur étude de monitoring, datant de 2002, sur les stratégies et les programmes nationaux de prévention du suicide, le Réseau Européen de l'OMS sur la Prévention du Suicide et de la Recherche sur le Suicide a envoyé un questionnaire à 48 personnes contact (issues des 51 Etats Membres). Sur les 38 états qui ont répondu 18 ont déclaré avoir des initiatives nationales de prévention du suicide (11 programmes sont soutenus par une politique de Gouvernement et 6 sont approuvés par le Parlement) (voir le tableau VII ci-dessous).

⁵⁶ Sur base de la Déclaration mondiale sur la Santé intitulée « Politique de la Santé pour tous, pour le XXI^e siècle » adoptée par la 51^{ème} Assemblée mondiale de la Santé en 1998.

Tableau VII : Répartition des pays de la Région européenne de l'OMS en fonction de l'existence ou non d'initiatives nationales et/ou régionales de prévention du suicide

Pays	
Avec actions de prévention du suicide	Sans actions nationales
Biélorussie, Bulgarie, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Georgie, Hongrie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Norvège, Roumanie, Slovénie, Suède, Turquie, Royaume-Uni	Andorre, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique , Croatie, Allemagne, Grèce, Islande, Israël, Italie, Kirghizstan, Pays-Bas, Pologne, République de Moldavie, Fédération de Russie, Slovaquie, Espagne, Suisse, Ukraine, Yougoslavie

Pour rédiger ce document « Guidelines for country-based programmes of suicide prevention » les auteurs ont, entre autres, fait un inventaire et une analyse des programmes de prévention du suicide en vigueur dans la Région européenne de l'OMS.

Pour documenter les plans et stratégies de prévention du suicide (axe 2 de notre objectif de recherche), nous avons consulté le document cité précédemment mais également recensé, lu et analysé différents programmes nationaux et/ou régionaux issus d'Angleterre et d'Écosse, de France et de Bourgogne, de Finlande et du Danemark. Au niveau non européen, nous avons lu et analysé les documents venants d'Australie, des États-Unis, de l'Ohio et de Washington, de Nouvelle-Zélande et du Québec⁵⁷.

Tableau VIII : Définition des items de synthèse⁵⁸ utilisés dans le tableau récapitulatif des programmes et stratégies (niveau national et/ou régional)

Services	l'ensemble des actions visant l'amélioration des services de santé et la promotion des services d'appui et de réadaptation pour les personnes ayant des tendances suicidaires
Formations	l'ensemble des actions visant l'amélioration des procédures de diagnostic et des traitements qui en découlent
Recherches	l'ensemble des actions visant la promotion de la recherche sur la prévention du suicide et l'encouragement de la collecte de données sur les causes du problème
Média	l'ensemble des actions visant le soutien à la couverture médiatique des actes et des tentatives de suicide (guide de bonnes pratiques)
Accès	l'ensemble des actions visant à déterminer et à limiter la disponibilité et l'accès aux moyens permettant de se suicider
Sensibilisation & information	l'ensemble des actions visant la sensibilisation du personnel médical à sa propre conduite et aux tabous liés à la prévention du suicide et à la maladie mentale, ainsi que les actions visant, grâce à l'éducation du grand public, à faire mieux connaître les troubles mentaux et les moyens de les déceler à un stade précoce
Postvention & accompagnement des proches	l'ensemble des actions visant la prise en charge des proches, familles et amis des suicidants et des suicidaires ainsi que les activités visant l'accompagnement du deuil

⁵⁷ Les fiches de synthèse (une fiche / programme) peuvent être consultées en annexe.

⁵⁸ Ces items ont été choisis sur base d'une grille de lecture des programmes.

Le tableau IX ci-après nous présente une synthèse des stratégies et/ou actions incluses dans ces programmes nationaux et/ou régionaux.

Tableau IX : Synthèse des stratégies et/ou actions nationales et/ou régionales incluses dans certains programmes (nationaux et/ou régionaux) de prévention du suicide

	Services	Formations	Recherches	Média	Accès	Sensibilisation & information	Postvention & accompagnement des proches
Angleterre	+	+	+	+	+	+	?
Ecosse	+	+	+	+	?	+	+
Australie	+	+	+	+	+	+	?
Danemark	+	+	+	+	+	+	?
Etats-Unis	+	+	+	+	+	+	+
Ohio	+	+	+	+	?	+	?
Washington	+	+	?	+	+	+	+
France	+	+	+	+	+	+	+
Bourgogne	+	+	+	?	?	+	+
Finlande	?	+	?	?	+	+	?
Nouvelle-Zélande	+	+	+	+	+	+	+
Québec	+	+	+	?	+	+	?

Les signes + signifient que nous avons clairement pu établir que cette approche était abordée au sein du programme. Le ? signifie qu'aucune allusion n'était faite dans les documents en notre possession.

On observe que l'item « **sensibilisation & information** » est présent pour la totalité des sites (pays ou régions), ce qui signifie que tous les programmes analysés incluent des actions visant la sensibilisation du personnel médical à sa propre conduite et aux tabous liés à la prévention du suicide et à la maladie mentale, ainsi que les actions visant, grâce à l'éducation du grand public, à faire mieux connaître les troubles mentaux et les moyens de les déceler à un stade précoce. L'Ecosse propose une sensibilisation du public et un encouragement à la demande d'aide. Le Danemark va dans cette même direction en prouvant que la demande d'aide est utile et normale (et que le suicide ne doit pas être considéré comme acceptable et normal). A Washington, des programmes de formation – information sont prévus pour des relais, c'est à dire pour des adultes travaillant avec les populations à plus haut risque (enseignants, infirmières, clergé etc.)

L'item « **formation** » est aussi présent pour la totalité des sites, cela signifie donc que chaque site a inclus dans son programme des actions visant l'amélioration des procédures de diagnostic du risque suicidaire et des traitements qui en découlent. En Finlande, cela se traduit par des offres de formation complémentaire pour les professionnels concernés. En Australie, il est plutôt question de formation sur les bonnes pratiques. Les Etats-Unis veulent développer et promouvoir des pratiques cliniques et professionnelles efficaces. Ils tentent aussi d'améliorer l'accès aux services et les liens entre les différents services impliqués.

A cette notion de formation est directement associé l'item « **services** », qui concerne les actions visant l'amélioration des services de santé et la promotion des services d'appui et de réadaptation pour les personnes ayant des tendances suicidaires. En Ecosse, l'accent est mis sur l'amélioration et l'augmentation de la fourniture de services ainsi que sur l'assurance de soins et une prise en charge précoce et efficace.

L'implication et la collaboration avec les **médias** ont pu être mises en avant dans 9 des 12 programmes. En Angleterre, par exemple, cette collaboration prend, entre autres, la forme de tables rondes entre des étudiants journalistes, des journalistes seniors et des experts en santé mentale.

Augmenter les connaissances sur le suicide et sa prévention constitue aussi un des points essentiels à intégrer dans une stratégie. La quasi-totalité des programmes consultés y fait référence. Cette **recherche** peut aussi bien concerner l'étude des facteurs de risque et/ou de protection que les possibilités de mettre en place un système de surveillance des tentatives de suicide.

En ce qui concerne la réduction de l'accès aux moyens pour se tuer, 9 programmes sur les 12 y font référence. A Washington, cette réduction se traduit principalement par une campagne d'éducation pour réduire l'accès aux armes à feu. En Angleterre, une réflexion est menée sur l'identification des étapes qui doivent être promues pour une prescription plus sûre des antidépresseurs et des analgésiques.

L'item pour lequel nous avons le moins d'informations (6 programmes sur les 12) concerne la **postvention et l'accompagnement de proches**. L'Ecosse se pose comme objectif d'offrir une prise en charge efficace à ceux qui ont été affectés par un comportement suicidaire ou un suicide complété.

Après ces observations nous pouvons dresser un récapitulatif des actions les plus souvent retrouvées dans les programmes de prévention du suicide à l'échelon national ou régional. Le tableau X ci-après est donc une synthèse des éléments avancés dans le document « Guidelines for country-based programmes of suicide prevention », des informations issues de l'Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes et des faits observés par notre propre analyse.

Tableau X : Liste des actions habituellement retrouvées dans le cadre des programmes nationaux et/ou régionaux

<p>Les stratégies pour la prévention du suicide s'occupent habituellement :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ de promouvoir les politiques qui concernent le bien-être social, l'éducation, l'école et le lieu de travail, la santé mentale et l'abus de substances,✓ d'augmenter les connaissances via l'éducation du public à propos de la maladie mentale et du comportement suicidaire, dans le but de réduire la honte et d'améliorer les comportements de demandes d'aide,✓ d'identifier et de réduire la disponibilité et l'accès aux moyens pour se suicider (armes à feu, substances toxiques, etc.),✓ de mettre sur pied une politique responsable au niveau des médias (recommandations précises sur la manière de rapporter les suicides*),✓ de soutenir un traitement médiatique adéquat (avec accent mis sur les conséquences pénibles de ces évènements sur les familles et les communautés*),✓ d'améliorer les pratiques dans les services de santé comme : la détection précoce des problèmes, le diagnostic convenable, le traitement adéquat et complet, la réhabilitation des patients psychiatriques et des personnes ayant fait une tentative de suicide, et l'augmentation de la sensibilisation parmi le personnel des soins de santé par rapport à leurs propres attitudes et tabous en regard de la prévention du suicide et de la maladie mentale,✓ de promouvoir la recherche en suicidologie et d'encourager la collecte des données sur les causes de suicide en évitant la multiplication des enregistrements statistiques
--

(*) complément d'informations issu de l'Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes rédigé par Julien M. et Laverdure J. (2004)

7.3 L'évaluation des programmes et des stratégies de prévention

En 2001, Suicide Prevention Action Network aux USA (SPANUSA) publiait un petit guide relatif à l'efficacité et l'évaluation de la prévention du suicide⁵⁹. Il s'agit ici d'une approche plus « opérationnelle » de la mise sur pied des stratégies de prévention. En effet, les auteurs notent qu'outre le fait que la réflexion sur la prévention doit être basée sur les dernières connaissances et les meilleures évidences disponibles; la démarche doit commencer par l'identification des stratégies de prévention existantes, suivies de recherches permettant de juger de leur efficacité. Lorsqu'une stratégie (ensemble d'actions de prévention) est décidée, il est nécessaire d'en évaluer l'impact et le coût dans la communauté pour ensuite l'améliorer et l'implanter à plus grande échelle.

« Lack of evaluation research is the single greatest obstacle to improving current efforts to prevent suicide »⁶⁰

Ainsi donc, le manque d'évaluation scientifique des stratégies de prévention (mais aussi des programmes de prévention dans leur ensemble) constitue un frein majeur à l'amélioration des actions de prévention.

En effet, malgré un nombre important d'initiatives de tous niveaux à travers le monde, les études d'évaluation sont peu nombreuses. C'est pourquoi, en 2004, le Health Evidence Network (HEN) du Bureau régional européen de l'OMS publiait un rapport dont l'objectif était de résumer les résultats d'études systématiques afin de répondre partiellement à la question « **Quelles sont les stratégies de prévention du suicide dont l'efficacité peut être prouvée scientifiquement ?** »⁶¹.

⁵⁹ Pour consulter la liste des recommandations, voir l'annexe en fin de document.

⁶⁰ Phrase extraite d'un article paru dans la revue *Morbidity and Mortality Weekly Report* (22 avril 1994).

⁶¹ La méthodologie de sélection des études et des interventions peut être consultée dans le document d'origine (voir les références dans la partie bibliographie).

Globalement, les informations à retenir ⁶² sont que :

- Les stratégies de prévention peuvent être classées suivant 4 groupes d'approche⁶³. Il y a des stratégies préventives qui visent à promouvoir les facteurs de protection via la promotion des habiletés d'adaptation ; qui visent à prévenir les facteurs de risque via par exemple le contrôle de l'accessibilité aux moyens, la sensibilisation des médias et la postvention ; qui visent à identifier et à agir auprès des personnes à risque via par exemple la sensibilisation en milieu scolaire, l'aide par les pairs, la formation des relais, la formation des médecins généralistes et les lignes d'écoute téléphonique ; et enfin, qui visent à agir par une combinaison des trois approches via par exemple les programmes globaux et la mise en réseaux des partenaires.
- Il est préférable de privilégier le renforcement des facteurs de protection (via des stratégies de promotion des facteurs de protection) même si certaines actions sur certains facteurs de risque peuvent être menées (via des stratégies de prévention des facteurs de risque).
- En ce qui concerne l'accessibilité aux moyens. L'expérience qui a été la plus souvent rapportée à l'appui de l'efficacité des **actions qui visent à diminuer l'accessibilité aux moyens** a été réalisée en Grande Bretagne au début des années soixante. À l'époque, la modification de la composition du gaz domestique avait entraîné non seulement une diminution des suicides attribuables à cette méthode mais également une diminution spectaculaire du taux global de suicide dans le pays, une diminution de l'ordre de 40 % et qui s'est maintenue durant plus d'une dizaine d'années (Clarke R.V.G et Lester D., 1989 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).

Actuellement, de nombreuses recherches cas-témoin indiquent un lien très clair entre la disponibilité des armes à feu et le suicide et suggèrent que des mesures visant à accroître le contrôle des armes ont un effet sur le taux global de suicide⁶⁴

⁶² Les informations issues du document du HEN ont été complétées par des informations issues de l'« Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes » dont les objectifs principaux étaient, premièrement, de faire un état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes et deuxièmement, de formuler des recommandations.

⁶³ Ces 4 groupes d'approches sont aussi suggérés par Julien M. et Laverdure J.

⁶⁴ C'est en tout cas ce qu'indiquent des études effectuées aux Etats-Unis d'Amérique où des restrictions apportées à la vente et à l'achat d'armes de poing ont été associées à une baisse des taux de suicide par

(Miller M. et Hemenway D., 1999 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004). Par ailleurs, des expériences réalisées en Australie, au Japon et en Grande-Bretagne ont suggéré qu'il était possible de réduire le nombre total de suicides en réglementant la prescription de médicaments sédatifs et hypnotiques (Clarke R.V.G. et Lester D., 1989 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).

- A propos de la **sensibilisation des médias**. Une étude autrichienne a révélé que l'adoption par les médias des recommandations contenues dans un guide pratique⁶⁵ aurait eu un effet positif. En effet, le pourcentage de suicides survenant dans le métro a diminué de 75 % dès la première année et s'est maintenu au cours des cinq années subséquentes⁶⁶ (Etzersdorfer E., Sonneck G. et Nagel-Kuess S., 1992; Sonneck G., Etzersdorfer E. et Nagel- Kuess S., 1994 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).
- Une **prévention et un traitement appropriés de certains troubles mentaux et du comportement** (que ces interventions soient basées sur l'individu, la famille, l'école ou d'autres secteurs de la communauté) peuvent manifestement abaisser le taux de suicide. En effet, le dépistage et le traitement précoces de la dépression, de la dépendance alcoolique et de la schizophrénie sont des stratégies utiles pour la prévention primaire du suicide.

De plus, des programmes d'enseignement destinés à former les praticiens et le personnel des services de santé primaire au diagnostic et au traitement des dépressions peuvent jouer un rôle particulièrement important⁶⁷ (WHO, 2001).

arme à feu. Les Etats de ce pays où la réglementation est la plus stricte ont enregistré les plus faibles taux de suicide par arme à feu, sans que cette forme de suicide ne soit remplacée par une autre (Lester D., 1995).

⁶⁵ L'OMS a édité une brochure à l'attention des médias. Cette brochure (Prévention du suicide. Indications pour les professionnels des médias) peut être consultée à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/media/en/626.pdf.

⁶⁶ Dans les années 1980, une vague de suicides survenus dans le métro de Vienne et dans le réseau ferroviaire avaient été grandement médiatisés.

⁶⁷ Une étude montre qu'un tel programme mis en œuvre dans l'île de Gotland, en Suède (Rutz et al., 1995), a permis de réduire considérablement le taux de suicide, particulièrement chez les femmes, dans l'année qui a suivi son instauration à l'intention des médecins généralistes, mais ce taux est remonté aussitôt après l'interruption du programme.

- Plusieurs études ont montré que des **programmes axés sur la promotion des habilités d'adaptation des jeunes** pouvaient avoir un impact sur divers types de comportements à risque donc pas uniquement sur les comportements suicidaires. On observe non seulement une amélioration de la confiance en soi et des capacités à faire face aux situations difficiles mais aussi une diminution des tendances suicidaires, de la dépendance aux drogues et à l'alcool, de la dépression, etc. (Marcotte D., 2000 ; Turgeon L. et Brousseau L., 2000 ; Vitaro F. et Carbonneau R., 2000 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004). En 2000, Mishara B. et Ystgaard M. avaient eux aussi mis en évidence que les interventions en milieu scolaire pour la gestion des crises, l'amélioration de l'estime de soi et le développement de l'aptitude à faire face ainsi qu'à prendre des décisions favorables à la santé⁶⁸ tendaient à réduire le risque de suicide chez les jeunes⁶⁹.

Health Evidence Network cite une revue faite par Guo et Harstall en 2002 qui met en évidence que chez les adolescents particulièrement vulnérables, les **programmes de prévention menés dans les écoles et centrés sur l'acquisition de compétences et le support social** ont permis de réduire efficacement les facteurs de risque (dépression, perte d'espoir, stress, anxiété et colère) et de stimuler les facteurs de protection (contrôle de soi, capacités à résoudre ses problèmes, estime de soi).

- En ce qui concerne la **formation de personnes relais**⁷⁰, quelques études ont montré que des ateliers offerts à des personnes oeuvrant en milieu scolaire avaient eu des effets positifs sur les connaissances et les attitudes de ces personnes et sur la référence à des ressources appropriées. Au Québec, quatre évaluations d'ateliers de formation qui avaient été dispensés à des intervenants de milieu scolaire ont été

⁶⁸ Un programme spécifique est pris en considération dans ce cas, il s'agit du programme « Zippy and friends » qui s'adresse aux enfants fréquentant la maternelle ou la première année du primaire. Il comprend 24 sessions d'une durée d'une heure où, à travers le jeu de marionnettes, les enfants font l'apprentissage de diverses habiletés relationnelles et d'adaptation, (<http://www.partnershipforchildren.org.uk/zippy/zippy.html>)

⁶⁹ Cité dans le chapitre 3, Résolution des problèmes de santé mentale, du Rapport sur la santé dans le monde publié en 2001 par l'OMS.

⁷⁰ On entend par « personnes relais » des personnes adultes qui, en raison de leur travail dans le milieu scolaire (professeurs, entraîneurs, etc.) ou dans la communauté (employés des services de loisirs, animateurs de maisons de jeunes, etc.), entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes et sont donc susceptibles de les aider. On présume qu'en donnant à certaines personnes une formation qui permet de reconnaître les signes de détresse chez les jeunes, il sera possible d'identifier et référer à des ressources appropriées un plus grand nombre de jeunes à risque (Julien M., Laverdure J., 2004).

réalisées. Le résultat majeur observé est une augmentation des connaissances (Julien M. et Laverdure J., 2004).

- Lorsqu'un programme global de promotion de la santé mentale (activités de promotion, de prévention et de postvention, par exemple) est installé dans un milieu scolaire, deux facteurs sont apparus comme déterminants pour le maintien et la continuité de ces programmes, il s'agit premièrement du soutien des autorités administratives et deuxièmement de la présence d'une équipe de professionnels dynamiques et engagés.
- Au Québec, trois projets visant à expérimenter un **modèle de concertation entre différents organismes** sont actuellement en cours d'évaluation. Des résultats préliminaires indiquent qu'un projet, implanté à Montréal et impliquant les Centres jeunesse, les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), les milieux scolaires et communautaires, a eu des effets bénéfiques au niveau des connaissances et de la concertation (Renaud J. et Chagnon F., 2002 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004). Quant aux deux autres projets, qui se déroulent en Estrie et à Laval, ils fournissent plusieurs pistes de réflexions à propos des facteurs qui inhibent ou qui facilitent la réussite de tels programmes (Labelle R., Bedwani C. et Laverdure J., 2002; Pronovost J. et Boisclair J., 2002 cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).
- Chez les adultes ayant déjà commis une tentative de suicide ou un autre acte autodestructeur, les effets positifs de la **théorie du comportement cognitif** ont pu être parfois démontrés lorsque réalisée dans des conditions très contrôlées. La **thérapie de la résolution de problèmes**, la **fourniture de cartes des personnes à contacter en cas d'urgence**, la **thérapie dialectique** et le **traitement par Flupenthixol** semblent également évoluer vers des résultats positifs (HEN, 2004).

Comme cela a déjà été cité plus haut dans ce document au niveau des recommandations, une action de prévention est rarement menée seule puisqu'il faut mener simultanément une série d'interventions préventives pour s'attaquer aux différents aspects de la problématique du suicide. Dès lors, il n'est pas toujours facile de mesurer l'impact d'une seule mesure préventive. En effet, les modifications observées sont-elles réellement le fait de la mesure préventive que l'on tente d'évaluer ou bien est-ce la résultante de toutes les mesures prises (et peut-être d'autres moins contrôlables).

8 Situation en Belgique

La Belgique s'articule autour de trois niveaux : celui de l'Etat fédéral, celui des Communautés et celui des Régions. Chaque niveau de pouvoir dispose de compétences propres qu'il exerce en toute autonomie. Au-delà de cette organisation des trois niveaux, il existe des pouvoirs décentralisés en deux niveaux : les Provinces et les Communes.

Globalement, pour les compétences en matière de santé⁷¹ on observe que le niveau fédéral est compétent en matières de soins (**curatif**) tandis que le niveau communautaire est compétent en matière de **prévention** et de **promotion de la santé**.

Comme nous l'avons exposé précédemment dans ce document, l'approche en prévention du suicide doit être multidirectionnelle. **Chaque niveau peut (et doit) donc, en fonction de ses compétences jouer un rôle dans l'organisation de la prévention du suicide en Belgique.**

Le chapitre ci-après présente, les initiatives existantes⁷².

⁷¹ Voir l'annexe 4.

⁷² Lors de notre recensement nous avons tenté d'être le plus exhaustif possible; il est toutefois possible que des initiatives plus locales et/ou ponctuelles n'aient pu être identifiées (voir la partie méthodologique).

8.1 Au niveau Fédéral

Il existe un « *plan d'action fédéral en équilibre entre les compétences fédérales et les compétences des entités fédérées* ».

« [...] En Belgique, nous dénombrons quelques 2000 suicides annuels. Le suicide tue plus que la route. C'est pourquoi, le suicide et plus particulièrement le suicide chez les jeunes est une priorité pour le Gouvernement fédéral belge. Le plan contre le suicide poursuit trois objectifs : le décroissement du nombre de suicides, la limitation des récives suicidaires et l'amélioration des conditions d'intégration sociale des suicidants. [...] »

Extrait du discours de Rudy Demotte du 29/11/04 à la séance d'ouverture de la réunion intergouvernementale sur la Déclaration sur la santé mentale⁷³.

Un résumé du plan fédéral peut être consulté en annexe⁷⁴, toutefois retenons que les objectifs principaux de ce plan sont :

- d'optimiser la production (et la qualité) des données quantitatives,
- de former le personnel médical (médecins, urgentistes, personnel des services psychiatriques),
- de mieux organiser la prise en charge des suicidants (interactions entre les services et interactions entre la structure hospitalière et la médecine ambulatoire),
- de mieux informer (sur les dispositifs disponibles pour les suicidants) et de mieux reporter le suicide dans les médias.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène⁷⁵ a lancé, en avril 2005, un nouveau groupe de travail (au sein du groupe « santé mentale ») ayant pour thème : « Dépression, Dépressivité et suicide ». Ce groupe est présidé par le Professeur Pelc⁷⁶.

⁷³ Cette réunion, qui a eu lieu en novembre 2004 au palais d'Egmont à Bruxelles, visait à trouver un texte consensuel pour la Déclaration européenne sur la Santé mentale.

⁷⁴ Voir l'annexe 5.

⁷⁵ Le CSH est l'organe d'avis scientifique du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement pour toutes les questions relatives à la santé publique et l'environnement.

⁷⁶ A ce stade de la recherche nous n'en savons pas plus.

8.2 En Communauté flamande

Au niveau des données qui sont disponibles en Communauté flamande, on trouve des données de mortalité suicidaire publiées sur base des statistiques de décès, des données de morbidité suicidaire grâce au registre des tentatives de suicide géré par l'Hôpital universitaire de Gand et des données relatives à la fréquence des idéations suicidaires par le biais d'enquêtes ponctuelles.

Au niveau de la prévention, il existe un Centre de Prévention du Suicide spécifique pour la Communauté flamande⁷⁷. Il s'agit du Centrum ter Preventie van Zelfmoord (CPZ)⁷⁸.

Il faut savoir que la Communauté flamande est déjà engagée dans une réflexion pour l'établissement d'un **programme de prévention de la dépression et du suicide**. Programme qui vise à diminuer le taux de suicide de 8% d'ici 2010 par rapport au taux observé en 2000. La réduction du nombre de suicides constitue donc aussi une priorité pour le Gouvernement flamand⁷⁹. Notons que trois grandes lignes stratégiques sont privilégiées, à savoir :

- 1/ une meilleure information pour le grand public,
- 2/ la promotion de l'expertise des professionnels et le travail en réseaux,
- 3/ une attention particulière aux publics vulnérables.

L'implantation de ce plan a débuté par une phase test et cela au travers de projets pilotes qui seront suivis d'une évaluation. L'extension à l'entièreté de la Flandre aura lieu si les résultats de ces évaluations sont concluants.

⁷⁷ Celui-ci a été créé quelques années après le CPS francophone. En effet, le premier CPS belge a été installé en 1970 à Bruxelles, pour la partie francophone du pays. Ce CPS recevait continuellement des appels de personnes néerlandophones. Il a donc été décidé de créer, fin 1978, un CPS pour personnes parlant le néerlandais.

⁷⁸ Ses missions sont reprises de manière synthétique à l'annexe 6.

⁷⁹ Voir l'annexe 7.

8.3 En Communauté française

Un constat comme entrée en matière :

« A travers toutes nos réflexions et toutes nos expériences, nous avons acquis la conviction que la prévention du suicide, la prévention des dépendances, de la violence, du décrochage scolaire... C'est finalement la même chose, et nous préférons dès lors parler, plutôt que de prévention, de promotion, promotion du bien-être, promotion du projet, en un mot : promotion de la vie ! » (un intervenant)⁸⁰

Dans le programme quinquennal de promotion de la santé (2004-2008), le point 8 (voir le tableau XI ci-dessous) des problématiques de santé prioritaires concerne « la promotion du bien-être et de la santé mentale »⁸¹. Bien que toutes les tranches d'âges soient concernées par cette problématique, la Communauté française donne la priorité aux jeunes (15-25 ans), et particulièrement aux jeunes scolarisés⁸².

Le milieu scolaire est et reste un lieu adéquat pour intervenir puisque, non seulement, d'un point de vue purement légal, la scolarité est obligatoire (jusqu'à un certain âge) mais aussi parce que l'école est avant tout pour beaucoup de jeunes, le milieu de vie principal.

Comme le souligne le Dr. D. Hirsch⁸³ « *l'école est une des grandes préoccupations de l'adolescent, un lieu intermédiaire entre sa famille et le monde des adultes. Elle rassemble en un seul lieu différents groupes sociaux (de pairs, d'enseignants, d'adultes de référence) appartenant au système scolaire. Elle donne accès à de nouvelles connaissances, de nouveaux moyens intellectuels, de nouveaux domaines d'intérêts [...]. L'école est donc un des lieux d'acquisition de connaissances, mais aussi d'échanges intenses entre amis, de premières rencontres amoureuses.[...] Pour toutes ces raisons, l'école devient un des lieux privilégiés de l'expression des troubles de l'adolescence* ».

⁸⁰ Extrait de l'article sur la prévention du suicide en milieu scolaire paru dans Educa santé (en 2003) suite au 2^{ème} Congrès international de la francophonie en prévention du suicide (Liège 2002).

⁸¹ Notons que la réflexion nécessaire sur la problématique du suicide est aussi intégrée dans le Plan quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2004-2009).

⁸² La Charte d'avenir de la Communauté française ayant défini la prévention du suicide comme une priorité, particulièrement chez les jeunes (deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans).

⁸³ Cité par Cherbonnier A., Kinna F. et Dubois S. dans un article de 2003.

Toutefois il est important de rappeler que les jeunes hors obligation scolaire ou en rupture de scolarité se retrouvent aussi parmi les publics les plus à risque en matière de suicide (et plus globalement de santé mentale). Dès lors, il est aussi nécessaire d'élargir, dans la mesure du possible, la vision et d'inclure dans les processus de prévention l'ensemble des acteurs gravitant autour du jeune (exemple : les Aides en Milieu Ouvert, les groupes de pairs etc.).

Tableau XI : Objectifs de promotion de la santé et objectifs de prévention de la problématique de santé prioritaires « Promotion du bien-être et de la santé mentale » du Plan quinquennal de promotion de la santé (2004-2008)

Point 8 : Promotion du bien-être et de la santé mentale
8.1 Objectifs de promotion de la santé.
Développer des compétences favorisant la santé mentale et relationnelle (être bien avec soi et avec les autres), via :
<ul style="list-style-type: none"> • l'apprentissage des « savoirs être » (estime de soi, empathie, capacité à résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres, de prendre des décisions, de gérer le stress ...), • la communication et la participation à des projets collectifs, en prise sur les besoins, les attentes et les désirs des jeunes, • la gestion des conflits et la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents.
8.2 Objectifs de prévention
<ul style="list-style-type: none"> • diminuer le nombre de tentatives de suicide et de récidives chez les jeunes scolarisés en développant dans un premier temps des programmes de formation des adultes travaillant en milieu scolaire, • développer des programmes de recherche dans le domaine de la prévention du suicide.

9 Focus sur la Communauté française

9.1 Observations et analyses

Nous avons utilisé deux approches, pour objectiver l'existant en Communauté française⁸⁴.

- D'une part, **au travers des textes légaux régissant les missions de certains acteurs.**

Il s'agit des Centres de santé mentale, des Centres de planning familial, des équipes PSE (Promotion Santé à l'École), des Centres PMS (Psycho Médico Sociaux) et des AMO (Aide en Milieu Ouvert).

- D'autre part **au travers de la visibilité d'actions menées par des acteurs de terrain**

Les différents acteurs identifiés sont le Centre de prévention du suicide, la cellule provinciale D Clic, Télé Accueil, les Associations du Réseau d'accompagnement du deuil après suicide, la Commission provinciale de prévention du suicide de Liège, le Service Prévention suicide de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon, le Service des Actions de Promotion de la Santé mentale de la Province de Luxembourg, Eole, l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, le Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles, la Fondation Julie Renson, la Fondation Similes et le Centre hospitalier spécialisé de Lierneux⁸⁵.

- Les observations ci-après sont divisées en trois blocs correspondant aux trois niveaux de prévention⁸⁶ (universelle, sélective et indiquée), chaque bloc étant lui-même séparé en grands groupes d'actions. Au sein de ces groupes, on trouve en regard du nom de l'acteur identifié des informations plus spécifiques à celui-ci.

⁸⁴ Les fiches descriptives des missions légales et des activités des (groupes d') acteurs identifiés se trouvent en annexe (annexes 9 et 10).

⁸⁵ Notons qu'auraient pu être repris ici, notamment, de part leur rôle d'interface, les médecins généralistes et les professionnels présents dans les services d'urgence.

⁸⁶ Toutefois, l'accent n'a pas été mis sur la prévention indiquée puisque ce volet est plutôt du ressort du fédéral (volet « curatif »).

* Les 4 tableaux ci-dessous (tableaux XII, XIII, XIV et XV), présentent, en fonction des grands groupes d'actions retrouvés habituellement en **PRÉVENTION UNIVERSELLE**⁸⁷, les différents acteurs et actions identifiés dans le cadre de cette recherche.

Les grands groupes d'actions qui peuvent être distingués au sein de cette catégorie sont, pour rappel : 1/ la promotion du bien-être et de la santé mentale ; 2/ la sensibilisation et l'information du « grand public », 3/ la collaboration avec les médias et 4/ les actions au niveau politique.

Tableau XII : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de **LA PROMOTION DU BIEN-ÊTRE ET DE LA SANTÉ MENTALE** en **PRÉVENTION UNIVERSELLE**

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
• PSE (service de promotion de la santé à l'école)	• <u>Mission légale</u> : mise en place de programme de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé.
• PMS (centre psycho médico sociaux)	• <u>Mission légale</u> : contribuer à rendre optimales les conditions psychologiques, psychopédagogiques, médicales, paramédicales et sociales de l'élève lui-même et de son entourage éducatif immédiat.
• AMO (aide en milieu ouvert)	• <u>Mission légale</u> : aide préventive au bénéfice des jeunes dans leur milieu de vie et dans leurs rapports avec l'environnement social.
• CPF (centre de planning familial)	• <u>Mission légale</u> : animation de groupes (notamment des jeunes) dans le cadre de la vie affective et sexuelle et relationnelle.

⁸⁷ Sous entendu les actions touchant la population [générale] dans son ensemble.

Tableau XIII : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de LA SENSIBILISATION ET L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC en PRÉVENTION UNIVERSELLE

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
<ul style="list-style-type: none"> • CSM (centre de santé mentale) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Mission légale</u> : information, sensibilisation et éducation en matière de santé mentale. • <u>Mission légale</u> : intervention particulière de prévention envers des groupes ciblés (ex : population scolaire).
<ul style="list-style-type: none"> • CPS (centre de prévention du suicide) • Commission provinciale de prévention du suicide de Liège 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation d'évènements dans le cadre de la journée de prévention du suicide (conférences, soirées débats, etc.). • Mise à disposition de toute personne intéressée d'une documentation sur la problématique du suicide. • Organisation annuelle d'une semaine provinciale de prévention du suicide. Remarques : <ul style="list-style-type: none"> ○ diffusion d'une information la plus large possible par le biais de dépliants et d'organisation de colloques. ○ cette commission a conçu et met à disposition une exposition itinérante de prévention du suicide « les maux n'auront pas le dernier mot ».
<ul style="list-style-type: none"> • IWSM (institut wallon pour la santé mentale) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Santé mentale</u> : centre de documentation : mise à disposition auprès de toute personne ou association demandeuse d'ouvrages et de revues, recherche bibliographique, dossiers documentaires.
<ul style="list-style-type: none"> • Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon • Fondation Julie Renson 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de cycles d'information pour le grand public Remarques : cette structure a réalisé un dépliant de présentation à destination du grand public. • <u>Santé mentale</u> : Sensibilisation ou information d'un large public sur des sujets sensibles ou méconnus de la santé mentale, par l'organisation de congrès, journées d'études, rencontres entre les communautés linguistiques du pays etc. <u>Remarque</u> : la Fondation poursuit aussi des activités de sensibilisation sur les conduites à risques telles que le suicide, la somnolence au volant, l'abus d'alcool ou de substances toxiques, l'isolement. • <u>Santé mentale</u> : Service Info santé mentale qui répond par téléphone, courrier, etc. aux questions émanant de professionnels et/ou de particuliers sur le thème de la santé mentale. <u>Remarques</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ la Fondation est aussi le gestionnaire de Theseas.be qui est une base de données sur la santé mentale accessible gratuitement par Internet destinée au grand public. • publications sur la prévention de la santé mentale, les traitements psychiatriques, la place de la dimension culturelle en santé mentale etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Fondation Similes 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Santé mentale</u> : Organisation de conférences-débats avec participation d'experts.

Tableau XIV : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de COLLABORATION AVEC LES MÉDIAS en PRÉVENTION UNIVERSELLE

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
• Fondation Similes	• <u>Santé mentale</u> : Information aux médias (sensibilisation aux pathologies mentales etc.).

Tableau XV : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions AU NIVEAU POLITIQUE en PRÉVENTION UNIVERSELLE

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
• Service des actions de promotion de la santé mentale de la province de Luxembourg	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Santé mentale</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser une politique concertée de santé mentale répondant aux besoins spécifiques de la population luxembourgeoise grâce à l'appui et à la mobilisation des structures en place (publiques et privées). ○ Assurer la promotion de la santé mentale en encourageant les activités sur les plans local, régional, provincial, voir inter provincial ○ Développement des partenariats extérieurs (en répertoriant les partenaires potentiels et les associations) et coordination des activités en place et établissement de priorités en matière de santé publique.
• Fondation Similes	• <u>Santé mentale</u> : Sensibilisation du monde politique et médical pour que soit reconnu le rôle important des proches de malades mentaux.

* Les 3 tableaux ci-dessous (tableaux XVI, XVII et XVIII), présentent, en fonction des grands groupes d'actions retrouvés habituellement en PRÉVENTION SÉLECTIVE⁸⁸, les différents acteurs et actions identifiés dans le cadre de cette recherche.

Les grands groupes d'actions qui peuvent être distingués au sein de cette catégorie sont, pour rappel : 1/ la sensibilisation, la formation et le soutien des professionnels (de première ligne et hospitaliers) ; 2/ la détection et l'orientation des individus à risque, la promotion et la construction des relais et 3/ la postvention et le soutien à l'entourage et aux proches.

⁸⁸ Sous entendu les actions envers les groupes considérés comme globalement plus à risque.

Tableau XVI : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de **SENSIBILISATION, DE FORMATION ET DE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS (DE PREMIÈRE LIGNE ET HOSPITALIERS)** en **PRÉVENTION SÉLECTIVE**

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
• D Clic	• Actions de sensibilisation et de prévention des comportements suicidaires dans toutes les écoles du territoire provincial (non pas directement avec les jeunes pour les acteurs qui les côtoient) → le travail se fait en collaboration avec les PMS rattachés aux écoles, chargés d'identifier les professeurs relais.
• CPS (centre de prévention du suicide)	• Sensibilisation de certains groupes professionnels tels les policiers, les pompiers, les gardiens de prison, les conducteurs de train et de métro etc.
• Commission provinciale de prévention du suicide de Liège	• Organisation de soirées de sensibilisation à destination des médecins généralistes, des ambulanciers, des pompiers etc. et organisation de formations qui traitent de la prise en charge du suicide destinées à différents publics cibles (tels les médecins généralistes, les infirmières, le personnel des urgences, des enseignants, les services sociaux de la police fédérale, les agents pénitenciers etc.).
• Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon	• Organisation de cycles de formation pour les professionnels (police, professeurs, animateurs de quartiers etc.).
• IWSM	• <u>Santé mentale</u> : Formation des professionnels de la santé mentale, des intervenants de 1ère ligne ([cycles] de séminaires, journées d'études, colloques, groupe de formation, intervisions, échanges de savoirs, supervisions, modules thématiques → La formation inclut la sensibilisation des professionnels. <u>Remarque</u> : le SSM-ULB propose aussi des activités de formations (par l'organisation de séminaires comme par exemple « la prise en charge hospitalière des jeunes suicidant et des jeunes anorexiques »). De plus, un subside du Fond Houtman de l'ONE a permis la rédaction d'une brochure d'information, destinée aux médecins généralistes et pédiatres de la Communauté française (Prévenir le suicide à l'adolescence).
• Eole	• <u>Santé mentale</u> : Service d'appui et d'orientation téléphonique pour les professionnels confrontés à des problèmes de santé mentale.

Tableau XVII : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de DÉTECTION ET D'ORIENTATION DES INDIVIDUS À RISQUE ; DE PROMOTION ET DE CONSTRUCTION DES RELAIS en PRÉVENTION SÉLECTIVE

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
• PSE	• <u>Mission légale</u> de suivi médical des élèves - étudiants → possibilité de dépistage des individus en souffrance → orientation vers une structure de prise en charge (tel les CSM).
• PMS	• Dépistage des élèves - étudiants en souffrance → orientation vers une structure de prise en charge (tel les CSM). <u>Remarque</u> : Dans la continuité de l'évaluation préliminaire du dispositif de soins bruxellois réalisée en 1997-1998, un projet spécifique élaboré dans le cadre du département "adolescence" a mis en œuvre, grâce à un subside spécifique de 2 ans de la Cocom, une recherche-action visant à faciliter la mise en place, en collaboration avec les centres PMS, de dispositifs d'interventions de crise dans les établissements scolaires.
• AMO	• <u>Mission légale</u> : aide individuelle lors d'une situation de rupture avec l'environnement social et familial → possibilité d'orientation vers un CSM
• CPF	• <u>Mission légale</u> : accueil, information, éducation et accompagnements des individus.
• CSM	• <u>Mission légale</u> : accueil et diagnostic des individus.
• Télé Accueil • CPS • Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon	• <u>Ecoute téléphonique</u> de personnes en situation de crise. <u>Remarque</u> : le CPS propose via son site Web un forum de discussion.
• IWSM	• <u>Santé mentale</u> : information sur le rôle, le fonctionnement et les coordonnées des services et institutions ou orientation vers des organismes de référence.

Tableau XVIII : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions de POSTVENTION ET DE SOUTIEN À L'ENTOURAGE ET AUX PROCHES en PRÉVENTION SÉLECTIVE

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
• D Clic • CPS • Réseau d'accompagnement du deuil • Commission provinciale de prévention du suicide de Liège	• Postvention suite à un suicide (dans les écoles, les entreprises, les prisons etc.) • Groupes de paroles pour personnes endeuillées suite à un suicide. • Existence d'une équipe de première intervention suicide qui peut intervenir à la demande des directions des établissements scolaires, tous réseaux confondus, suite à un suicide ou à une tentative de suicide. Cette équipe intervient pour assurer, auprès de l'institution scolaire, l'information et le soutien adéquat. → orientation si nécessaire, vers les services ressources les plus habilités (PMS, IMS/PSE, CSM, ...).
• Fondation Similes	• <u>Santé mentale</u> : Organisation de groupe de paroles pour partager les expériences, s'entraider et se soutenir (promotion de la qualité de vie des malades mentaux et de leurs familles).
• IWSM	• <u>Santé mentale</u> : formation et sensibilisation des usagers et de leurs familles. (journées d'études, colloques, modules thématiques etc.).

Il est important de noter que la notion de « développement de relais » peut trouver sa place dans les trois volets de la prévention. Puisque nous sommes dans une approche psychodynamique du phénomène le réseautage, le relais et le référencement doivent se faire à la charnière de tous les niveaux.

Les acteurs ayant été clairement identifiés comme participant à des relais, des partenariats et/ou des réseaux sont les suivants : le Centre de Prévention du Suicide, la cellule provinciale D-Clic, le Service de Santé Mentale de l'ULB (SSM-ULB), le Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon et la Commission provinciale de prévention du suicide de Liège.

* Les 2 tableaux ci-dessous (tableaux XIX et XX), présentent, en fonction des grands groupes d'actions retrouvés habituellement en **PRÉVENTION INDIQUÉE**⁸⁹, les différents acteurs et actions identifiés dans le cadre de cette recherche⁹⁰.

Les grands groupes d'actions qui peuvent être distingués au sein de cette catégorie sont, pour rappel : 1/ l'ensemble des actions/activités qui visent la prise en charge et le traitement de la personne qui a posé un acte suicidaire et 2/ les activités de recherches⁹¹.

⁸⁹ Sous entendu les actions visant les individus ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé.

⁹⁰ Cette partie consacrée à la prévention indiquée a été abordée plus parcellairement puisque notre but premier était surtout de mettre en évidence les actions/activités en rapport avec les compétences santé de la Communauté, à savoir la dimension prévention et promotion de la santé.

⁹¹ Il est important de noter que les activités de recherches peuvent trouver leur place dans les trois volets de la prévention.

Tableau XIX : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des actions **DE PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT** en **PRÉVENTION INDIQUÉE**

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
• CSM	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Mission légale</u> : traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des individus. Exemple : SSM-ULB → activités cliniques : consultation, psychothérapie, interventions thérapeutiques à domicile, interventions en institution, expertises et conciliations, traitements psychothérapeutiques sous contrainte judiciaire.
• CPS	<ul style="list-style-type: none"> • Cellule d'intervention psychologique qui sur demande des médecins généralistes et des unités d'urgences hospitalières opère la transition entre ceux-ci et les services thérapeutiques devant prendre le relais pour un traitement à long terme d'un suicidant.
• Centre hospitalier spécialisé de Lierneux	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'admission et de traitement <ul style="list-style-type: none"> ○ Centre Patrick Dewaere : soins aigus, mixte, portes ouvertes qui accueille des personnes ayant fait une tentative de suicide, ou à titre préventif. C'est un lieu de transition, de médiation et de remédiation. Après un entretien préalable de jeunes adultes suicidaires sont accueillis en vue d'une préparation à une prise en charge psychothérapeutique. ○ Le Val : soins aigus, pour les femmes (à partir de 16 ans), portes ouvertes. Sont accueillies les situations de crise, les dépressions réactionnelles, les tentatives de suicide, les névroses, les psychoses, les séniles et les déficiences intellectuelles (non isolées, mais avec troubles du comportement). Les toxicomanes de sexe féminin sont aussi prises en charge depuis quelques années. ○ Le Relais : soins aigus, hommes (à partir de 17 ans), portes ouvertes. Sont accueillies les situations de crise, les tentatives de suicide, les dépressions réactionnelles, les psychoses (après phases aiguës, en évitant les schizophrénies chroniques), névroses (spécialisés), les cas limites, les déficiences intellectuelles (légères) et les toxicomanies (sauf drogues dures).

Tableau XX : Liste des acteurs et actions identifiés dans le cadre des **ACTIVITÉS DE RECHERCHE** en **PRÉVENTION INDIQUÉE**

• Acteurs identifiés	• Activité(s), remarque(s) et/ou exemple(s)
<ul style="list-style-type: none"> • IWSM • SSM-ULB 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Santé mentale</u> : recherche pour accroître la compréhension des problématiques.

* Les 3 tableaux (XXI, XXII et XXIII) suivants mettent en parallèle (par type de prévention) 1/ ce qui a été objectivé en Communauté française, 2/ les niveaux de compétences et 3/ ce qui émane des recommandations, des actions reprises dans les programmes nationaux et/ou régionaux ainsi que des stratégies efficaces ou faisant consensus :

Tableau XXI : Présentation, au niveau de la **PRÉVENTION UNIVERSELLE**, des acteurs identifiés et des niveaux de compétences en fonction des acquis théoriques^[1]

Recommandations, actions, et/ou stratégies	NC*	Acteurs identifiés
Promotion du bien-être et de la santé (y compris la santé mentale)	C R	<ul style="list-style-type: none"> • PSE • PMS • AMO • CPF <p style="text-align: right;"><i>c'est inscrit dans leurs <u>missions légales</u></i></p>
Sensibilisation et information du « grand public »	C R F	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de Prévention du Suicide (CPS) • Commission provinciale de prévention du suicide de Liège • Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon • Centres de santé mentale (<i>c'est inscrit dans leurs <u>missions légales</u></i>) • Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM) • Fondation Julie Renson • Fondation Similes
Réduction de la disponibilité et de l'accès aux moyens pour se suicider (armes à feu, substances toxiques etc.)	F	<i>Pas d'acteur identifié dans le cadre de cette recherche</i>
Politique responsable au niveau des médias	F C R	<ul style="list-style-type: none"> • Fondation Similes
Promotion de politiques qui concernent le bien-être social, l'éducation, l'école et le lieu de travail, la santé mentale, l'abus de substances etc.	F C R	<ul style="list-style-type: none"> • Fondation Similes • Service des actions de promotion de la santé mentale de la province de Luxembourg

[1] : par acquis théoriques, on entend les recommandations des experts, les actions reprises dans les programmes nationaux et/ou régionaux ainsi que les stratégies efficaces ou faisant consensus. *NC : niveaux compétents avec F : Fédéral, C : Communauté et R : région

On observe donc que, les actions de réduction de l'accès aux moyens mis à part, les différents volets de la prévention universelle sont approchés tant par les acteurs de la Communauté française (surtout du fait de leurs missions légales en rapport avec la promotion de la santé et du bien-être) que par d'autres acteurs dépendant d'un autre niveau de pouvoir.

A ce niveau on note que les compétences de la Communauté française apparaissent quasi dans la totalité des groupes d'actions cités mais aussi que les trois niveaux de pouvoir sont concernés.

Tableau XXII : Présentation, au niveau de la **PRÉVENTION SÉLECTIVE**, des acteurs identifiés et des niveaux de compétences en fonction des acquis théoriques^[1]

Recommandations, actions, et/ou stratégies	NC*	Acteurs identifiés
Sensibilisation, formation et soutien des acteurs de premières lignes (professeurs, éducateurs, médecins, urgentistes, pompiers, gardiens de prison, etc.)	F C R	<ul style="list-style-type: none"> • Eole asbl • CPS • IWSM • Commission provinciale de prévention du suicide de Liège • Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon • Fondation Julie Renson
Détection précoce des problèmes, diagnostique convenable et guidance pour une prise en charge adéquate	F C R	<ul style="list-style-type: none"> • PSE • PMS • AMO • CPF • CSM • CPS (<i>partie "service d'écoute téléphonique"</i>) • Télé Accueil • Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon (<i>partie "service d'écoute téléphonique"</i>) • IWSM <p style="text-align: right;"><i>c'est inscrit dans leurs <u>missions légales</u></i></p>
Postvention et soutien aux proches et à l'entourage	F R	<ul style="list-style-type: none"> • D Clic • CPS • Commission provinciale de prévention du suicide de Liège • Réseau d'accompagnement du deuil • Fondation Similes • IWSM

[1] : par acquis théoriques, on entend les recommandations des experts, les actions reprises dans les programmes nationaux et/ou régionaux ainsi que les stratégies efficaces ou faisant consensus. *NC : niveaux compétents avec F : Fédéral, C : Communauté et R : région

En matière de prévention sélective, on retrouve un certain nombre d'acteurs oeuvrant déjà en prévention universelle. Les compétences de la Communauté française sont aussi bien présentes dans ce volet de prévention dite sélective, et de nouveau, les autres niveaux de pouvoirs sont aussi présents.

Tableau XXIII : Présentation, au niveau de la **PRÉVENTION INDIQUÉE**, des acteurs identifiés et des niveaux de compétences en fonction des acquis théoriques^[1]

Recommandations, actions, et/ou stratégies	NC*	Acteurs identifiés
Traitement et suivi adéquats et complets (formation des intervenants, réflexion sur la prise en charge etc.)	F R	<ul style="list-style-type: none"> • CSM (<i>c'est une de leur missions légales</i>) • Cellule d'Intervention Psychologique du CPS • Centre hospitalier spécialisé de Liereux
Réhabilitation des patients psychiatriques et des personnes ayant fait une tentative de suicide	F R	
Promotion de la recherche en suicidologie	F C R	<ul style="list-style-type: none"> • IWSM • Centre de Santé Mentale de l'ULB (SSM-ULB)
Collecte des données (standardisation, qualité etc.)	F C R	<ul style="list-style-type: none"> • Institut National de Statistiques (<i>mortalité</i>) • Services des urgences (<i>morbidité</i>) • Réseau des Médecins Vigies (<i>morbidité</i>)

[1] : par acquis théoriques, on entend les recommandations des experts, les actions reprises dans les programmes nationaux et/ou régionaux ainsi que les stratégies efficaces ou faisant consensus. *NC : niveaux compétents avec F : Fédéral, C : Communauté et R : région

Dans le cadre du volet de prévention indiquée, la place occupée par la Communauté française se limite plutôt au soutien à la recherche et à la collecte de donnée.

Si l'on analyse la situation en terme de relation entre les acteurs, on peut dire que l'on se trouve en Communauté française, dans un contexte à « plusieurs vitesses » ; et cela tant en matière d'actions qu'en matière de partenariat.

En effet, au niveau des actions entreprises, il existe 1/ des actions ponctuelles (réponse à des appels à projets tels ceux lancés par la Ministre de la santé en 2002) et 2/ des actions qui s'inscrivent dans la durée (Dclic asbl par exemple qui est reconnue comme intervenant « expert » lors d'un suicide dans un milieu de vie)

Au niveau des réseaux / partenariats, il existe 1/des partenariats ponctuels (projet financé dans le cadre de l'appel à projet de 2002 : entre une AMO et un centre scolaire mais qui peuvent faire germer le début d'un réseau, 2/des réflexions sur la possibilité de réseaux clairement définis à long terme (ex du SSM-ULB avec les écoles), où l'on invite chaque acteur à se connaître et à se reconnaître et 3/ les réseaux sur base d'une pratique commune (ex le Réseau prévention suicide en Communauté française ou le Réseau deuil)

10 Etat de la réflexion et questionnement

10.1 Etat de la réflexion

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, rien que pour l'année 2000, approximativement un million de personnes se sont suicidées et 10 à 20 fois plus de personnes ont fait une tentative de suicide à travers le monde (WHO, 2002). En Belgique, une analyse des données de mortalité de 1987 à 1997 nous montre que chaque année environ 2000 Belges se sont, en moyenne, suicidés. Si l'on regarde les répartitions de ces décès par tranches d'âges, on constate que les 15-24 ans⁹² et les 25-44 ans⁹³ présentent les proportions de décès attribuables au suicide les plus élevées.

Lorsque l'on parle du suicide, il est important de souligner que l'on ne parle pas que d'acte mortel (à savoir le suicide complété). L'éventail des comportements suicidaires inclut aussi d'une part la tentative de suicide, c'est à dire l'acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort ; et d'autre part, les comportements suicidaires indirects, c'est à dire tous les comportements humains qui augmentent la probabilité de décès à moyen terme mais qui ne précipitent pas la mort à court terme ou qui ne causent pas de traumatisme physique dans le futur immédiat.

Nous avons vu, qu'au-delà de ces définitions, il était difficile de donner aux différentes étapes du processus suicidaire des frontières bien tranchées car chaque individu suit un cheminement qui lui est propre et dont les expressions sont loin d'être standardisées.

Pour étudier les facteurs associés au processus suicidaire nous avons privilégié l'approche dynamique⁹⁴ basée sur une notion de continuum intégratif, c'est à dire que chacun des facteurs est en interaction complexe et dynamique. Les facteurs associés

⁹² Chez les 15-24 ans (pour la période 1987 – 1997), le suicide est la deuxième cause de mortalité après les accidents de transports.

⁹³ Chez les 25-44 ans (pour la période 1987 – 1997), le suicide représente la première cause de décès avant, notamment, les cancers et les accidents de transports.

⁹⁴ Au détriment de l'approche classique qui catégorise les facteurs associés en facteurs de risque individuel, en facteurs socioculturels et environnementaux, en facteurs biologiques et génétiques et enfin en facteurs de protection (voir le point 4.1).

sont donc catégorisés en facteurs de prédisposition, de contribution, précipitants et de protection (voir le point 4.2).

La modélisation théorique du processus suicidaire (voir le point 5.) nous a permis, d'un point de vue méthodologique, d'une part d'avoir une vision globale et synthétique du processus suicidaire (premièrement par l'agencement des concepts les uns par rapport aux autres et deuxièmement par l'intégration des facteurs de prédisposition, de contribution, précipitants et de protection) et d'autre part de mieux décrire la situation de la prévention en Belgique et plus spécifiquement en Communauté française (forces et faiblesses) et ce, grâce à l'intégration sur ce modèle du concept de prévention universelle, sélective et indiquée. Ce concept se réfère aux groupes sur lesquels on souhaite agir plutôt que directement sur l'évènement à prévenir. Ainsi, la prévention universelle concerne la population générale dans son ensemble sans distinction, la prévention sélective concerne les groupes considérés comme globalement plus à risque et enfin, la prévention indiquée s'intéresse aux individus ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé.

Ci-dessous, nous présentons la synthèse des acquis tant au niveau des recommandations et des stratégies validées et/ou faisant consensus au niveau international, qu'au niveau des actions et du contexte politique en Belgique (et plus spécifiquement en Communauté française de Belgique). Nous apportons également un certain nombre de questionnements en regard 1/ de la connaissance du problème, 2/ de la formation, de la sensibilisation et de l'accompagnement, 3/ de milieux et de publics, 4/ du réseautage et enfin 5/ de la concertation politique.

10.1.1 Les recommandations d'experts, les stratégies mises en place et les interventions validées ou faisant consensus

Suite à la lecture d'avis d'experts (voir le point 7.1) et sur base de l'analyse des programmes nationaux et/ou régionaux récoltés (voir le point 7.2) nous pouvons dire que, pour élaborer une stratégie de prévention du suicide de manière cohérente, il est nécessaire de prévoir 1/ une politique qui s'accompagne d'un vaste cadre conceptuel, d'une formulation d'objectifs et de ressources adéquates ainsi que de paramètres

d'évaluation, 2/ une attribution de mandats explicites à des institutions et des organisations responsables de la mise en œuvre des objectifs définis.

En terme de stratégies mises en place au niveau national et/ou régional, les finalités poursuivies sont :

1. de promouvoir les politiques qui concernent notamment la santé mentale, le bien-être social, l'éducation, les milieux de vie (tels l'école et le lieu de travail) **[prévention universelle]**
2. d'identifier et de réduire la disponibilité et l'accès aux moyens **[prévention universelle]**
3. de mettre sur pied une politique responsable au niveau des médias et de soutenir un traitement médiatique adéquat **[prévention universelle]**
4. de sensibiliser le grand public **[prévention universelle]** mais aussi les professionnels de santé **[prévention universelle et sélective]**
5. d'améliorer les pratiques dans les services de santé comme par exemple la détection précoce des problèmes, le diagnostic et le traitement adéquats et complets, la réhabilitation des patients psychiatriques et des personnes ayant fait une tentative de suicide **[prévention sélective et indiquée]**
6. de promouvoir la recherche en suicidologie **[prévention universelle, sélective et indiquée]**
7. d'encourager la collecte des données sur les causes de suicide en évitant la multiplication des enregistrements statistiques **[prévention universelle, sélective et indiquée]**

En terme d'efficacité, nous présentons ci-dessous une synthèse des stratégies / actions qui ont montré une certaine efficacité ou qui font consensus auprès des experts⁹⁵.

- ✓ Il est préférable de privilégier les activités qui visent le renforcement des facteurs de protection **[prévention universelle]**.
- ✓ Les mesures visant à réduire l'accessibilité aux moyens doivent être mises en œuvre car celles-ci montrent des réductions de taux de suicide **[prévention universelle]**.

⁹⁵ Une constatation majeure est le manque d'évaluation scientifique des stratégies de prévention mais aussi des programmes de prévention dans leur ensemble.

- ✓ La sensibilisation des médias sur l'impact du traitement journalistique des suicides s'avère être prometteuse et doit être encouragée [**prévention universelle**].
- ✓ La formation des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes⁹⁶ peut jouer un rôle particulièrement important en matière de prévention du suicide et doit donc être soutenue [**prévention universelle et sélective**].
- ✓ Il est recommandé d'encourager le développement de réseaux de personnes relais⁹⁷ dans les différents milieux de vie notamment pour les jeunes⁹⁸ [**prévention universelle et sélective**].
- ✓ L'efficacité des stratégies/actions mises en place repose en bonne partie sur la capacité des partenaires à travailler de manière concertée (capacité de créer un climat de collaboration entre les différents partenaires) [**prévention universelle et sélective**].
- ✓ La mise en oeuvre de programmes à multiples composantes destinés à promouvoir la santé mentale⁹⁹ doit être soutenue [**prévention universelle**].
- ✓ Il est recommandé de mettre en oeuvre des mesures visant le développement des habilités d'adaptation des jeunes. Ces mesures montrant des effets bénéfiques (amélioration de l'estime de soi, développement de l'aptitude à faire face, contrôle de soi, capacités à résoudre ses problèmes) à la fois en terme de prévention du suicide mais aussi en terme de prévention des comportements à risque tels les comportements d'agressivité, la dépression, l'anxiété, la dépendance aux drogues et à l'alcool, et même à long terme, la délinquance des jeunes [**prévention universelle**].

⁹⁶ Notamment pour augmenter la capacité à détecter les signes de détresse émotionnelle et pour augmenter la connaissance des structures vers qui référer, etc.

⁹⁷ Dans le milieu scolaire, les personnes relais (encore appelées sentinelles) peuvent être définies comme des personnes adultes qui, en raison de leur travail dans le milieu scolaire (professeurs, entraîneurs, etc.) ou dans la communauté (employés des services de loisirs, animateurs de maisons de jeunes, etc.), entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes et sont donc susceptibles de les aider. On présume donc qu'en donnant à certaines personnes une formation qui permet de reconnaître les signes de détresse chez les jeunes, il sera possible d'identifier et référer à des ressources appropriées un plus grand nombre de jeunes à risque.

⁹⁸ Par contre, il est recommandé de faire preuve de prudence dans la mise en oeuvre des programmes d'aide par les pairs car des effets non souhaités ont été observés lorsque les aidants étaient eux-mêmes aux prises avec des difficultés importantes.

⁹⁹ Notamment la santé mentale des jeunes mais à condition que ces programmes ne comportent pas d'activités de sensibilisation (c'est à dire parler directement de la réalité du suicide) qui s'adressent à des groupes de jeunes [en raison des résultats préoccupants (augmentation du sentiment de désespoir, stratégies d'adaptation inadéquates, attitudes inappropriées face au suicide ou face à l'aide à apporter à un pair, opinions défavorables face au programme) qui ont été observés chez des jeunes vulnérables].

- ✓ Chez les adultes ayant déjà commis une tentative de suicide ou un autre acte autodestructeur, les effets positifs de la théorie du comportement cognitif ont pu être parfois démontrés lorsque réalisée dans des conditions très contrôlées. La thérapie de la résolution de problèmes, la fourniture de cartes des personnes à contacter en cas d'urgence, la thérapie dialectique et le traitement par Flupenthixol semblent également évoluer vers des résultats positifs [**prévention indiquée**].
- ✓ Une prévention et un traitement appropriés de certains troubles mentaux et du comportement (que ces interventions soient basées sur l'individu, la famille, l'école ou d'autres secteurs de la communauté) peuvent manifestement abaisser le taux de suicide¹⁰⁰ [**prévention universelle et sélective**].

10.1.2 Les stratégies / action mises en place au niveau belge et plus spécifiquement en Communauté française de Belgique

Lorsque l'on met en parallèle, et cela par type de prévention, ce qui a été objectivé en Communauté française, les niveaux de compétences et ce qui émane des recommandations, des actions reprises dans les programmes nationaux et/ou régionaux ainsi que des stratégies efficaces ou faisant consensus,

- ✓ On observe que, hormis les actions de réduction de l'accès aux moyens, les différents volets de la **prévention universelle** sont approchés tant par les acteurs de la Communauté française (surtout du fait de leurs missions légales en rapport avec la promotion de la santé et du bien-être) que par d'autres acteurs dépendant d'un autre niveau de pouvoir. On note que les compétences de la Communauté française apparaissent dans la quasi-totalité des « groupes d'actions cités »¹⁰¹ mais aussi que les trois niveaux de pouvoir sont concernés.
- ✓ En matière de **prévention sélective**, on retrouve un certain nombre d'acteurs oeuvrant déjà en prévention universelle.

¹⁰⁰ En effet, le dépistage et le traitement précoces de la dépression, de la dépendance alcoolique et de la schizophrénie sont une stratégie utile pour la prévention primaire du suicide.

¹⁰¹ Les différents groupes sont, pour rappel : 1/ la promotion du bien-être et de la santé (y compris la santé mentale), 2/ la sensibilisation et l'information du « grand public », 3/ la réduction de la disponibilité et de l'accès aux moyens pour se suicider (armes à feu, substances toxiques etc.), 4/ les politiques responsables au niveau des médias et enfin 5/ la promotion de politiques qui concernent le bien-être social, l'éducation, l'école et le lieu de travail, la santé mentale, l'abus de substances etc.

Les compétences de la Communauté française sont aussi bien présentes dans ce volet de prévention dite sélective¹⁰², et de nouveau, les autres niveaux de pouvoirs sont présents.

- ✓ Dans le cadre du volet de **prévention indiquée**¹⁰³, la place occupée par la Communauté française se limite plutôt au soutien à la recherche et à la collecte de données.

Si l'on analyse la situation en terme de relation entre les acteurs, on peut dire que l'on se trouve en Communauté française, dans un contexte à « plusieurs vitesses » ; et cela tant en matière d'actions qu'en matière de partenariat.

- ✓ Au niveau des actions entreprises, il existe d'une part des actions ponctuelles (telles des réponses à des appels à projets¹⁰⁴) et d'autre part des actions qui s'inscrivent dans la durée¹⁰⁵.
- ✓ Au niveau des réseaux / partenariats, il existe aussi bien 1/ des partenariats ponctuels (qui peuvent faire germer le début d'un réseau) que 2/ des réflexions sur la possibilité de réseaux clairement définis à long terme où l'on invite chaque acteur à se connaître et à se reconnaître ; qu'enfin 3/ des petits réseaux construits sur base d'une pratique commune¹⁰⁶.

10.1.3 Le contexte politique

L'analyse des compétences et implications des différents niveaux de pouvoir, à la lumière de la thématique abordée permet de noter que :

¹⁰² Où les différents groupes d'actions retrouvés sont, pour rappel 1/ la sensibilisation, la formation et le soutien aux acteurs de premières lignes (professeurs, éducateurs, médecins, urgentistes, pompiers, gardiens de prison, etc.), 2/ la détection précoce des problèmes, le diagnostique convenable et la guidance pour une prise en charge adéquate, et enfin 3/ la postvention et le soutien aux proches et à l'entourage.

¹⁰³ Où les différents groupes d'actions retrouvés sont, pour rappel 1/ le traitement et suivi adéquats et complets (formation des intervenants, réflexion sur la prise en charge etc.), 2/ la réhabilitation des patients psychiatriques et des personnes ayant fait une tentative de suicide, 3/ la promotion de la recherche en suicidologie et enfin 4/ la collecte des données (standardisation, qualité etc.)

¹⁰⁴ Par exemple ceux lancés par la Ministre de la Santé en 2002

¹⁰⁵ Telle Delic par exemple qui est reconnue comme intervenant « expert » lors d'un suicide dans un milieu de vie.

¹⁰⁶ Comme par exemple le Réseau prévention suicide en Communauté française ou le Réseau deuil.

✓ **Le niveau fédéral**

est compétent pour la dimension curative (organisation des services des urgences, prise en charge des malades, formations continuées et recyclages des personnels des structures de santé, des médecins, etc.).

Notons qu'il existe un plan fédéral « en équilibre entre les compétences fédérales et les compétences des entités fédérées ». Ce plan poursuit trois objectifs 1/le décroissement du nombre de suicides, 2/la limitation des récives suicidaires et 3/l'amélioration des conditions d'intégration sociale des suicidants. Une attention particulière est accordée à trois groupes plus à risque à savoir les jeunes, les personnes âgées et les personnes à orientation sexuelle marginale.

✓ **Le niveau communautaire**

est non seulement compétent en matière de prévention et de promotion de la santé mais aussi en matière d'enseignement et d'aide à la jeunesse. Au niveau des acteurs, les centres PMS (psycho médico sociaux), les PSE (promotion santé à l'école) et les AMO (aide en milieu ouvert) dépendent de la Communauté française.

Dans le programme quinquennal de promotion de la santé (2004-2008), le point 8 des problématiques de santé prioritaires qui concerne « la promotion du bien-être et de la santé mentale »¹⁰⁷ poursuit comme objectifs de prévention, entre autres, la diminution du nombre de tentatives de suicide et de récives chez les jeunes scolarisés.

En effet, bien que toutes les tranches d'âges soient concernées par cette problématique, la Communauté française donne la priorité aux jeunes (15-25 ans), et particulièrement aux jeunes scolarisés ; la Charte d'avenir de la Communauté française a aussi défini la prévention du suicide comme une priorité, particulièrement chez les jeunes pour qui le suicide constitue la deuxième cause de mortalité.

✓ **Le niveau régional**

Subventionne et fixe l'agrément des services de santé mentale et des centres de planning familial.

¹⁰⁷ Notons que la réflexion nécessaire sur la problématique du suicide est aussi intégrée dans le Plan quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2004-2009).

→ Quel que soit le niveau de pouvoir concerné, tous sont d'accord sur le fait que la prévention du suicide et plus spécifiquement la prévention du suicide chez les jeunes est une priorité (majeure).

10.2 Questionnement

10.2.1 Sur la connaissance du problème

En terme de connaissance du problème deux préalables sont à rappeler :

1/ Globalement par rapport au monitoring des traumatismes qu'ils soient intentionnels ou non

« Pour concevoir des stratégies de prévention efficaces, la plupart des pays ont besoin de meilleures informations. En particulier, il faut le nombre et le type de traumatismes qui se produisent et les circonstances de leur survenue. Ces informations permettront d'évaluer la gravité des traumatismes et de cibler les secteurs où les mesures de prévention sont les plus urgentes »¹⁰⁸.

2/ Par rapport à la thématique qui nous intéresse, c'est à dire les comportements suicidaires

La problématique du suicide ne se limite pas seulement à l'acte mortel (**suicide complété**). Il existe une série de comportements qui décrivent ce qu'on nomme usuellement le processus suicidaire. La **tentative de suicide** (TS) étant l'acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'abouti pas à la mort. Les comportements autodestructeurs ou **comportements suicidaires indirects** regroupant quant à eux tous les comportements humains qui augmentent la probabilité de décès à moyen terme mais qui ne précipitent pas la mort à court terme ou qui ne causent pas de traumatisme physique dans le futur immédiat.

Sur base de ces préalables deux constats majeurs se présentent :

En terme de mortalité suicidaire :

¹⁰⁸ Phrase extraite de l'avant propos du manuel « Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes » (Holder, Y., Peden, M., Krug, J. *et al*; 2004).

Au-delà du fait de l'existence de certains problèmes dans la qualité des données recueillies (point 3.2.1), les dernières données de mortalité (causes de décès) disponibles en Communauté française date de 1997.

→ La mise à disposition de données récentes est une priorité.

En terme de morbidité suicidaire :

Jusqu'à présent, les données de morbidité suicidaire étaient, pour la Communauté française¹⁰⁹, le plus souvent issues d'enquêtes ponctuelles. Toutefois depuis 2003, il existe, au niveau des services d'urgences des hôpitaux du pays un enregistrement « minimum » aux urgences (RCM) qui devrait permettre de se faire une idée l'importance des tentatives de suicide.

→ La connaissance du problème du suicide en Belgique et en Communauté française est encore très parcellaire. Des informations épidémiologiques de base sont importantes et devraient être apportées de façon prioritaire. La réflexion sur la mise en place d'un SIS (Système d'Informations Sanitaires) en Communauté française intègre-t-elle de façon suffisamment prioritaire cette réalité de santé ?

10.2.2 Sur la formation, la sensibilisation et l'accompagnement

Nous l'avons vu dans le paragraphe consacré aux acquis, la formation des professionnels (tant de première ligne que les autres), la sensibilisation (tant du grand public que des professionnels) et l'accompagnement (tant des intervenants que des proches et de l'entourage) sont trois dimensions qu'il est nécessaire de mettre sur pied lorsqu'on réfléchit en terme d'approche globale de la prévention du suicide. Nous avons mis en évidence lors de cette recherche que le « plan suicide » au niveau fédéral prévoit de former le personnel médical¹¹⁰. C'est probablement une bonne chose mais les acquis théoriques montrent qu'il est nécessaire de former et de sensibiliser tous les intervenants impliqués à l'une ou l'autre étape du processus suicidaire.

¹⁰⁹ Pour la Communauté flamande, le registre des tentatives de suicide géré par l'Université de Gand (qui a une unité de recherche sur le suicide).

¹¹⁰ Sous entendu les médecins, les urgentistes et le personnel de services de psychiatrie.

Nous avons aussi mis en évidence qu'il n'y avait pas de généralisation des pratiques au sein d'un même groupe d'acteurs. Dès lors, on peut se demander si chaque niveau de pouvoir ne pourrait pas réfléchir à la mise en place de formation pour les intervenants dont il a la responsabilité. En Communauté française, par exemple, de par les compétences qui lui sont propres on se situe tout à fait au niveau des personnes pouvant être formées comme « sentinelles ». En effet, les enseignants, le personnel des centres PSE et PMS sont autant d'intervenants de première ligne qu'il est nécessaire de former et de sensibiliser à la réalité du suicide et à la détection précoce des individus à risque¹¹¹.

10.2.3 Sur les milieux et les publics

Il est connu que différents milieux et/ou publics peuvent être privilégiés¹¹² même si l'on se place dans une réflexion globale (nationale et/ou régionale) de prévention du suicide (voir le point 7.1).

Nous savons que 1/ les adolescents sont un groupe particulièrement à risque et 2/ que l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 indique que, « [...] *le milieu scolaire fera [...] l'objet d'une attention toute particulière. En effet, la population des jeunes de 6 à 18 ans est soumise à l'obligation scolaire, et la Communauté française rassemble des compétences orientées vers ce public : promotion de la santé, enseignement, culture, sport, aide à la jeunesse. C'est évidemment une opportunité pour développer des programmes cohérents de promotion de la santé à l'école* » et que « *L'école apparaît comme un lieu particulièrement propice à la promotion de la santé mentale. Elle est pour le jeune un lieu de vie et d'apprentissage, intermédiaire entre la famille et le monde des adultes, un lieu de rencontres, d'échanges souvent intenses et de construction de l'identité. Toutefois il apparaît que les jeunes hors obligation scolaire ou en rupture de scolarité se retrouvent parmi les publics les plus à risque dans le domaine*

¹¹¹ Nous savons que le Centre de Prévention du suicide offre ce genre de formation mais il ne semble pas que ce soit généralisé.

¹¹² Nous savons, par exemple, que les policiers ou les prisonniers sont des groupes particulièrement à risque (en terme de comportements suicidaires) pour lesquels il faudra adapter les stratégies d'approche du problème.

de la santé mentale ; il est donc important de chercher des canaux et les acteurs qui permettraient d'intervenir auprès d'eux ».

→ Au vu des compétences¹¹³ de la Communauté française et de ses priorités¹¹⁴ voilà un groupe pour lequel il serait tout à fait possible de réfléchir à une prévention intégrée mais spécifique.

10.2.4 Sur le réseautage

On a pu montrer dans ce rapport qu'en Belgique les trois niveaux de prévention sont abordés à des degrés divers. On observe cependant 1/ des variations géographiques, 2/ des variations au sein d'un même groupe d'acteurs¹¹⁵ et 3/ des manquements en matière de référencements, de relais, de continuité ou de suivi du processus suicidaire¹¹⁶.

→ Sur base de l'existant et sans nécessairement devoir recourir à la création de nouvelles structures, il devrait être tout à fait possible d'organiser une réponse préventive plus performante et plus efficace en facilitant, en stimulant, en soutenant financièrement la création de réseaux efficaces permettant une approche plus globale et plus concertée de la réalité suicidaire.

→ Cette démarche imposant au préalable un vocabulaire commun (définition des concepts, des buts à atteindre etc.) entre tous les intervenants.

C'est, par exemple, dans ce sens que le rapport sur le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (2003) énonce une série de recommandations issues des concertations ayant eu lieu entre les acteurs du secteur. Parmi celles-ci nous retiendrons les trois suivantes :

¹¹³ Promotion santé, enseignement, aide à la jeunesse.

¹¹⁴ La Communauté française donne la priorité aux jeunes (15-25 ans), et particulièrement aux jeunes scolarisés. De plus la Charte d'avenir de la Communauté française définit la prévention du suicide comme une priorité, particulièrement chez les jeunes (deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans).

¹¹⁵ Par exemple, tous les centres de santé mentale ne sont pas en relation étroite avec les établissements scolaires.

¹¹⁶ Manque de liens entre les personnes de premières lignes et les structures de soins, par exemple.

1/ il est nécessaire de s'appuyer sur les structures existantes et éviter d'en créer des nouvelles. La création de nouvelles structures pousse les services, les institutions et les intervenants à la concurrence et limite les possibilités de concertation, indispensable dans le champ de la santé mentale des enfants.

2/ Il est nécessaire de soutenir une approche plurielle des situations, en prenant compte différentes dimensions : sociales, médicales, psychologiques et éducatives.

3/ Il est nécessaire de penser la prévention dans le cadre d'une promotion globale de la santé mentale et de la santé sociale qui favorise le bien-être des enfants, des jeunes et de leurs familles en y incluant les aspects spécifiques tels l'éducation à la vie affective, la prévention du suicide etc.

10.2.5 Sur la concertation politique

Il n'y a pas encore réellement de réflexion à l'échelon de la Communauté française¹¹⁷. De plus, puisque la problématique du suicide fait intervenir tous les niveaux de pouvoirs, une réflexion devrait être menée en concertation avec ces 3 niveaux afin de coordonner les actions en regard des compétences de chacun.

→ Dans le champ de la prévention du suicide, des initiatives intéressantes existent aux différents niveaux de pouvoir. Malheureusement ces initiatives sont peu ou pas concertées. Ne serait-il pas opportun qu'à l'initiative de la Communauté française par exemple (étant donné l'engagement explicite du plan quinquennal) une démarche¹¹⁸ de concertation soit initiée de façon à rapprocher les efforts, les expertises, les champs de compétences de chacun dans un objectif d'approche globale de prévention ?

¹¹⁷ Bien qu'une ébauche existe de par l'existence du Réseau prévention suicide en Communauté française (mais actuellement ce réseau ne regroupe que le CPS, la cellule provinciale D-Clic, le Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon et l'équipe adolescence du Service de Santé Mentale de l'ULB.

¹¹⁸ Un bon exemple est celui du groupe assuétudes.

Une prévention efficace peut s'organiser : les bases existent déjà, la complémentarité et la continuité entre les différents partenaires restent à développer.

11 Bibliographie

11.1 Les textes légaux¹¹⁹

- Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 ; 30-04-2004 ; M.B. 2004-07-07
- Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à la promotion de la santé à l'école ; 20-12-2001 ; M.B. 2002-01-17
- Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'aide en milieu ouvert ; 15-03-1999 ; M.B. 1999-06-01
- Ministère de la Communauté française ; Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française ; 14-07-1997 ; M.B. 1997-08-29
- Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse ; 04-03-1991 ; M.B. 1991-06-12
- Ministère de la Communauté française ; Arrêté royal organique des centres psychosociaux ; 13-08-1962 ; M.B. 1962-08-25 / 1963-10-10
- Commission Communautaire française ; Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 27 avril 1995 ; M.B. 1995-10-03
- Commission Communautaire commune ; Ordonnance relative à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 17-07-1997 ; M.B. 1997-10-22
- Ministère de la Région wallonne ; Décret organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale ; 04-04-1996 ; M.B. 1996-05-23
- Ministère de la Région wallonne ; Décret relatif aux centres de planning et de consultation familiale et conjugale ; 18-07-1997 ; M.B. 1997-09-23
- Ministère de la Région wallonne ; Centres de planning et de consultation familiale et conjugale. Circulaire relative aux animations : liste des thèmes et recommandations des techniques et outils à utiliser ; 03-10- 2001.

¹¹⁹ La majorité des documents ont été consultés sur le site du Service Public Fédéral Justice http://www.just.fgov.be/index_fr.htm

11.2 Les ouvrages & parties d'ouvrage

- Arteel P., Découvrir la santé mentale. Pour apprendre à accepter l'autre, Cera fondation, 2003, Belgique.
- Artières – Cartier M – L., Repérage et évaluation de la crise suicidaire. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité du passage à l'acte in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/cartier.html>
- Baudelot C., Estabiet R., Durkheim et le suicide, PUF, 1984, France.
- Batt A., Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/batt.html>
- Bleton L., Les conduites suicidaires, in Mourir en société, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, 2000, France.
- Boski L., Repérage et évaluation de la crise suicidaire. Quels sont les éléments essentiels à l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité? Existe-t-il des modalités d'évaluation sur les évaluations téléphoniques? in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/boski.html>
- Comité français d'Education pour la Santé, Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales, Collection Guide d'action, Editions CFES, 2001, France.
- Coslin P. G., Les conduites à risque à l'adolescence, Armand Colin, 2003, France.
- Fédération Française de Psychiatrie, Conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Texte long des recommandations élaborées par le Jury, 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/textlongsuic.html>
- Hawton K., van Heeringen K., The international handbook of Suicide and Attempted suicide, Wiley, 2000, Angleterre.

- Hazif – Thomas C., Conceptualisation de la crise suicidaire in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/hazif.html>
- Living Works Education, Suicide: guide d'intervention, 2001, Canada.
- Maris R. W., Berman A.L., Silverman M.M., Comprehensive Textbook of Suicidology, The Guilford Press, 2000, Etats-Unis.
- Mishara B.L., Chagnon F., Evaluation de programmes en prévention du suicide, Presses Universitaires du Québec, 2004, Canada.
- Mishara B.L., Tousignant M., Comprendre le suicide, Les Presses Universitaires de Montréal, 2004, Canada.
- Moron P., Le suicide, Que sais-je ? , 7ème édition, PUF, 2005, France.
- Moron P., La crise suicidaire (Définition et limites) in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/moron.html>
- Olindo-Weber S., Suicides au singulier, L'Harmattan, 2001, France.
- Perelberg R., Violence et suicide, PUF, 2004, France.
- Perroux D., Repérage et évaluation de la crise suicidaire. Facteurs de risque associés à la crise suicidaire relatifs à l'individu, à l'environnement, aux événements de vie, à l'âge in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/perroux.html>
- Pommereau X., L'adolescent suicidaire, 3ème édition, Dunod, 2005, France.
- Vedrinne J., Weber D., Les étapes de la crise suicidaire in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/vedrinne.html>
- Walter M., Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien. Quels sont les facteurs relatifs à l'environnement (famille, travail, contexte social) ? Quelle est l'influence des événements de vie ? in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.

[Consulté en février 2005]

Disponible sur : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/walter.html>

11.3 Les programmes nationaux, les rapports de recherches, les actes de colloques, les dossiers, les brochures etc.

11.3.1 Pour la Belgique

- Actes du Deuxième Congrès International de la Francophonie en Prévention du Suicide, Maison du Social, 2002, Belgique.
- Actes de la journée d'étude « Du suicide aux suicides » organisée dans le cadre des « premières journées de la Prévention du Suicide en Communauté française », 2004, Belgique.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.preventionsuicide.be/texte/Actes.doc>
- Burquel C., Messens E., Lahaye T., Les services de santé mentale. La santé mentale : un axe prioritaire de la politique de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, 2^{ème} édition, 2001, Bruxelles.
- Centre de Documentation et de Coordination Sociales asbl, Les Services de Santé mentale à Bruxelles, n°0 –05/98, 1998, Belgique.
- De Clercq M., Vranckx A., Navarro F., Piette D., Enquête Santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale. Recherche effectuée à la demande des Ministres Hasquin et Chabert, Plate-forme Concertation pour la Santé mentale pour Bruxelles-Capitale et Unité PROMES de l'Université Libre de Bruxelles, 1996, Belgique.
- De Spiegelaere M., Wauters I., Haelterman E., Le Suicide en Région de Bruxelles-Capitale. Situation 1998-2000, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2003/04, Belgique.
[Consulté en janvier 2005]
Disponible sur : <http://www.observatbru.be/fr/Publications/sucide%20fr.pdf>
- Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale, Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale, 2005, Belgique.
[Consulté en octobre 2005]
Disponible sur : <http://www.kbs-frb.be>
- Godin I., Piette D., Kittel F., Santé mentale des jeunes. Actualisation des données de 1994. Fiche Sanomètre 55. ULB-PROMES, 2005, Belgique.
- Hirsh D., Alonso F., Englert A et al, Recherche-action pour une prévention du suicide à l'adolescence en milieu scolaire en Région de Bruxelles-Capitale, Rapport d'activité 1/12/00-30/11/02, Association pour le développement des traitements, de

la prévention, de la formation et de la recherche en santé mentale à l'ULB (SSM-ULB), 2002, Belgique.

[Consulté en janvier 2005]

Disponible sur : <http://www.ulb.ac.be/assoc/SSM/Suicide%2002.pdf>

- Hoyois Ph., Hirsh D., Matot J-P., Suicide et tentatives de suicide à l'adolescence. Situation du problème et investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale, Rapport de la Coordination des Urgences, Ligue bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale département « Adolescence » du Service de Santé Mentale de l'ULB, 1998, Belgique.
- Institut Wallon pour la Santé Mentale, Le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents : présentation d'expériences et cadastre des services existants, 2003, Belgique.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : http://www.iwsm.be/synth_matinales_enfants.pdf
- Ligue wallonne pour la Santé mentale asbl, Recherche-action sur la création d'outils de prévention du suicide chez les jeunes. Appel à projets de la Communauté française sur la prévention du suicide chez les jeunes de 12 à 18 ans, Institut Wallon pour la Santé Mentale, 2003, Belgique.
- L'Observatoire, Dossier : Actions provinciales, actions sociales, (pp : 33-84), n°15, 1997, Belgique.
- L'Observatoire, Dossier : Suicide, adolescents et milieu scolaire, (pp :17-84), n°30, 2001, Belgique.
- Renard K., Senterre C., Piette D., Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique, ULB-PROMES, 2003, Belgique.
- Service de Santé Mentale de l'ULB (SSM-ULB), Rapport d'activités 2004, Belgique.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : http://www.ulb.ac.be/assoc/ssm/rapport_SSM2004.pdf
- UCL-RESO, Quels sont les déterminants qui influencent la santé mentale au sein des familles ? Série de dossiers techniques, 2004, Belgique.
- Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide. Etat de la question et pistes de prévention. Synthèse de la journée d'études organisée le 17 juillet 2001, Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint Louis), Fédération des Associations Gays et Lesbiennes (FAGL), Kot à projet Accueil Homosexualité et Ex Aequo, 2001, Belgique.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur :
http://www.centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/Publications/Suicide/suicide.pdf

11.3.2 Au niveau international

- Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth, 2002, Canada.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : http://www.ahfm.ab.ca/hta/hta-publications/reports/suicide_prevention.pdf
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Suicide Prevention Strategies : Evidence from Systematic Reviews, 2003, Canada.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur :
http://www.ahfm.ab.ca/hta/hta-publications/reports/suicide_prevention_strategies_evidence.pdf
- Australian Institute of Family Studies, Valuing young lives. Evaluation of the National Youth Suicide Prevention Strategy, 2000, Australia
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : <http://www.aifs.gov.au/ysp/yspevaluation/evalrep1.pdf>
- Center for the Application of Prevention Technologies, Science Based Prevention. Step 5: Targeting Efforts : Types of Prevention Strategies (Excerpt from “Drug Abuse Prevention : What works”, National Institute of Drug Abuse, 1997, p.10-15).
[Consulté en avril 2005]
Disponible sur : <http://www.secapt.org/flash/science5types.html>
- Chagnon F., Houle J., Renaud J., Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les adolescents ? Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal, Bibliothèque du centre de Jeunesse de Montréal, 2002, Canada.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, LIFE. Life Is For Everyone. A framework for prevention of suicide and self-arm in Australia. Learning about suicide, 2000, Australie.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.health.gov.au>
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, LIFE. Life Is For Everyone. A framework for prevention of suicide and self-arm in Australia. Areas for action, 2000, Australie.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.health.gov.au>
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, LIFE. Life Is For Everyone. A framework for prevention of suicide and self-arm in Australia. Building partnerships, 2000, Australie.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.health.gov.au>

- Department of Health and Ages Care, National Youth Suicide Prevention Strategy – setting the evidence-based research agenda for Australia (a literature review), 1999, Australie.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/mh12.pdf>
- Department of Health, National Suicide Prevention Strategy for England, Department of Health Publications, 2002, Angleterre.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.dh.gov.uk/home/fs/en>
- Direction des Communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Actes de la journée sur la prévention du suicide chez les jeunes. Le modèle de la Colombie-Britannique. Un regard sur les pratiques québécoises, 2000, Canada.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention (document de travail), 2003, France.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/dress/seriesetudes/pdf/seriesetud30.pdf>
- Institut national de Santé Publique du Québec, L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ? , 2004, Canada.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : <http://www.inspq.ca/pdf/publications/283-FeuilletEpidemioSuicide.pdf>
- Implementing Mental Health Promotion Action (IMHPA), Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe, 2005, Pays-Bas.
[Consulté en mai 2005]
Disponible sur : http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf
- Julien M., Laverdure J., Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, Institut National de Santé Publique du Québec, 2004, Canada.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : http://www.inspq.ca/pdf/publications/280_AvisSuicideJeunes.pdf
- Kahn J.P., Cours de psychiatrie du CNUP (Collège National des Universitaires en Psychiatries), Module 3 - Question 44 : Risque suicidaire de l'adulte. Identification et prise en charge, France
[Consulté en avril 2005]
Disponible sur : http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/44-risque-suicide.htm
- National Board of Health, National Programme for Prevention of Suicide and Suicide Attempts, 1998, Danemark.
[Consulté en mars 2005]
Disponible sur : <http://www.sst.dk/publ/publ1998/selvord/suhpsmra/inde0005.htm>

- Ministry for Health and Community Care, Choose life. A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland, 2002, Ecosse.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/dss-00.asp>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, « S'entraider pour la Vie » Stratégie québécoise d'action face au suicide, 1998, Canada.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/index.html>
- Ministry of Social Development and the Centre for Social Research and Evaluation, Phase One Evaluation of the New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy, 2003, New Zealand.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : <http://www.msd.govt.nz/work-areas/social-research/youth-suicide-prevention-strategy.html#2>
- Ministry of Social Development and the Centre for Social Research and Evaluation, New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy, Phase Two Evaluation, 2005, New Zealand.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : <http://www.msd.govt.nz/work-areas/social-research/youth-suicide-prevention-strategy.html#2>
- Ministry of youth Affairs, Ministry of Health and The Puni Kokiri, In our hands, New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy, 1998, New Zealand.
[Consulté en mars 2005]
Disponible sur : <http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/world.asp>
- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Evaluation du programme régional de santé (PRS), Prévention du suicide et de la tentative de suicide en Bourgogne. Partie 1 : Evaluation du processus, 2003, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.ors-bourgogne.org>
- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Prévention du suicide et de la tentative de suicide en particulier auprès des adolescents et adultes jeunes. Evaluation du programme régional en Bourgogne. 1ème partie : Evaluation du processus (rapport de recherche), 2003, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.ors-bourgogne.org>
- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Evaluation du programme régional de santé (PRS), Prévention du suicide et de la tentative de suicide en Bourgogne. Partie 2 : Evaluation des résultats, 2003, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.ors-bourgogne.org>

- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Prévention du suicide et de la tentative de suicide en particulier auprès des adolescents et adultes jeunes. Evaluation du programme régional en Bourgogne. 2ème partie : Evaluation des résultats (rapport de recherche), 2003, France.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.ors-bourgogne.org>
- Ohio Department of Mental Health in collaboration with the Ohio Coalition for Suicide Prevention, Ohio's Suicide Prevention Plan, 2002, Etats-Unis.
[Consulté en avril 2005]
Disponible sur :
<http://www.mh.state.oh.us/initiatives/suicide-prevention/Suicide-prevention-plan.pdf>
- Palicot A.M. (coordination du dossier), Quelle prévention du suicide ? , La Santé de l'homme, 342, pp : 14-42, 1999, France.
- Radulescu R., Henderson J., Guidelines for Country-based Programmes of Suicide Prevention, 2004, Mental Health Europe (with the support of the Belgian Federal Public Service for Health, Food Chain Safety and Environment, International Relations Department), 2004, Belgique.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur :
<http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/thema/sanment/Hpublicaties-publications/index.htm>
- Saint-Laurent D., Epidémiologie des comportements suicidaires, module de formation, Université d'été de Besançon, juillet 2005, France.
- Saint-Laurent D., Facteurs de risque et facteurs associés aux comportements suicidaires, module de formation, Université d'été de Besançon, juillet 2005, France.
- Santos O., Sermeus G., Anelli M. et al, A Four-Country Survey Regarding Suicide : Consumer's Beliefs, Attitudes and Behaviors (Belgium, Italy, Portugal and Spain), Consumer Statistical Surveys Department - Test Achats et al, 2003.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : www.altroconsumo.it/images/4/44381_ATTACH.pdf
- Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Stratégie française d'action face au suicide 2000-2005, France.
[Consulté en mars 2005]
Disponible sur : <http://www.infosuicide.org/fpronat.htm>
- SPAN USA (Suicide Prevention Action Network), Suicide Prevention. Prevention Effectiveness and Evaluation, 2001, Etats-Unis.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : <http://www.spanusa.org/pdf/LPBooklet.pdf>

- Upanne M., Hakanen J., Rautava M., Can Suicide Be Prevented? The Suicide Project in Finland. 1992-1996: Goals, Implementation and Evaluation, 1999, Saarijärvi, Finland.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Strategy for Suicide Prevention : Goals and Objectives for Action, 2001, Etats-Unis.
[Consulté en mars 2005]
Disponible sur : <http://www.mentalhealth.org/suicideprevention>
- Washington State Department of Health, Youth Suicide Prevention Plan for Whashington State, Executive Summary, 1995, Etats-Unis.
[Consulté en avril 2005]
Disponible sur : http://www.yspp.org/aboutYSSP/reports/Wa_plan.pdf
- WHO, Réunion préalable à la Conférence sur les stratégies de prévention du suicide en Europe – Bruxelles (Belgique), 11 et 12 mars 2004, World Health Organisation, 2004, Danemark.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/mnh/fpms01.pdf>
- WHO, Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale. Plan d’action sur la santé mentale pour l’Europe. Relever les défis, trouver des solutions – Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005, World Health Organisation, 2005, Danemark.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/mnh/fdoc07.pdf>
- WHO, Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale. La prévention du suicide – Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005, World Health Organisation, 2005, Danemark.
[Consulté en mars 2005]
Disponible sur : <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
- WHO Europe, Suicide Prevention in Europe, The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies, World Health Organisation, 2002, Danemark.
[Consulté en mars 2005]
Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/E77922.pdf>
- WHO, Rapport sur la Santé dans le Monde. Chapitre 3 : Résolution des problèmes de santé mentale, 2001, Suisse.
[Consulté en mars 2005]
Disponible sur : <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index3.html>
- WHO, Rapport mondial sur la Violence et la Santé, 2002, Suisse.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

- WHO Europe & Health Evidence Network, For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness, 2004, Danemark.
[Consulté en avril 2005]
Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>
- WHO, Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases, The quality of Suicide Mortality Data, 2002, Australie.
[Consulté en juin 2005]
Disponible sur : http://www.aihw.gov.au/international/who_hoc/hoc_02_papers/brisbane29.doc
- WHO, Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. Introduction. Adapted from WHO. Figures and facts about suicide, 1999, Suisse.
[Consulté en juillet 2005]
Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf
- WHO, Santé publique et violence : faits et chiffres pour l'Europe, 2002, Danemark.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1002f.pdf>
- WHO – Suicide prevention – SUPRE, Multisite intervention study on suicidal behaviours – SUPRE – MISS. Components and instruments, 2000, Suisse.
[Consulté en août 2005]
Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/media/en/64.pdf
- WHO, La prévention du suicide. Indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire, 2002, Suisse.
[Consulté en avril 2005]
Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/media/en/679.pdf
- WHO, La prévention du suicide. Indications pour professions de santé primaire, 2002, Suisse.
[Consulté en avril 2005]
Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/media/en/427.pdf

11.4 Les articles

- Association Québécoise de Prévention du Suicide [Lévesque L., Roy F, Raymond S] ; Le modèle de la Colombie-Britannique: un modèle à découvrir, Vis-à-vie, vol. 9 n°2, 1999, Canada.
- Burns J. M., Patton G.C., Preventive interventions for youth suicide : a risk factor based approach, Australian and New Zealand journal of Psychiatry, 34, pp : 388-407, 2000.
- Cherbonnier A., Kinna F., Dubois S., Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. Quelle prévention en milieu scolaire ? , Bruxelles Santé, 29, pp : 10-17, 2003.

- Chirita C., Tordeurs D., Janne P. et al, Dépression, suicidalité et caractéristiques familiales, *Louvain Med*, 119, pp : 15-20, 2000.
- Chishiti P., Stone D. H., Corcoran P., Williamson E. et al, Suicide mortality in the European Union, *European Journal of Public Health*, 13, pp : 108-114, 2003.
- Comtois K. A., A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide, *Psychiatric services*, 53. 9, pp : 1138-1144, 2002.
- De Clercq M., Suicide et tentatives de suicide, *Louvain Med*, 117, S502-S508, 1998.
- Douglas J., Cooper J., Amos T. et al, « Near-fatal » deliberate self-arm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 79, pp : 263-268, 2004.
- Evans E., Hawton K., Rodham K., Factors associated with suicidal phenomena in adolescents : a systematic review of population-based studies, *Clinical Psychology Review*, 24, pp : 957-979, 2004.
- Gauvreau C., S'allier pour mieux combattre le suicide, Interview avec Lucie Charbonneau, *Journal de l'UQAM*, 2002.
[Consulté en juillet 2005]
Disponible sur : <http://www.jurnal.uqam.ca/2002-2003/C2901b.pdf>
- Gauvreau C., Investir dans la prévention pour mieux combattre le suicide, Interview avec Brian Mishara, *Journal de l'UQAM*, 2003.
[Consulté en février 2005]
Disponible sur : <http://www.jurnal.uqam.ca/2002-2003/J2915.pdf>
- Godenir F., Algrain V., Zdanowicz N. et al, Les conduites à risque chez l'adolescent, *L'Observatoire*, 42, pp : 69-73, 2004.
- Goldney R. D., A novel integrated knowledge explanation of factors leading to suicide, *New Ideas in Psychology*, 21, pp : 141-146, 2003.
- Gunnell D., Middleton N., National suicide rates as an indicator of the effect of suicide on premature mortality, *The Lancet*, 362, pp : 961-962, 2003.
- Herrera A., Dahlblom K., Dahlgren L et al, Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua, *Social science and Medicine*, 62(4), pp : 805-14, 2006.
- Huon M-H., Les sujets endeuillés après un suicide. Quelques considérations sur l'accompagnement psychologique individuel, *Santé conjugulée*, n°23, pp : 73-80, 2003.
- Info soins, Adolescents suicidants, le rôle essentiel des infirmières scolaires, *Soins Pédiatrie – Puériculture*, n°198, pp : 5-7, 2001.

- Jooken K., Kupers P., Le suicide. Prévenir autant que possible, *Test santé*, 57, pp : 32-36, 2003.
- Jouglu E., Pequignot F., Chappert J.L. et al, La qualité des données de mortalité sur le suicide, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 50, pp : 49-62, 2002.
- Leva C., Schul V., Coupienne V., La prévention du suicide en milieu scolaire. Réflexions et perspectives d'actions, *Education Santé*, 181, pp : 2-4, 2003.
- Maréchal N., Le suicide des jeunes, *Education santé*, 194, pp : 4-7, 2004.
- Maris R.W., Suicide, *The Lancet*, vol 360, pp : 319 – 326, 2002.
- Masson A., Deuil de soi et reconnaissance à soi-même. La traversée du péril adolescent, *Santé conjugulée*, n°23, pp : 45-50, 2003.
- Mazet P., Le suicide de l'adolescent. Prévention du suicide : qu'apporte la notion de crise suicidaire ? , *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 8(14), p : 492, 2001.
- Mishara B., Weisstub D.N., Ethical and legal issues in suicide research, *International Journal of law and Psychiatry*, 28 pp : 23-41, 2005.
- Moscicki E. K., Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention, *Clinical Neuroscience Research*, 1, pp : 310-323, 2001.
- Nordentoft M., Branner J., Drejer K. et al, Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen, *European Psychiatry*, 20 issue 2, pp : 121-128, 2005.
- Novick L. F., Cibula D. A., Sutphen S. M., Adolescent Suicide Prevention, *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (4S), pp : 150-156, 2003.
- Rhimer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland: an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners, *Journal of Affective Disorders*, 35, pp : 147-52, 1995.
- Rudmin F. W., Ferrada-Noli M., Skolbekken J. A., Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide, *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, pp : 373-381, 2003.
- Rutz W., Preventing suicide and premature death by education and treatment, *Journal of Affective Disorders*, 62, pp : 123-129, 2001.
- Sandin B., Chorot P., Santed M. A. et al, Negative life-events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress process perspective, 21, pp : 415 - 426, 1998.
- Stoelb M., Chiriboga J., A process model for assessing adolescent risk for suicide, *Journal of Adolescence*, 21, pp : 359 - 370, 1998.

- Terra J.L., Les questions de santé publique et de recherche qui se posent dans le domaine de la prévention du suicide justifient-elles de nouveaux recueils de données? , Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 50, pp : 49-62, 2002.
- Vignato M., Aspects psychosociaux de la dépression et du suicide, Thérapie familiale, vol. 23, N°1, pp : 35-46, 2002.
- Voracek M., National intelligence and suicide rate : an ecological study of 85 countries, Personality and individual Differences, 37, pp : 543-553, 2004.

11.5 Les sites Web consultés (entre le 01/01/05 et le 30/09/2005)

11.5.1 Les sites belges

- ✓ Centre de Prévention du Suicide
<http://www.preventionsuicide.be>
- ✓ Centrum ter Preventie van Zelfmoord
<http://www.zelfmoordpreventie.be/>
- ✓ Commission provinciale de prévention du suicide de Liège
http://social.prov.liege.be/index.jsp?channel=maison&page=suicides_commission&lang=fr
- ✓ D Clic asbl
<http://www.dclic.org/>
- ✓ Fondation Similes
<http://www.similes.be>
- ✓ Fédération des associations Similes
<http://www.similes.org>
- ✓ Fondation Julie Renson
<http://www.julierenson.be>
- ✓ I feel Good, site des Mutualités socialistes
<http://www.ifeelgood.be/suicide.htm>
- ✓ Institut wallon pour la Santé Mentale (IWSM)
<http://www.iwsm.be.iwsm.htm>
- ✓ Plate-forme de concertation psychiatrique de la Province de Luxembourg
<http://www.pfrc.com/hp/hp.htm>
- ✓ Plate-forme de concertation en santé mentale des Régions du Centre et de Charleroi
<http://www.pfrc.com/hp/hp.htm>

- ✓ Service des actions de promotion de la santé mentale de la Province de Luxembourg
<http://www.province.luxembourg.be/sante/sapm.html>
- ✓ Service de Santé Mentale de l'ULB
<http://www.ulb.ac.be/assoc/ssm/index.html>
- ✓ SIRIUS – Accompagner la Vie asbl
<http://users.swing.be/sirius>
- ✓ Télé Accueil
<http://www.tele-accueil.be/accueil.htm>
- ✓ Unit for Suicide Research
<http://users.ugent.be/~cvheerin>

11.5.2 Les autres sites

- ✓ American Association of Suicidology (USA)
<http://www.suicidology.org>
- ✓ American Foundation for Suicide Prevention (USA)
<http://www.afsp.org/index-1.htm>
- ✓ Association Canadienne pour la Prévention du Suicide (Canada)
<http://www.suicideprevention.ca>
- ✓ Association québécoise de prévention du suicide (Canada)
<http://www.cam.org/~aqs/activ/part/index.html>
- ✓ Association Stop Suicide (Suisse)
<http://www.stopsuicide.ch>
- ✓ Centre for Suicide Prevention (Canada)
<http://www.suicideinfo.ca>
- ✓ Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie (Canada)
<http://www.crise.ca/fr/index.asp>
- ✓ Centre for Suicide Research (Angleterre)
<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr>
- ✓ Ending Suicide (USA)
<http://www1.endingsuicide.com/TopicReq?id=1>
- ✓ Info Suicide (France)
<http://www.infosuicide.org>
- ✓ International Association for Suicide Prevention (IASP)

<http://www.med.uio.no/iasp>

- ✓ Irish Association of Suicidology (Irlande)
<http://www.ias.ie>
- ✓ National Institute of Mental health (USA)
<http://www.nimh.nih.gov/suicideprevention/index.cfm>
- ✓ Preventing Suicide Network (USA)
<http://www.preventingsuicide.com>
- ✓ Santé Mentale Europe
<http://www.mhe-sme.org/fr>
- ✓ Suicide Awareness Voices of Education (USA)
<http://www.save.org>
- ✓ Suicide Prevention and Advocacy Network (USA)
<http://www.spanusa.org>
- ✓ Suicide Prevention Ressource Centre (USA)
<http://www.sprc.org>
- ✓ Suicide and the School (USA)
<http://www.ncpamd.com/Suicide.htm>
- ✓ WHO / OMS Europe
<http://www.euro.who.int>
- ✓ Oxford University Centre for Suicide Research (Angleterre)
<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/>

12 Les annexes

Annexe 1 :

Listes des facteurs de risque et de protection associés aux tentatives de suicide et aux suicides (compulsés par Maris, Berman et Silverman - 2000)

Annexe 2 :

Recommandations de SPANUSA en matière d'efficacité et d'évaluation de la prévention du suicide (2001)

Annexe 3 :

Principes de base pour l'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide - issus du document intitulé « Guidelines for country-based programmes of suicide prevention » (2004)

Annexe 4 :

Résumé des compétences aux différents niveaux de pouvoirs en Belgique en matière de santé

Annexe 5 :

Résumé du plan d'action en matière de prévention du suicide au niveau fédéral

Annexe 6 :

Résumé des missions du Centre de Prévention du Suicide actif en Communauté flamande

Annexe 7 :

Stratégies d'actions retenues au niveau de la Communauté flamande pour mener à bien un plan de prévention de la dépression et du suicide

Annexe 8 :

Les fiches de synthèse des programmes et stratégies mis en place à l'étranger

Annexe 9 :

Les fiches descriptives pour les missions légales des (groupes d') acteurs identifiés

Annexe 10 :

Les fiches descriptives pour les activités des (groupe d') acteurs identifiés

Annexe 1 : Listes des facteurs de risque et de protection associés aux tentatives de suicide et aux suicides compulsés par Maris, Berman et Silverman (2000).

Tableau A.I : les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide et aux suicides recensés par Maris R.W., Berman A.L. et Silverman M.M.

Les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide et aux suicides.	
1. Schizophrénie	31. Traitement psychiatrique antérieur
2. Dépression	32. Abus d'alcool
3. Autre maladie mentale	33. Abus de drogues
4. Troubles de la personnalité	34. Antécédents d'alcoolisme familial
5. Etat désespéré	35. Dégradation sévère de la santé physique
6. Problèmes de vie	36. Pensées paranoïaques
7. Symptômes psychiatriques récents	37. Homosexualité
8. Antécédents de comportement violent	38. Antécédents de tentatives de suicide
9. Attitudes d'acceptation envers le suicide	39. Perte récente d'une relation intime (proche)
10. Impulsivité	40. Problèmes dans le travail
11. Problèmes familiaux	41. Taux bas de CSF 5-HIAA (faible apport alimentaire de tryptophane)
12. Problèmes physiques	42. Asymétrie de l'EEG Alpha
13. Antécédents de violence familiale	43. Faible estime de soi
14. Faire de l'évitement un moyen de faire face	44. Faible support familial
15. Faire de la recherche d'aide un moyen de faire face	45. Cynisme
16. Sentiments persistants de colère	46. Conflits familiaux
17. Sentiments persistants d'amertume	47. Névrose
18. Trait d'anxiété	48. Psychose
19. Mécanisme de défense de régression	49. Aversion interpersonnelle
20. Mécanisme de défense de déplacement	50. Absence de recherche du plaisir (Anhedonie)
21. Caractère soupçonneux, méfiant	51. Hostilité
22. Caractère rebelle	52. Traits antisociaux
23. Comportement agressif envers sa mère	53. Faible taux sanguin de cholestérol
24. Comportement de rejet vis-à-vis de son père	54. Style de vie très stressant
25. Sentiments d'isolement et de solitude	55. Faible taux sanguin de glucose
26. Menaces ou tentatives de suicide parmi les amis proches ou les parents	56. Mobilité fréquente
27. Sexuellement très actif	57. Haut comportement agressif (délinquant) dans l'adolescence
28. Un grand nombre de troubles médicaux ou neurologiques parmi les membres d'une famille	58. Exposition à la violence familiale
29. Perte précoce de la mère ou du père	59. Faible appréhension de la réalité
30. Accès aisé aux armes	60. Questionnement sur l'orientation sexuelle
	61. Dysthymie
	62. Dépréciation de soi

Traduit du *Comprehensive textbook of suicidology* de Maris R. W., Berman A.L., Silverman M.M. [page 414] (2000)

Tableau A.II : les facteurs de protection qui diminuent le risque suicidaire recensés par Maris R.W., Berman A.L. et Silverman M.M.

Les facteurs de protection qui diminuent le risque de suicide	
1. Présence d'un réseau social étendu	7. Vaincre ses imperfections comme moyen de faire face
2. Le mariage	8. Sociabilité du père
3. Etre d'humeur calme	9. Sociabilité de la mère
4. Etre d'humeur joyeuse	10. Acceptation du père
5. Présence de soutiens sociaux	11. Acceptation de la mère
6. Adopter un comportement de déni comme moyen de faire face	12. Avoir un fort ego
	13. Avoir une haute estime de soi
	14. Adhérer à une religion

Traduit du *Comprehensive textbook of suicidology* de Maris R. W., Berman A.L., Silverman M.M. [page 418] (2000)

Annexe 2 : Recommandations de SPANUSA en matière d'efficacité et d'évaluation de la prévention du suicide (2001)

- ✓ Les programmes de prévention doivent être conçus pour renforcer les facteurs de protection. Ils devraient également viser la réduction des facteurs de risque connus.
- ✓ Les programmes de prévention devraient être pensés à long terme, avec des interventions de répétition pour renforcer les buts originaux de la prévention.
- ✓ Les efforts de prévention dirigés vers les familles peuvent avoir un plus grand impact que les stratégies qui se concentrent seulement sur des individus.
- ✓ Les programmes communautaires qui incluent des campagnes médiatiques et des changements politiques sont plus efficaces quand des interventions au niveau individuel et familial sont menées conjointement.
- ✓ Les programmes communautaires doivent renforcer les normes qui soutiennent la recherche d'aide et ce dans tous les milieux y compris la famille, le travail, l'école, et la communauté.
- ✓ Les programmes de prévention devraient être adaptés en fonction de la spécificité du groupe cible.
- ✓ Les programmes de prévention doivent non seulement être spécifiques à l'âge mais aussi à la culture.
- ✓ Plus le niveau du risque dans un groupe cible est élevé, plus l'effort de prévention doit être intensif et plus il doit commencer tôt.
- ✓ Les programmes de prévention devraient être mis en application tels qu'ils ont été conçus et testés.

Annexe 3 : Principes de base pour l'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide
- issus du document intitulé « Guidelines for country-based programmes of suicide prevention » (2004)

1/ Dans la préparation d'une stratégie de prévention de suicide, un groupe de planification multi-sectoriel devrait être établi ; les membres devraient être mandatés par les autorités compétentes. 2/ Le groupe établira le calendrier pour une stratégie et son exécution, nommera les collaborateurs, indiquera leurs responsabilités et installera la gestion effective du programme. 3/ Lors de l'installation d'une stratégie de prévention du suicide, plusieurs issues doivent être prises en compte :

✓ **La planification de l'approche stratégique**

Quelles sont les finalités ou les facteurs à prendre en compte dans l'établissement de la stratégie et des activités ?

✓ **La définition des objectifs**

Le but et les objectifs de la stratégie doivent être formulés avec le plus de précision possible. Plus les objectifs seront clairement définis plus il sera facile de découvrir les interventions nécessaires et plus il sera aisé d'établir les critères et procédures d'évaluation et de suivi.

✓ **L'identification des niveaux d'intervention**

Où sont situés les facteurs sur lesquels on veut agir ?

Les facteurs peuvent concerner le niveau individuel, relationnel, les phénomènes de groupes ou les événements de vie. Ce qui implique que plusieurs secteurs de la société et plusieurs professions doivent être inclus dans la planification et l'exécution de la stratégie.

✓ **L'expression de la stratégie**

La stratégie est un moyen pour augmenter la conscientisation et la déstigmatisation. La stratégie doit refléter que la prévention du suicide est une des priorités nationales et qu'elle doit être un catalyseur pour le changement social

Annexe 4 : Résumé des compétences aux différents niveaux de pouvoirs en Belgique en matière de santé

- ✓ L'**Etat fédéral** est compétent
 - * pour assurer le financement de l'assurance maladie invalidité (droit effectif de tous les citoyens aux soins de santé de qualité)
 - * pour fixer les règles de bases en matière de programmation et de financement de l'infrastructure¹²⁰. Ce qui signifie que l'Etat fédéral fixe les droits et les normes générales mais que ce sont les pouvoirs régionaux ou communautaires qui règlent les agréments et l'organisation territoriale des services.
- ✓ Les **Communautés** sont compétentes¹²¹
 - * en matière de prévention et de promotion de la santé
 - * et en matière d'organisation des soins.
- ✓ Les **Régions** sont compétentes :
 - * pour la politique curative en terme de programmation, d'agrément et de subsidiation des institutions de soins et des organismes dispensant des soins extra muros.
 - * pour la législation organique concernant les centres de coordination de soins et de services à domicile, les centres de santé intégrés et les services de télé accueil.
 - * Il faut noter que la Communauté française a délégué une partie de ces compétences propres à la Région wallonne et aux instances francophones de la Région de Bruxelles-Capitale : c'est le cas en ce qui concerne l'agrément aux subsides de centres de planning familial, aux services de santé mentale et aux services actifs en matière de toxicomanie.
- ✓ Les **Provinces** et les **Communes** ont des compétences assez larges puisqu'elles peuvent prétendre à tout ce qui est considéré comme « d'intérêt provincial / communal »
 - * Cette notion d'intérêt provincial / communal n'est pas explicitement définie¹²².
 Dans les domaines de la santé et du social, cet intérêt pourrait être compris comme contenant les initiatives provinciales qui, en tant que pouvoir organisateur ou en partenariat,
 - rencontreraient les besoins de la population ou de certaines populations (personnes âgées ou handicapées)

¹²⁰ (en ce compris l'appareillage médical lourd)

¹²¹ Les Communautés sont aussi compétentes pour les matières relatives à l'enseignement, la protection de la jeunesse, la politique familiale, la politique en faveur du troisième âge et des personnes handicapées, l'intégration de personnes immigrées.

¹²² Voir le dossier « Actions provinciales, actions sociales », édité dans L'Observatoire. Voir la référence complète dans la bibliographie.

- ou qui accompagneraient celles prises par d'autres pouvoirs publics
- ou qui répondraient à des attentes non encore prises en charge par d'autres institutions publiques
- ou enfin qui auraient pour objectif la coordination voire la planification de ces matières.

Annexe 5 : Résumé du plan d'action en matière de prévention du suicide au niveau fédéral¹²³

Tableau A.III : présentation synthétique du plan d'action en matière de prévention du suicide au niveau fédéral

0 - Réflexion sur l'accès aux données
0.1 - <u>Réfléchir à la rectification des données épidémiologiques disponibles</u> Puisqu'il existe du retard dans la disponibilité des données relatives aux certificats de décès.
0.2 - <u>Optimaliser l'info en réseau</u> Puisqu'il n'y a pas de banque de données disponible. Existence du projet pilote avec l'asbl Eole qui travaille beaucoup avec le cabinet en matière de politique de santé mentale. Réflexion sur la nécessité d'un site pluraliste pour réorienter les professionnels au bon endroit et sur la nécessité d'une mise en réseau.
1 - Diminution du nombre de suicides
1.1 - <u>Formation des médecins et des urgentistes</u> Des sessions ont déjà eu lieu.
1.2 - <u>Etat des lieux en matière de prise en charge des suicidants</u> Réalisé par la BeSEDiM (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine). Le but étant de faire des recommandations en matière de prise en charge des suicidants dans les unités d'urgence et l'interaction de leurs services avec les unités psychiatriques.
1.3 - <u>Mise en œuvre de la recommandation OMS sur le reportage des suicides dans les médias</u> Cette disposition est déjà mise en œuvre du côté Communauté flamande
2 - Limitation des récives suicidaires
2.1 - <u>Formation du personnel aux urgences et dans les services psychiatriques</u> Une lettre avait été envoyée au CFE/KCE courant mai 2004 pour lancer une recherche mais il n'y a pas eu de retour de la part du centre. La deuxième phase sera de faire un appel d'offre aux formateurs
2.2 - <u>Nécessité de relais charnière entre l'hôpital et l'ambulatorio</u> Des associations ont rentré des projets...
2.3 - <u>Campagne d'information</u> Baptisée « Choose life ». Il s'agit d'une carte d'urgences qui sera remise aux suicidants à la sortie de l'hôpital. Trois modèles seront disponibles : un modèle adapté aux jeunes, un modèle adapté aux personnes âgées et un autre adapté aux malvoyants. Des contacts doivent être pris avec les cabinets communautaire et régional (wallon et bruxellois) pour leur proposer d'acquérir le matériel et de le reproduire adapté à leur frais.
3 - Amélioration des conditions d'intégration sociale des suicidants
Renforcement de l'écoute etc. Ce volet est le moins développé pour le moment

¹²³ Malgré notre demande à la personne en charge « de la prévention suicide, de la lutte contre le sida, du plan d'action national contre les violences intrafamiliales, et de l'égalité des chances » au Cabinet du Ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, aucun document ne nous a été transmis. Les informations de ce paragraphe sont donc parcellaires. Bien que nous ayons pu trouver quelques précisions sur le Web (extraits de discours du Ministre lors d'évènements), la majorité des informations sont une retranscription ce qui nous a été dit de façon très synthétique lors de nos échanges téléphoniques et électroniques avec cette personne durant le mois d'avril 2005.

Annexe 6: Résumé des missions du Centre de Prévention du Suicide actif en Communauté flamande

1/ une disponibilité d'écoute 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les personnes qui en ressentent le besoin (personne en crise ou proche d'un suicidaire).

2/ l'information du grand public (en rendant disponible et visible les données quantitatives et les résultats de recherche sur le suicide). Cela se fait au travers :

- de la mise à disposition de tout un chacun d'une bibliothèque spécialisée et de réponses à des demandes individuelles d'informations.
- de conférences auprès de public divers (écoles, médias, communauté sociale et médicale etc.)
- d'ateliers et de formations des intermédiaires (police, famille, aides gériatriques, centre de crise pour enfants, équipes des collèges, des hautes écoles ou des universités, personnel des prisons etc.)

En résumé, le CPZ est à la disposition de tous ceux qui veulent plus d'informations sur le suicide ou sur le centre lui-même.

3/ la contribution (coopération) à la recherche sur le suicide, puisqu'une meilleure compréhension du phénomène suicidaire permet de développer et d'optimiser les approches préventives et thérapeutiques.

Annexe 7 : Stratégies d'actions retenues au niveau de la Communauté flamande pour mener à bien un plan de prévention de la dépression et du suicide

Dans la déclaration politique de 1999, on pouvait lire comme politique de santé que « *l'amélioration de la santé mentale est un objectif supplémentaire à la politique de santé préventive* » et que « *la politique de santé doit pouvoir être remplie sur base des objectifs de santé établis par une recherche scientifique, des données épidémiologiques et un grand débat social* ».

Une série de rencontres entre professionnels et politiques a abouti à l'élaboration d'une proposition de plan de politique pour 2003 – 2010. Les fondements de base sont

- ✓ qu'il est nécessaire de se limiter à un nombre d'initiatives raisonnable
- ✓ que les décisions soient basées sur une évidence scientifique
- ✓ que ces fondements aient une base sociale
- ✓ qu'il y ait une chance raisonnable de succès

Tableau A. IV : les trois stratégies d'actions qui ont été retenues au niveau de la Communauté flamande pour mener à bien un plan de prévention de la dépression et du suicide¹²⁴.

Les trois stratégies d'approches qui ont été retenues pour mener à bien le plan sont	
•	Stratégie 1 : une meilleure information pour le grand public
▪	instructions aux médias concernant la couverture des suicides
▪	campagne d'information à destination du grand public en ce qui concerne la dépression et le suicide
▪	campagne d'information à destination du grand public en ce qui concerne la schizophrénie
•	Stratégie 2 : promotion de l'expertise des professionnels et travail en réseaux (entre eux)
▪	promotion de l'expertise des médecins généralistes en ce qui concerne la dépression et le suicide
▪	screening psychologique des personnes ayant fait une tentative de suicide
▪	prévention de la récurrence chez des personnes ayant fait une tentative de suicide, en collaboration avec le médecin généraliste
▪	promotion de l'expertise des médecins généralistes en ce qui concerne la schizophrénie
▪	équipe de détection précoce pour la schizophrénie
▪	thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (mindfulness-based cognitive therapy)
•	Stratégie 3 : attention pour les groupes vulnérables dans la société
▪	pour les proches des suicidés : brochure « De WegWijzer » (le guide) et les groupes de self help pour l'entourage des suicidés
▪	étude exploratoire auprès d'enfants de parents avec des problèmes psychiatriques
▪	projet de recherche parmi les défavorisés

¹²⁴ Synthèse réalisée à partir d'un exposé présenté par un représentant du Ministère de la Santé de la Communauté flamande de la rencontre du 11 et 12 mars 2004 à Bruxelles en préalable à la conférence d'Helsinki de janvier 2005

Ce plan n'a pas été approuvé tel quel par le Parlement, entre autres pour des raisons budgétaires¹²⁵. Dès lors, les seuls projets qui ont été financés par le Ministère sont :

- le groupe de travail « Verder » (le Ministère ne finance qu'une partie de leur fonctionnement).
- le projet pilote pour le développement des compétences des médecins traitants par une ligne d'aide électronique (financement du 1^{er} septembre 2004 au 31 août 2006).
- le projet pilote MBCT ou Mindfulness Based Cognitive Therapy (la phase préparatoire est terminée et la phase de réalisation et d'évaluation devraient débiter).
- une recherche exploratoire concernant les défavorisés (qui s'est terminée « *sans résultats significatifs* »).
- une recherche exploratoire concernant les enfants dont les parents souffrent de problèmes psychiatriques (un projet pilote est maintenant lancé sur base des résultats de cette recherche, les résultats sont attendus pour 2007).
- Le projet pilote de prévention des récurrences (après tentatives de suicide) en collaboration avec les médecins traitants (projet de novembre 2003 à décembre 2005).
- Le projet de recommandations auprès des médias.

Dans le cadre du projet de recommandations auprès des médias, une brochure contenant des recommandations sur le thème du suicide et de la presse a été rédigée par un groupe de travail composé de journalistes et autres experts¹²⁶. Notons aussi qu'il existe depuis peu un Prix des Médias¹²⁷ pour un reportage responsable des suicides. Son objectif est d'encourager une information médiatique correcte, réfléchie et respectueuse (du suicidé et de ses proches). La première remise de ce prix a eu lieu en novembre 2004, lors de la 3^{ème} « journée des proches ». Cette journée, organisée depuis 2002, consiste en une journée de conférence et de rencontre pour les personnes qui ont vécu le suicide d'un proche¹²⁸.

¹²⁵ Informations que nous avons récoltées lors de nos échanges de mail avec les personnes responsables au Cabinet de la Ministre flamande de la Santé.

¹²⁶ Consultez la brochure à l'adresse http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie/zelfdoding_pers.pdf

¹²⁷ informations issues du texte présenté dans l'ouvrage réalisé par le Fonds Fabiola pour la Santé Mentale, « Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale » (références complètes dans la partie bibliographique).

¹²⁸ plus d'informations sur cette journée à l'adresse suivante : <http://www.werkgroepverder.be>

Annexe 8 : Les fiches de synthèse des programmes et stratégies mis en place à l'étranger

Les pays et régions pour lesquels des documents ont été lus et synthétisés sont :

L'Angleterre	140
L'Ecosse	142
L'Australie	144
Le Danemark	145
Les Etats-Unis	147
L'Ohio	148
Washington	149
La France.	150
La Bourgogne	152
La Finlande	154
La Nouvelle-Zélande	155
Le Québec	156

Objectifs spécifiques [6] :

1. Pour réduire le risque dans les groupes à plus haut risque,

- Les services locaux de santé mentale seront soutenus en mettant en application le « 12 points pour un service plus sûr » ceux-ci visent à améliorer la gestion des risques cliniques.
 - Une collaboration nationale est en cours d'établissement pour la surveillance des actes délibérés contre soi-même et non mortels.
 - Un projet pilote de promotion de la santé mentale des hommes jeunes devra être établi et évalué pour une implantation nationale.

2. Pour promouvoir le bien-être mental dans la population générale,

- Un réseau gouvernemental transversal devra être développé pour dresser un inventaire des problèmes sociaux qui ont un impact sur les personnes qui ont des problèmes mentaux, comme par exemple le chômage et le logement.
- Le programme de prévention du suicide devra être en liaison étroite avec le programme du NIMHE (National Institute for Mental Health in England) sur le mauvais usage des substances.
 - Pour améliorer la gestion clinique du mauvais usage d'alcool et de drogues parmi les hommes jeunes qui se font du tort eux-même.
 - Pour faire une formation en évaluation des risques de suicide dans les services de mauvaise utilisation des substances.

3. Pour réduire la disponibilité et la létalité des méthodes de suicide,

- Le NIMHE doit identifier les étapes qui doivent être promues pour une prescription plus sûre des antidépresseurs et des analgésiques.
- Le NIMHE doit aider les services locaux à identifier leurs « points chauds » comme par exemples, les voies ferroviaires, les ponts et entreprendre des étapes pour améliorer leur sécurisation.

4. Améliorer les traitements médiatiques des comportements suicidaires,

- Un plan d'action par rapport aux médias est en phase de développement, il fait partie de la campagne de promotion de la santé mentale, « Faire attention à la santé mentale ».
 - Introduire aux étudiants journalistes des notions sur la représentation du suicide au sein de leurs ateliers de travail, mettre sur pied des tables rondes avec des experts en santé mentale et de journalistes seniors.
 - Une série de tournée de représentation où les journalistes de premières lignes peuvent discuter du traitement médiatique responsable.
 - Un dispositif sur le suicide dans les journaux.

5. Promouvoir la recherche sur le suicide et sur la prévention du suicide,

- Un groupe national de collaboration devra surveiller un programme de recherche pour soutenir la stratégie.
- Les évidences sur la prévention du suicide devront être disponibles pour les services locaux via le site Web du NIMHE et les centres de développement.

6. Améliorer la surveillance de la progression du « Saving lives : Our healthier Nation target » pour la réduction du suicide,

- Un nouveau groupe d'experts et de personnes clés devra être établi. Il devra surveiller régulièrement les suicides par âge et genre, par personnes ayant recours aux services de santé mentale, par les différentes méthodes et par les classes sociales.

Principes d'action :

- Partage des responsabilités
- Leadership
- Approche centrée sur la personne
- Focus sur les groupes à risque
- Evaluation des activités déployées

Objectifs spécifiques :

1. Prévention et intervention précoce pour réduire les risques de suicide.

Augmenter la sensibilisation aux facteurs de risque associés au comportement suicidaire :

Offrir une intervention précoce et une prise en charge pour prévenir les problèmes et réduire les risques qui peuvent conduire au comportement suicidaire.

2. Réponse immédiate aux personnes en crise.

Assurer des soins et une prise en charge précoce et efficace :

Offrir une prise en charge et des services aux personnes à risque et aux personnes en crise, offrir une réponse immédiate à la crise et aider à réduire la sévérité de chaque problème présent.

3. Offrir des services et du soutien à long terme pour fournir de l'espoir et prendre en charge la récupération.

Améliorer et augmenter la fourniture de services :

Fournir l'appui et les services pour permettre à des personnes de récupérer et de traiter les problèmes qui peuvent contribuer à leur comportement suicidaire

4. Promouvoir une meilleure sensibilisation (prise de conscience) du public et encourager les gens à demander de l'aide rapidement.

S'assurer d'une prise de conscience du public sur la santé mentale et le bien-être, sur le comportement suicidaire, sur les problèmes potentiels et sur les risques parmi tous les groupes d'âge et encourager les personnes à chercher de l'aide très tôt (dès que les problèmes surgissent) :

Enlever la honte que peuvent sentir les gens qui cherchent de l'aide pour des problèmes émotionnels ou de santé mentale de sorte que ces gens obtiennent de l'aide lorsqu'ils en ont le plus besoin.

5. Faire face au comportement suicidaire et au suicide complété

Offrir une prise en charge efficace à ceux qui ont été affecté par un comportement suicidaire ou un suicide complété :

Offrir une prise en charge efficace et sympathique aux membres des familles, amis et compagnons affectés par un comportement suicidaire ou un suicide complété.

6. Soutenir les médias.

Soutenir les médias pour s'assurer que la description et le reportage des suicides et des comportements suicidaires se fassent d'une manière sensible et appropriée :

Améliorer la qualité, la collecte, la disponibilité et de la diffusion d'information appropriée pour s'assurer une meilleure conception et une meilleure implantation des services (suivi de la mise en œuvre des activités).

Mise en oeuvre :

- Identification des groupes prioritaires
- Plans d'actions de développer pour chacun des objectifs avec identification des responsabilités au plan local et national
- Investissements monétaires pour soutenir le plan d'action

Leadership :

Mental Health Branch of the Commonwealth Department of Health and Aged care

Objectifs généraux :

- Prévenir les décès prématurés chez les jeunes.
- Réduire le taux de mortalité.
- Réduire la prévalence et l'incidence des idéations suicidaires et des comportements suicidaires.
- Améliorer la résilience.

Objectifs spécifiques :

- Prévention primaire (des facteurs de risque)
- Intervention précoce
- Intervention de crise et soins de première ligne
- Traitement
- Soutien et postvention
- Réduction de l'accès aux moyens

Infrastructures et soutien :

- Plan d'activités à plusieurs niveaux décisionnels
- Recherche et évaluation
- Formation sur les bonnes pratiques
- Développement de projets dans la communauté

Objectifs :

A. Les personnes suicidaires doivent être identifiées et doivent avoir accès à un traitement approprié et ce quel que soit leur âge, leur genre, leur ethnie et qu'elles aient ou non une maladie mentale.

A.1. Les personnes suicidaires doivent être rapidement et correctement détectées grâce à une expertise professionnelle.

A.2. Etablissement d'une aide pour les personnes suicidaires selon un principe défini de soutien de sorte que la personne suicidaire ne soit pas laissée à elle-même avant qu'un suivi approprié ne soit entamé.

B. Il faut augmenter les connaissances sur les facteurs de risque et sur les groupes à risque dans le but de pouvoir renforcer les efforts envers les groupes à risque.

B.1. Etablissement d'un intense effort de suivi vis-à-vis notamment de la maladie mentale.

B.2. Augmenter la prévenance concernant le risque de suicide chez d'autres catégories de groupes à risque tels les handicapés physiques, les minorités ethniques, les institutionnalisés et les prisonniers.

B.3. Être attentif aux personnes âgées, aux jeunes, et à l'entourage des suicidés en termes de risque de comportement suicidaire et établissement des mesures appropriées de soutien et de traitement.

B.4. Education des médecins généralistes afin d'améliorer leur connaissances en termes de diagnostic et traitement des maladies mentales.

B.5. Réduction de la disponibilité des moyens de suicide les plus utilisés.

C. Il faut améliorer les ressources individuelles et minimiser les tensions sociales.

C.1. Etablissement des efforts sociaux et des efforts politiques dans le secteur de la santé visant à augmenter la qualité de la vie humaine afin de réduire la tristesse, la marginalisation et la stigmatisation d'une partie de la population comparée au reste de la société.

C.2. Au moyen de divers efforts pédagogiques et psychologiques, augmenter la capacité des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées à traiter les conflits et les crises.

C.3. Les réseaux sociaux et bénévoles doivent être renforcés et développés.

C.4. Préparation de matériel informant des offres de support disponibles et se focalisant sur une amélioration de la connaissance générale des attitudes liées au comportement suicidaire.

C.5. Coopération avec les médias en vue d'établir un ensemble de directives éthiques pour la présentation des sujets relatifs au suicide.

D. Les enfants défavorisés et les jeunes doivent avoir de outils qui les rendent capables de maîtriser leur propre vie et qui leurs permettent de vivre au sein de communautés positives et sociales.

D.1. Les écoles et les centres récréatifs doivent activement construire et présenter des modules qui enseignent comment faire face aux difficultés en y incluant un effort conscient pour créer une atmosphère qui invite à un sentiment de communauté.

E. Il faut augmenter les compétences professionnelles dans le domaine du travail avec les personnes suicidaires.

E.1. Tous les groupes professionnels qui sont en contact avec de personnes suicidaires doivent obtenir une formation de base, incluant des études approfondies de plus hauts niveaux et une formation supplémentaire.

F. Il faut augmenter les connaissances sur le comportement suicidaire au moyen de recherches, d'évaluation et d'enseignement.

F.1. Recommandations en rapport avec la collecte de statistiques.

- Enregistrement des tentatives de suicide au niveau national.
- Enregistrement obligatoire du type de substance en cause en cas de suicide par empoisonnement.
- Les taux de suicide parmi les patients psychiatriques et parmi les personnes qui ont tenté de se suicider doivent être suivi annuellement et ceux-ci doivent être complétés par l'enregistrement des tentatives de suicide chez les patients psychiatriques.

F.2. Recommandations en rapport avec la recherche.

- Faire des recherches supplémentaires dans des domaines tels que les effets de la formation chez les médecins généralistes, les effets des efforts réalisés vis-à-vis des patients psychiatriques, l'évaluation des traitements offerts en regard des tentatives de suicide, et l'effet de la réduction de la disponibilité d'accès aux méthodes fréquemment utilisée dans les suicides.
- Faire des recherches dans d'autres domaines, tels par exemple, les raisons associées à la mortalité par suicide, les causes et les motifs associés aux tentatives de suicide et aux suicides, les caractéristiques psychiques des personnes suicidaires etc.
- Renforcer et améliorer la recherche danoise sur le suicide en y incluant des coopérations internationales.

F.3. Recommandations en rapport avec l'évaluation.

- Evaluation du plan d'action, c'est-à-dire, par l'enregistrement des éléments du plan d'action qui ont été implantés.
-

G. Il faut décourager l'idée que le comportement suicidaire soit généralement perçu comme acceptable et normal.

G.1. Etendre l'attitude sur laquelle ce plan est basé à savoir que l'aide est utile.

Recommandations :

Les recommandations énoncées ci-dessus seront établies pour les trois niveaux suivants:

- Prévention spécifique qui vise directement le processus suicidaire.
- Prévention qui vise spécifiquement les facteurs de risque et les groupes à risque en matière de comportement suicidaire.
- Prévention générale et information visant à l'amélioration de la vie comprenant la capacité individuelle à faire face aux problèmes et aux crises.

Leadership :

Mental Health Branch of the Commonwealth Department of Health and Aged care

Objectifs principaux :

1. Prévenir les décès prématurés dus aux suicides dans le courant de la vie.
2. Réduire les taux des autres comportements suicidaires.
3. Réduire les répercussions nocives liées au comportement suicidaire et réduire l'impact traumatique du suicide sur la famille et les amis.
4. Promouvoir les opportunités pour renforcer les capacités et les responsabilités des familles et des communautés

Objectifs généraux :

A. Conscientisation

Promouvoir l'idée que le suicide est un problème de santé publique que l'on peut prévenir.

- A.1. Développer un réseau de partenaires pour soutenir la prévention (multisectoriel).
- A.2. Développer et mettre en œuvre des stratégies pour réduire la stigmatisation associée aux problèmes psychotiques.

B. Intervention

Développer et mettre en œuvre des programmes communautaires de prévention du suicide (responsabilité des Etats).

- B.1. Promouvoir les efforts pour réduire l'accès aux moyens.
- B.2. Mettre en œuvre des formations pour reconnaître les comportements à risque et délivrer un traitement efficace.
- B.3. Développer et promouvoir des pratiques cliniques et professionnelles efficaces.
- B.4. Améliorer l'accès aux services et les liens entre les services.
- B.5. Améliorer le traitement médiatique et les représentations du comportement suicidaire, de la maladie mentale et de l'abus de substance.

C. Méthodologie

- C.1. Promouvoir et supporter la recherche sur le suicide et la prévention du suicide.
- C.2. Améliorer et développer d'avantage les systèmes de surveillance des comportements suicidaires.

OHIO : Ohio's Suicide Prevention Plan

Les objectifs nationaux ont servi de base pour le plan de l'Ohio qui utilise aussi la stratégie AIM (Awareness - Intervention - Methodology) pour réduire la prévalence du suicide.

[c'est à dire une stratégie incluant la prise de conscience, l'intervention et la méthodologie]

Groupes prioritaires :

- Les jeunes
- Les hommes d'âge moyen (middle-aged men)
- Les personnes âgées

Objectifs généraux :

A. Conscientisation :

Promouvoir l'idée que le suicide est un problème de santé publique que l'on peut prévenir et augmenter l'habilité des gens à demander de l'aide

- A.1. Développer un support local et général pour la prévention du suicide
- A.2. Améliorer le traitement médiatique
- A.3. Augmenter les connaissances des décideurs politiques
- A.4. Développer et implanter une campagne de sensibilisation auprès du grand public
- A.5. Encourager l'utilisation efficace de la prévention « Evidence based » et la mise en place de programmes d'éducation

B. Intervention:

Réduire les facteurs qui augmentent les risques de suicide

- B.1. Renforcer la réponse à la crise et construire une capacité communautaire à servir les personnes à risque et qui ont besoin de traitement
- B.2. Au travers l'éducation et la promotion, augmenter le nombre et la qualité des relais
- B.3. Augmenter l'habilité des professionnels de santé à intervenir.
- B.4. Augmenter l'habilité du clergé à intervenir
- B.5. Promouvoir et soutenir la présence de facteurs de protection

C. Méthodologie

- C.1. Développer un système de surveillance au niveau de la ville et du pays
- C.2. Augmenter les connaissances scientifiques
- C.3. Promouvoir la recherche

Objectifs de la prévention :

- Prévenir aussi bien les comportements suicidaires fatals et non fatals parmi les jeunes âgés ente 15 et 24 ans.
- Réduire l'impact du suicide et des comportements suicidaires sur les individus, les familles et la communauté.
- Augmenter l'accès et la disponibilité des services de prévention pour les groupes de jeunes vulnérables et les individus à haut risque

Objectifs :

A. Prévention universelle : Approche de l'ensemble de la communauté des jeunes

- A.1. Campagne de sensibilisation au niveau de la population générale.
- A.2. (School-based campain) Campagne d'éducation dans tous les collèges et lycées.
- A.3. Campagne d'éducation pour réduire l'accès aux armes à feu et aux autres moyens létaux.
- A.4. Programme d'éducation pour les médias.

B. Prévention sélective : Approche des populations à hauts risques

- B.1. Screening dans les populations de jeunes connus pour être à risque
- B.2. Programme de formation de relais parmi les adultes travaillant avec populations à haut risque (enseignants, infirmières scolaires, clergé etc.)
- B.3. Programme de formation de relais pour fournir des « aidant naturel »
- B.4. Mise en place au niveau de la ville de services d'interventions pour accueillir les jeunes référés par les parents ou les relais pour une prévention du suicide

C. Prévention indiquée : Approche des individus à hauts risques

- C.1. Programme au sein des établissements scolaires avec les jeunes à risques (détectés par les relais ou le programme de screening)
- C.2. Formation des familles pour renforcer et soutenir les acquisitions des jeunes.

D. Composante évaluation et surveillance

- D.1. Evaluation des 3 composantes (universelle, sélective et indiquée)
- D.2. Augmenter la surveillance des suicides complétés, des tentatives de suicide et de tout autre comportement suicidaire chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Objectifs déclinés en 4 axes principaux :

A. Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires.

A.1. *Prévenir les tentatives de suicide notamment chez le jeunes.*

- Améliorer la cohérence et renforcer le dispositif d'accueil et d'écoute des adolescents et des jeunes adultes.
- Mettre en place des recommandations sur le dépistage des facteurs de risque de la crise suicidaire.

A.2. *Améliorer la formation des intervenants.*

- Améliorer le contenu des formations sur la crise suicidaire.
- Favoriser les formations interdisciplinaires dans le cadre d'un plan de formation national.
- Sensibiliser les personnels des établissements scolaires (conseillers d'éducation, enseignants etc.) au repérage de la souffrance psychique des jeunes.
- Former au travail en réseau autour de la prise en charge des personnes en crise suicidaire

B. Diminuer l'accès aux moyens couramment mis en œuvre lors de suicides.

B.1. *Mieux comprendre les circonstances des suicides et diminuer l'accès aux moyens létaux.*

- Diminuer l'accès aux armes à feu, améliorer leur sécurisation et responsabiliser les détenteurs d'armes à feu en identifiant mieux les circonstances de leur utilisation dans les suicides et les tentatives de suicide.
- Améliorer la mise en sécurité des sites publics (SNCF / RATP) dans lesquels sont recensés les tentatives de suicide.
- Mieux limiter l'accès à certains médicaments et responsabiliser leurs utilisateurs.

C. Améliorer la prise en charge des personnes suicidaires.

C.1. *Améliorer la prise en charge.*

- Améliorer la prise en charge à l'hôpital des personnes suicidantes et éviter les récurrences.
- Améliorer les partenariats entre les services d'urgences et les partenaires extérieurs (médecins généralistes, association d'accueil et d'écoute, structures médico-sociales) pour favoriser la cohérence, la globalité et la continuité de la prise en charge.
- Favoriser l'individualisation des réponses.

C.2. *Améliorer la qualité des actions de prévention primaire et favoriser la mise en place d'actions d'éducation pour la santé.*

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

C.3. *Etablir des recommandations de pratiques pour les acteurs de prévention travaillant en dehors de l'hôpital.*

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

C.4. Améliorer l'accompagnement des familles ou des proches.

- Améliorer les conditions d'annonce, par les institutions, du décès par suicide.
- Consolider l'action des associations intervenants dans l'accompagnement des familles et des proches.
- Favoriser l'accès à des entretiens de soutien psychologique pour les endeuillés qui le souhaitent.

C.5. Programme régionaux de prévention du suicide.

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

D. Améliorer la connaissance épidémiologique.

D.1. Mieux connaître la situation épidémiologique.

- Mieux connaître l'épidémiologie des conduites suicidaires (décès par suicide, tentatives de suicide, idées suicidaires) en :
 - renforçant la fiabilité des indicateurs de mortalité en population générale,
 - mettant en place des indicateurs sur la mortalité par suicides dans les institutions (établissements de santé notamment psychiatriques, maisons de retraite, établissements scolaires, prisons etc.),
 - créant un lieu de synthèse des données concernant le suicide,
 - favorisant la recherche épidémiologique sur cette question.

D.2. Mieux connaître les tentatives de suicides prises en charge par les établissements de santé et par les médecins généralistes.

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

D.3. Améliorer les connaissances en population générale et mieux connaître les perceptions du public.

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

Objectifs spécifiques, sous objectifs et actions :

A. Mieux connaître l'épidémiologie du suicide et de la tentative de suicide.

- Développer un recueil régional d'indicateurs sur le suicide et les tentatives de suicide.
- Epidémiologie des tentatives de suicide dans les établissements sanitaires de Bourgogne.
- Exploitation précoce des données de mortalité par suicide à partir des certificats de décès.
- Connaître la trajectoire des suicidants et/ou des suicidés.
- Etude sur la prise en charge des jeunes suicidants accueillis au service d'urgences du CHU de Dijon 98-99.
- Enquête épidémiologique en médecine ambulatoire.

B. Développer l'information et la prévention auprès de certaines populations, notamment le public jeune.

- Agir sur le suicide comme symptôme d'un malaise social plus large en développant les compétences psychosociales des jeunes.
- Point d'écoute Parents - adolescents Le Creusot (réseau multipartenarial : CMP Enfants / Adolescents, CAF et Mission locale).
- Analyse du problème du suicide des jeunes en Bresse et mise en place d'ateliers d'expression.
- Stratégie de renforcement et de protection chez l'adolescent.
- Informer et soutenir le groupe social au moment du geste.
- Mise en œuvre d'une aide adaptée au groupe social dans les suites d'un geste suicidaire en Côte d'Or et en Saône-et-Loire. Postvention.

C. Permettre un meilleur dépistage des situations à risque suicidaire.

- Former les acteurs sur les facteurs de risque et de repérage des signes de suicide.
- Formation santé Education pour la santé, représentation, enjeux et repères.
- Formation du personnel médical et social de l'Université de Bourgogne.
- Prévention du suicide, mallette pédagogique.
- Formation au repérage des signes de suicide des bénévoles des associations d'écoute.
- Formation des médecins généralistes et acteurs de soins primaires.
- Organisation d'une journée régionale d'information sur le suicide.
- Journée d'information sur les sévices sexuels dans la population étudiante.
- Développer la dimension de l'écoute et de la prise en compte du risque suicidaire dans les structures d'accueil des populations ou dans des structures spécifiques à créer.
- Entretien psychologique lors des bilans de santé des 16/25 ans.
- Etude sur les jeunes en situation de précarité en Bourgogne.

D. Réduire les risques de récurrence.

- Assurer une prise en charge optimale du suicidant en service des urgences.
- Réalisation d'audits suicide avec méthodologie et appui ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)

- Assurer une prise en charge optimale du suicidant au moment du geste par la médecine de ville.
- Formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire.
- Développer la coordination dans le suivi quotidien de la personne par la mise en réseau des acteurs.
- Réseau santé jeunes Nièvre. Comité de pilotage initié par la DDASS regroupant un ensemble de partenaires du département concernés par la problématique des conduites à risque chez les jeunes.
- Création d'outils suicide à destination du grand public et des professionnels.
- Mise en place d'un 0.5 ETP de psychologue clinicien pour les adolescents.
- Constitution d'un réseau de prévention du suicide en Côte d'Or.

E. Proposer un accompagnement aux familles de suicidants ou de suicidés.

- Proposer un soutien psychologique aux familles de suicidants et de suicidés au moment du geste.

FINLANDE : The suicide project

L'accent est mis sur les initiatives et les mesures locales

Objectifs poursuivis :

- Modification de l'opinion de la population (diminution des attitudes fatalistes face au suicide : attitude selon laquelle le suicide est inévitable et découle toujours d'évènements négatifs)
- Amélioration des possibilités d'accès aux institutions médicales et psychiatriques
- Réduction de l'accessibilité aux moyens létaux
- Offre de formation complémentaires pour les professionnels concernés
- Monitoring des comportements suicidaires
- Monitoring des personnes et groupes à risque

NOUVELLE-ZELANDE : Youth Suicide Prevention strategy

Le moteur de la stratégie c'est le leadership

Deux stratégies :

- Une stratégie pour la population générale de Nouvelle-Zélande (les jeunes)
- Une stratégie spécifique aux jeunes maoris

Acteurs :

Les institutions gouvernementales et non gouvernementales

Objectifs :

- Promouvoir le bien-être et la santé mentale
- Identification précoce des problèmes et de la prise en charge
- Service de crise et de traitements
- Suivi et soutien après le suicide (postvention)
- Information et recherches

Principes d'action :

- Valoriser le sens de la vie en s'appuyant sur les solidarités et les responsabilités.
- Reconnaître que l'individu et la société ont certaines compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer des nouvelles.
- Miser sur les intervenants et les services existants.

Objectifs spécifiques :

A. Assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants.

A.1. La gamme essentielle de services.

- L'accessibilité téléphonique
- L'intervention, qui comprend : une évaluation complète et détaillée, l'aide requise, le suivi et la relance
- Les services de postvention

A.2. Quelques outils d'intervention.

- Des protocoles d'intervention
- Des ententes de services
- Des guides de référence
- Un soutien clinique

B. Améliorer les compétences professionnelles.

B.1. Assurer l'identification et le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux.

B.2. Assurer une formation adéquate aux intervenants de première ligne sur les interventions auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des gens endeuillés par suicide.

C. Intervenir auprès des groupes à risque.

D. Favoriser les interventions en promotion - prévention auprès des jeunes.

D.1. Améliorer les compétences personnelles et sociales chez les enfants et les jeunes.

D.2. Développer une expertise sur la prévention du suicide auprès des jeunes.

D.3. Assurer la postvention.

E. Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens.

E.1. Promouvoir et voir à l'implantation d'actions, dans toutes les régions du Québec, visant à réduire l'accès à certains moyens facilitant le suicide ou à minimiser les risques qui y sont associés.

F. Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités.

F.1. Il est proposé de produire un plan de communication pour appuyer l'ensemble de la stratégie d'action face au suicide.

G. Intensifier et diversifier la recherche.

G.1. En privilégiant trois volets dont l'ordre de priorités est

- 1/ La recherche évaluative dans les domaines de la promotion, prévention, intervention et postvention.*
- 2/ La recherche visant à mettre au point des modes d'intervention mieux adaptés aux différentes populations cibles ainsi qu'aux différentes problématiques suicidaires.*
- 3/ La recherche fondamentale sur le suicide*

Annexe 9 : Les fiches descriptives pour les missions légales des (groupes d') acteurs identifiés

Les (groupes d') acteurs présentés sont :

Les centres de santé mentale (CSM)

Les centres de planning familial (CPF)

Les centres psycho médico sociaux (PMS)

Les équipes promotion de la santé à l'école (PSE)

Les Aides en milieu ouvert (AMO)

LES CENTRES DE SANTE MENTALE (CSM)

Types d'interventions : Préventif, curatif & accompagnement

Missions légales :

Un Service de Santé mentale est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire et en collaboration avec d'autres services ou personnes concernés par la santé mentale, assure l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes.

- A titre principal, le service de santé mentale accueille, oriente et aide par des examens, des diagnostics, des conseils, des traitements et des accompagnements toute personne qui en fait la demande
- A titre complémentaire, le service de santé mentale, seul ou en collaboration avec d'autres partenaires publics ou privés, organise des activités d'information, de recherche et de prévention qui ont notamment pour objet de promouvoir le dépistage précoce des problèmes de santé mentale et d'apporter l'aide adéquate. Le service de santé mentale organise ou collabore à des activités de prévention étroitement liées à ses missions générales et, le cas échéant, aux projets spécifiques qu'il développe. Ces activités peuvent notamment consister en :
 - l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale de la population du territoire desservi par le service de santé mentale et des travailleurs du réseau sanitaire et social de ce territoire
 - des interventions particulières de prévention envers des groupes ciblés, notamment dans des lieux d'accueil de la petite enfance
- Le service de santé mentale assure les liaisons entre les services concernés en vue de réaliser la prise en charge intégrée des personnes

Texte(s) de référence :

- Commission Communautaire française ; Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 27 avril 1995 ; M.B. 1995-10-03
- Commission Communautaire commune ; Ordonnance relative à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 17-07-1997 ; M.B. 1997-10-22
- Ministère de la Région wallonne ; Décret organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale ; 04-04-1996 ; M.B. 1996-05-23

Remarques : Le service de santé mentale peut, à titre exceptionnel et moyennant un agrément mentionnant cette particularité, se spécialiser dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents.

Types d'interventions : Prévention, éducation & consultation

Missions légales :

Accueil, information, éducation et accompagnement des personnes, des couples et des familles, ainsi que l'animation de groupes, notamment des jeunes, dans le cadre de la vie affective et sexuelle (VAS) et relationnelle. Leurs missions sont :

- organiser des consultations psychologique, sociale, médicale et juridique
- préparer les jeunes à la VAS + assurer l'éducation et l'information des adultes et des jeunes dans le domaine de la vie relationnelle, affective et de la parenté responsable
- informer les personnes et groupes sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non, l'IVG, les MST et tout aspect de la vie sexuelle et affective
- aider les personnes dans les problèmes d'infertilité, de contraception et dans tout autre aspect de leur VAS
- aider les femmes enceintes en difficultés
- porter à la connaissance du public les notions de droit familial

Le centre organise des animations liées aux missions énoncées ci-avant. Une liste des thèmes qui peuvent être abordés a été élaborée afin « d'éviter certaines dérives ». Dans cette liste se trouvent :

- découvrir l'existence de diverses réactions possibles au comportement de l'autre et à son propre comportement,
- aider l'enfant à réfléchir à des situations amenées : rejet, chantage affectif, maltraitance etc.,
- lui permettre de construire un réseau de personnes ressources dans son entourage à qui l'enfant pourra parler des situations difficiles pour lui,
- le respect de l'autre
- écouter avec respect, sans jugement, parler, exprimer ses sentiments, ses émotions, les sentir, les reconnaître, les dire,
- l'affirmation de soi, être capable de dire oui ou non,
- se connaître, se sentir bien dans son corps, dans sa tête, l'identité positive.

Dans le cadre de ces thèmes, les aspects suivants peuvent être abordés : les comportements à risque et/ou violents à l'égard de soi-même (dépendance, conduite suicidaire, anorexie et boulimie) ou de l'autre (manque de respect, intolérance, passages à l'acte etc.)

Texte(s) de référence :

- Ministère de la Région wallonne ; Décret relatif aux Centres de planning et de consultation familiale et conjugale ; 18-07-1997 ; M.B. 1997-09-23
- Ministère de la Région wallonne ; Centres de planning et de consultation familiale et conjugale. Circulaire relative aux animations : liste des thèmes et recommandations des techniques et outils à utiliser ; 03-10- 2001.

Remarques :

- Il existe 4 fédérations de planning :
- Fédération Laique de CPF (FLCPF)
 - Fédération des Centres de Planning et de Consultations (FCPC)
 - Fédération des Centres de Promotion conjugale et familiale des Femmes prévoyantes socialistes (FCPF - FPS)
 - Fédération des Centres pluralistes familiaux (FCPF)

LES CENTRES PMS (PSYCHO MEDICO SOCIAUX)

Types d'interventions : Prévention, information & guidance

Missions légales :

Les centres ont pour mission d'assurer les tâches de guidance suivantes aux profit des élèves de l'enseignement maternel, primaire, secondaire de pleine exercice et de l'enseignement spécialisé et de l'enseignement à horaire réduit crée afin de satisfaire à l'obligation scolaire à temps partiel qui appartiennent à leur ressort d'activités :

Contribuer à rendre optimales les conditions psychologique, psychopédagogique, médicale, paramédicale et sociale de l'élève lui-même et de son entourage éducatif immédiat afin de lui offrir les meilleures chances de développement harmonieux de sa personnalité et de son bien-être individuel et social.

Dans ce cadre, la mission comporte, entre autres :

la prise des initiatives nécessaires à caractère préventif et palliatif afin d'éviter ou de supprimer des facteurs qui constituent une menace ou une entrave pour l'élève, et d'y remédier

le soutien au processus d'épanouissement des élèves et l'aide au développement de leurs potentialités afin de contribuer à l'acquisition de leur autonomie, à la croissance harmonieuse de leur personnalité et à leur bien-être individuel et social

Texte(s) de référence :

- Ministère de la Communauté française ; Arrêté royal organique des centres psycho médico sociaux ; 13-08-1962 ; M.B. 1962-08-25 / 1963-10-10

Remarques : Pour le réseau de la Communauté française, les CPMS assurent aussi les missions des PSE

Types d'interventions : Prévention & dépistage

Missions légales :

La promotion de la santé à l'école consiste en :

La mise en place de programme de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé. Les programmes peuvent concerner les problèmes de santé mentale et d'assuétudes, la prévention des accidents domestiques et de la route, la vie affective et sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention des violences et de la maltraitance, la pédiculose, l'alimentation, la santé dans le sport, ou toutes autres problématiques de santé spécifiques à certaines populations scolaires. Le Gouvernement peut fixer d'autres programmes en fonction de l'évolution du plan quinquennal de promotion de la santé. La promotion d'un environnement favorable à la santé nécessite, en collaboration avec l'établissement scolaire, des actions relatives aux installations, en général, et plus particulièrement aux classes, aux cantines, aux cours de récréation et aux installations sanitaires.

Le suivi médical des élèves. La durée de ces prestations ne pouvant pas être inférieures à 70% du temps total de prestations.

La prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles.

L'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.

Texte(s) de référence :

- Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 ; 30-04-2004 ; M.B. 2004-07-07
- Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à la promotion de la santé à l'école ; 20-12-2001 ; M.B. 2002-01-17

Remarques : Pour le réseau de la Communauté française, les CPMS assurent aussi les missions des PSE

LES AIDE EN MILIEU OUVERT (AMO)

Types d'interventions : Prévention & éducation

Missions légales :

Le service d'Aide en Milieu ouvert a pour activité l'aide préventive au bénéfice des jeunes dans leur milieu de vie et dans leurs rapports avec l'environnement social. L'aide préventive comporte nécessairement l'aide individuelle, l'action communautaire et éventuellement l'action collective. Ces trois dimensions sont intégrées et sous tendues par un même objectif de prévention. Complémentairement à sa mission principale [...], le service peut développer toute activité de prévention qui vise à atteindre son objectif principal

L'aide individuelle : est une aide sociale et éducative. Elle vise à favoriser l'épanouissement personnel du jeune dans son environnement social et familial, afin notamment de prévenir la rupture avec cet environnement ou toute dégradation de situation de rupture avec cet environnement.

L'action communautaire : vise, dans le souci du bien-être des jeunes concernés, à améliorer l'environnement social des jeunes, à apporter une réponse globale à des problèmes individuels et à développer une dynamique de réseau et communication sociale. L'action communautaire participe à une politique d'action contre les mécanismes de marginalisation et d'exclusion sociale du public visé

L'action collective : vise à induire, à élaborer et à apporter avec les jeunes et en interaction avec leur environnement social, des réponses collectives à des problématiques globales ou individuelles. L'action collective ou de groupe est une modalité d'intervention centrée sur la pédagogie de projet qui a pour objectif principal de restaurer ou de développer une dynamique de solidarité sociale et de prise de responsabilités entre les jeunes et leur environnement. L'action collective offre aux jeunes en difficulté les capacités de conception et les moyens de réalisation de projets permettant une socialisation et une valorisation de soi susceptibles à terme d'être gérées de manière autonome par les jeunes

Texte(s) de référence :

- Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'aide en milieu ouvert ; 15-03-1999 ; M.B. 1999-06-01
- Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse ; 04-03-1991 ; M.B. 1991-06-12

Remarques : -

Annexe 10 : Les fiches descriptives pour les activités des (groupe d') acteurs identifiés

Toutes les fiches descriptives, sauf celles marquées d'un astérisque, ont été validées par les acteurs concernés.

Les (groupes d')acteurs identifiés sont :

Le Centre de prévention du suicide

La cellule provinciale D Clic

Télé Accueil

La Commission provinciale de prévention du suicide de Liège

Le Service « prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon

Le Service des Actions de Promotion de la Santé mentale de la Province de

Luxembourg

Eole

La Fondation Similes

La Fondation Julie Renson

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM)

Le Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles (SSM - ULB)

Les Associations du Réseau d'accompagnement du deuil après suicide

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Lierneux

Centre de prévention du suicide (<http://www.preventionsuicide.be>)

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON
<u>Source de financement</u>	Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale (uniquement pour le service d'accueil téléphonique)
<u>Public cible</u>	Tout public : particuliers et professionnels
<u>Type de prévention</u>	Universelle, sélective et indiquée

Type d'activités

Destinées aux particuliers :

- Assistance téléphonique 24h sur 24.
- Forum d'échanges sur la toile.
- Groupe de parole « l'autre temps » : pour les personnes endeuillées à la suite d'un suicide.
- Postvention suite à un suicide : intervention d'une équipe du Centre à la demande d'une école, d'une entreprise ou d'une prison pour apporter à l'entourage un premier soutien psychologique.

Destinées aux professionnels :

- Cellule d'intervention psychologique (CIP) : sur demande des médecins généralistes et unités d'urgences hospitalières, la CIP opère la transition entre ceux-ci et les services thérapeutiques devant prendre le relais pour un traitement à long terme du suicidant. La CIP assure également la sensibilisation des médecins et infirmiers à l'accueil et à la prise en charge des suicidants.
- Formation et sensibilisation : le Centre développe à l'attention des professionnels du secteur psycho-médico social mais également d'autres travailleurs tels les policiers, les pompiers, les gardiens de prison, les conducteurs de train, de tram ou de métro etc., divers modules de sensibilisation et de formation devant les aider à gérer au mieux la réalité du suicide à laquelle il sont confrontés de par leur fonction.
- Bibliothèque : Le Centre met à disposition de toutes personnes intéressé par la problématique du suicide (étudiants, chercheurs, particulier etc.) une documentation spécialisée sur le sujet.

Implication dans un (des) réseau(x)

- Initiateur du Réseau prévention suicide en Communauté française. Ce réseau regroupe le CPS, la cellule provinciale D-Clic, le Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon + travaille en collaboration avec l'équipe adolescence du Service de Santé Mentale de l'ULB.
- Coordonnateur d'un Réseau d'accompagnement du deuil après suicide qui assure, à travers toute la Communauté française, une prise en charge spécifique et diversifiée des personnes endeuillées par le suicide (réseau qui regroupe une quinzaine d'associations wallonnes et bruxelloises) [voir la fiche correspondante].

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON → deuil, stress traumatique et prévention du suicide
<u>Source de financement</u>	Province de Luxembourg
<u>Public cible</u>	Tout public, milieu scolaire et personnes touchées par le suicide
<u>Type de prévention</u>	Universelle et sélective

Type d'activités

- Programme de prévention du suicide chez les jeunes (pas directement avec les jeunes mais bien avec ceux qui les côtoient) par des actions de sensibilisation et de prévention des comportements suicidaires dans toutes les écoles du territoire provincial. Le travail se fait en collaboration avec les Centres PMS rattachés aux différentes écoles, chargés d'identifier les professeurs relais (personnes sensibles au problème du suicide et ayant un bon contact relationnel avec les élèves). Ces formations s'adressent exclusivement aux professeurs relais, à la direction, aux personnes issues des CPMS ou aux éducateurs attachés à l'école.
- Interventions dans les milieux où la problématique est survenue.
- Groupe de paroles pour personnes endeuillées.

Implication dans un (des) réseau(x)

- Membre du Réseau prévention suicide en Communauté française
- Partenaire du Service des Actions de Promotion de la santé mentale de la Province du Luxembourg
- Membre du Réseau d'accompagnement du deuil après suicide

Télé Accueil (<http://www.tele-accueil.be>)

Spécifique suicide

OUI - NON

→ santé mentale

Source de financement

Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale pour le Centre régional de Bruxelles et Région wallonne pour les Centres régionaux de Charleroi, Liège, Luxembourg, Mons, Namur et Brabant wallon

Public cible

Tout public

Type de prévention

Universelle et sélective

Type d'activités

Propose un espace de parole et d'écoute 24h sur 24 à toute personne qui vit une situation de crise ou une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique.

« Télé accueil est reconnu par les Pouvoirs publics comme centre de crise et de prévention du suicide »

Implication dans un (des) réseau(x)

-

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON
<u>Source de financement</u>	Province de Liège
<u>Public cible</u>	Tout public et professionnels
<u>Type de prévention</u>	Universelle et sélective

Type d'activités

- Diffusion d'une information la plus large possible par le biais de dépliants et d'organisation de colloques.
- Organisation de formations traitants de la prise en charge du suicide destinées à différents publics cibles (personnel des urgences, travailleurs psycho-médico-sociaux, infirmiers, médecins généralistes, agents pénitenciers, services sociaux de la police fédérale, enseignants etc.
- Organisation de soirées de sensibilisation à destination des médecins généralistes, des ambulanciers, des pompiers etc.
- Organisation chaque année d'une semaine provinciale de prévention du suicide.
- Existence d'une équipe de première intervention suicide qui peut intervenir à la demande des directions des établissements scolaires, tous réseaux confondus, suite à un suicide ou à une tentative de suicide. Cette équipe intervient pour assurer, auprès de l'institution scolaire, l'information et le soutien adéquat. Elle oriente, si nécessaire, vers les services ressources les plus habilités (PMS, IMS, Centres de Santé Mentale, ...).
- Conception et mise à disposition d'une exposition itinérante de prévention du suicide " Les maux n'auront pas le dernier mot ".

Implication dans un (des) réseau(x)

Collaboration avec l'association " Vivre sous les Oliviers " qui propose une aide à l'entourage de personnes ayant commis l'acte suicidaire

Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon *

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON
<u>Source de financement</u>	Province du Brabant wallon
<u>Public cible</u>	Tout public et milieu scolaire
<u>Type de prévention</u>	Universelle et sélective

Type d'activités

- Permanence téléphonique (du lundi au vendredi de 9h à 17h) et orientation des demandes d'aide de personnes en difficultés (jeunes, familles, professionnels etc.) vers les services spécialisés.
- Développement des relais
- Organisation d'actions de prévention via des cycles de formation et d'information (pour les professionnels et le grand public. Exemple : police, parents, professeurs, animateurs de quartiers, écoles, etc.)

Implication dans un (des) réseau(x)

Membre du Réseau prévention suicide en Communauté française

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON → santé mentale
<u>Source de financement</u>	Province (+ parfois subsides ponctuels pour des projets ponctuels)
<u>Public cible</u>	Les professionnels et les particuliers
<u>Type de prévention</u>	Universelle

Type d'activités

Missions :

- Favoriser une politique concertée de santé mentale répondant aux besoins spécifiques de la population luxembourgeoise grâce à l'appui et à la mobilisation des structures en place (publiques et privées).
- Assurer la promotion de la santé mentale en développant des activités ou en les encourageant sur les plans local, régional, provincial, voir inter provincial.
- Elargir le champ de la santé mentale promotionnelle en santé mentale communautaire : créer un ancrage entre le plan social et le plan thérapeutique sans entrer dans une dimension curative (ex : groupe de paroles fermés avec des demandeurs d'asile).
- Coordonner les informations, développer ou encourager des activités concernant la santé mentale, conférences-débats, ou partenariats afin de s'inscrire dans une large politique de santé permettant d'atteindre un mieux être : en développant des partenariats extérieurs, en coordonnant clairement les activités en place, en assurant leur visibilité et leur diffusion, en établissant des priorités en matière de santé publique, en répertoriant les partenaires potentiels et les associations, en facilitant l'accessibilité au public.
- Poursuivre des activités de sensibilisation sur les conduites à risques telles que le suicide, la somnolence au volant, l'abus d'alcool ou de substances toxiques, l'isolement, etc.
- Elargir le champ par un échange de savoir (tant au niveau communautaire qu'europpéen).
- Coordonner le réseau communautaire de prévention du suicide.
- Assurer la direction de l'équipe spécifique D-Clic [voir la fiche]

Implication dans un (des) réseau(x)

Oui, de part leur mission de coordination des partenaires publics et privés.

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON → santé mentale
<u>Source de financement</u>	Fédéral et en attente de subsides de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale.
<u>Public cible</u>	Professionnels de première ligne
<u>Type de prévention</u>	Universelle et sélective
<u>Type d'activités</u>	Service téléphonique d'orientation et de gestion de situations cliniques pour les professionnels de première ligne ayant des difficultés pour l'orientation et le maniement de problématiques de santé mentale avec leurs patients.
<u>Implication dans un (des) réseau(x)</u>	De part leur mission de base, avec différents services de santé mentale, services psychiatriques d'urgence et hospitaliers, centres de jour, services d'aide à la jeunesse, maisons médicales, centres PMS, CPAS, psychiatres, associations de patients et de familles de la région de Bruxelles-Capitale etc.

Fédération des associations Similes francophone asbl (<http://www.similes.org/fr>)

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON →santé mentale
<u>Source de financement</u>	La Fédération elle même ne reçoit aucun subside, la section de Bruxelles (Similes Bruxelles asbl) reçoit un subside de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale et la Section wallonne (Similes Wallonie asbl) reçoit un subside de la région wallonne. Les autres revenus de la fédération et des sections proviennent de dons et de cotisations.
<u>Public cible</u>	Familles et amis de personnes souffrant de maladie mentale
<u>Type de prévention</u>	Universelle, sélective et indiquée
<u>Type d'activités</u>	<p>Les missions de cette asbl sont de</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Promouvoir la qualité de vie des malades mentaux et de leurs familles▪ Aider les familles dans la défense de leurs propres intérêts, matériels ou moraux, ainsi que de ceux de leur malade.▪ Sensibilisation du monde politique et médical pour que soit reconnu le rôle important des proches de malades mentaux. <p>Ils remplissent leur missions via :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ L'organisation de groupe de paroles pour partager les expériences, s'entraider et se soutenir.▪ L'information aux familles sur les droits des malades, les adresses utiles etc.▪ L'organisation de conférences débats avec participation d'experts▪ L'information aux médias
<u>Implication dans un (des) réseau(x)</u>	Partenariat avec des organismes de santé mentale (ex : Fondation Julie Renson).

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON → santé mentale
<u>Source de financement</u>	Subsides Région wallonne – fonds propres – intervention FOREM, ORBEM et VDAB.
<u>Public cible</u>	Tout public, professionnels
<u>Type de prévention</u>	Universelle et sélective
<u>Type d'activités</u>	

C'est une fondation d'utilité publique qui a pour objectif principal l'amélioration de la santé mentale en Belgique (amélioration de la qualité de l'accueil et des soins aux malades mentaux). Les activités suivantes lui permettent d'y répondre :

- Sensibilisation ou information d'un large public sur des sujets sensibles ou méconnus de la santé mentale, par l'organisation de congrès, journées d'études, rencontres entre les communautés linguistiques du pays etc.
- Initiation de groupes de travail sur différents thèmes.
- Publications sur la prévention de la santé mentale, les traitements psychiatriques, la place de la dimension culturelle en santé mentale etc.
- Service Info santé mentale qui répond par téléphone, courrier, etc. aux questions émanant de professionnels et/ou de particuliers sur le thème de la santé mentale.
- Gestionnaire de Theseas.be : base de données sur la santé mentale accessible gratuitement par Internet destinée au grand public.

Implication dans un (des) réseau(x)

Partenariat ponctuel et/ou à plus long terme avec la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, l'Institut wallon pour la santé mentale, Similes, Centre de prévention du suicide etc.

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON → santé mentale
<u>Source de financement</u>	Région wallonne mais existence de financements ponctuels par les pouvoirs publics ou les partenaires privés.
<u>Public cible</u>	usagers, intervenants de 1ère ligne, professionnels de la santé mentale, décideurs et population dans son ensemble.
<u>Type de prévention</u>	Universelle et sélective
<u>Type d'activités</u>	<ul style="list-style-type: none">▪ Rassemblement des acteurs de terrain et des représentants des usagers et des familles en vue de soutenir, entre autres, une réflexion permanente sur les problématiques de santé mentale.▪ Recherche pour accroître la compréhension des problématiques.▪ Formation des professionnels de la santé mentale, des intervenants de 1ère ligne et des usagers et de leurs familles. Différentes formes : différentes formes : (cycles) de séminaires, journées d'études, colloques, groupe de formation, interventions, échanges de savoirs, supervisions, modules thématiques. La formation inclut la sensibilisation des professionnels.▪ Information (3 volets) :<ul style="list-style-type: none">- l'information proprement dite : rôle, fonctionnement et coordonnées des services et institutions ou orientation vers des organismes de référence, information sur les formations, sur les activités, sur le secteur, sur la santé mentale en général.- le centre de documentation : mise à disposition auprès de toute personne ou association demandeuse d'ouvrages et de revues, recherche bibliographique, dossiers documentaires.- la diffusion de l'information : publications et prospectus, bulletin d'information, revue scientifique.
<u>Implication dans un (des) réseau(x)</u>	Oui, de part leur mission première (rassemblement des acteurs de terrain, des usagers et des familles)

Service de Santé Mentale de l'ULB (SSM - ULB) *
(<http://www.ulb.ac.be/assoc/ssm/>)

<u>Spécifique suicide</u>	OUI - NON → santé mentale
<u>Source de financement</u>	Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale
<u>Public cible</u>	
<u>Type de prévention</u>	Universelle et sélective
<u>Type d'activités</u>	

Les Activités

- cliniques : consultation, psychothérapie, interventions thérapeutiques à domicile, interventions en institution, expertises et conciliations, traitements psychothérapeutiques sous contrainte judiciaire.
- de prévention avec entre autres : la prévention du suicide à l'adolescence (dans la continuité de l'évaluation préliminaire du dispositif de soins bruxellois réalisée en 1997-1998, un projet spécifique élaboré dans le cadre du département "adolescence" a mis en oeuvre, grâce à un subside spécifique de 2 ans de la Cocom, une recherche-action visant à faciliter la mise en place, en collaboration avec les centres PMS, de dispositifs d'interventions de crise dans les établissements scolaires. Cette recherche-action a débouché sur un rapport en décembre 2002). Par ailleurs, un subside du Fond Houtman de l'ONE a permis la rédaction d'une brochure d'information, destinée aux médecins généralistes et pédiatres de la Communauté Française (Prévenir le suicide à l'adolescence)
- de formation.
- de recherche.
- d'organisation de séminaires et de conférences.

Implication dans un (des) réseau(x)

Collaboration avec le Réseau Prévention suicide en Communauté française.

Les Associations du Réseau accompagnement du deuil après suicide
 (<http://www.preventionsuicide.be/zreseau/texteres/resintro.htm>)

<u>Spécifique suicide</u>	OUI et NON (toutes les associations ne font pas que le deuil post suicide)
<u>Source de financement</u>	Pas de financement spécifique pour le réseau
<u>Public cible</u>	Les personnes endeuillées par le suicide d'un proche
<u>Type de prévention</u>	Sélective - Postvention

Type d'activités

Trois types d'accompagnements sont proposés :

- Le groupe d'entraide (1) : crée et animé par des personnes qui vivent une même problématique, il est lieu d'expression, de dialogue et d'échanges.
- Le groupe de parole (2) poursuit la même démarche d'expression, de dialogue, d'échange que le groupe d'entraide mais il est mis sur pied et animé par des professionnels.
- Le suivi individuel (3) : soit en attente d'une participation à un groupe de parole, soit par choix de la personne intéressée.

Implication dans un (des) réseau(x)

Oui, de part leur définition même. Ce réseau est initié et coordonné par le Centre de Prévention du Suicide

Les associations

NOM	Type d'activités(1, 2 et/ou 3) et spécificité suicide	
* Cancer et psychologie	2	NON
* Centre de consultation conjugale et familiale Estelle Mazy	3, 2	NON
* Centre de planning et de consultation familiale et conjugale d'Arlon	3	NON
* Centre de planning et de consultation conjugale et familiale de La Louvière	3, 2	OUI
* Centre de planning et de consultation familiale et conjugale « la famille heureuse »	3, 2	NON
* Centre Willy Peers	3, 2	OUI (pour les groupes de paroles) et NON (pour le suivi individuel)
* D. Clic	3, 1	OUI (pour cette activité cf fiche de l'asbl)
* Infor - Veuvage	3, 1	NON
* L'Autre temps	2	OUI
* Maison Saint Hubert	3, 1	NON
* Parents désenfantés	2	OUI
* SIRIUS - Accompagner la vie	3, 2	OUI
* Vivre son deuil Brabant wallon	3, 2	NON
* Vivre sous les Oliviers	2	OUI

Le Centre Patrick Dewaere du Centre Hospitalier Spécialisé de Lièrnew
(<http://www.chsa.be/default.cfm?section=site&rubrique=patrick>)

Spécifique suicide OUI - NON

Source de financement Province de Liège

Public cible Personnes jeunes (15 - 35 ans) concernées par la problématique du suicide (suicidaires ou suicidants)

Type de prévention Sélective et indiquée

Type d'activités

Le Centre hospitalier spécialisé (CHS) appartient à la Province de Liège (qui en est le pouvoir organisateur). Les patients sont répartis en 14 unités selon la pathologie ou la spécificité de la prise en charge. Au sein de ce dispositif on retrouve :

- Le Centre Patrick Dewaere qui est une unité d'admission et de traitement (soins aigus, mixte, portes ouvertes) qui accueille des personnes ayant fait une tentative de suicide, ou à titre préventif. C'est un lieu de transition, de médiation et de remédiation. Après un entretien préalable, de jeunes adultes suicidaires sont accueillis en vue d'une préparation à une prise en charge psychothérapeutique.
- Le Val qui est une unité d'admission et de traitement (soins aigus, pour les femmes à partir de 16 ans, portes ouvertes). Sont accueillies les situations de crise, les dépressions réactionnelles, les tentatives de suicide, les névroses, les psychoses, les séniles et les déficiences intellectuelles (non isolées, mais avec troubles du comportement). Les toxicomanes de sexe féminin sont aussi prises en charge depuis quelques années.
- Le Relais qui est une unité de traitement (soins aigus, hommes à partir de 17 ans, portes ouvertes). Sont accueillies les situations de crise, les tentatives de suicide, les dépressions réactionnelles, les psychoses (après phases aiguës, en évitant les schizophrénies chroniques), névroses (spécialisés), les cas limites, les déficiences intellectuelles (légères) et les toxicomanies (sauf drogues dures).

Implication dans un (des) réseau(x)

-

