



La prévention du suicide

P^r William Dab
Directeur général
de la santé

Le suicide est responsable de 150 000 décès, chaque année, dans les 38 régions Europe de l'OMS ; parmi lesquelles 11 500 en France. La prévalence, dans notre pays, se situe donc aux alentours de 20 pour 10 000 habitants, soit un taux relativement élevé par rapport aux autres pays occidentaux. Les tentatives de suicide sont quinze fois plus fréquentes que les décès par suicide, leur nombre se situant entre 150 000 et 200 000 par an. Alors qu'elles concernent deux à trois femmes pour un homme, on observe une proportion inverse pour le suicide. Bien que la prévalence du suicide augmente avec l'âge, c'est chez le sujet jeune qu'il constitue un problème majeur de santé publique puisqu'il est, avec les accidents de la voie publique, la première cause de mortalité entre 15 et 35 ans ; dans cette tranche d'âge, il est la cause d'un décès sur cinq chez les hommes et d'un sur sept chez les femmes. Il convient, toutefois, de ne pas minimiser son impact global sur l'espérance de vie de la population générale, toutes tranches d'âge confondues. En effet, il représente 10 % des causes de décès prématurés des moins de 70 ans, soit un chiffre comparable à celui des accidents de la circulation et sensiblement inférieur à celui des maladies cardio-vasculaires (12 %).

Conscient de l'importance de la surmortalité liée au suicide, de nombreux pays se sont engagés dans une politique de prévention. Depuis plusieurs années, la direction générale de la Santé l'a retenue comme priorité nationale. Il y a eu le temps de l'expertise, conduite par l'Anaes, avec des audits réalisés dans 60 établissements hospitaliers, un comité de spécialistes chargé d'élaborer des recommandations en lien avec la Fnors et l'Inpes et une Conférence de consensus (octobre 2000) sur : « Crise suicidaire : mieux reconnaître et prendre en charge ». Cette dynamique a permis de construire la « Stratégie nationale d'actions face au suicide » lancée en France, en 2001. Celle-ci comporte quatre axes principaux :

- favoriser la prévention par l'amélioration du repérage et la gestion de la crise suicidaire. Sachant que 10 % des suicidants décèderont un jour de suicide (20 % après deux tentatives de suicide et 35 % après trois tentatives de suicide), dont un sur dix dans l'année qui suit une première tentative de suicide. Un grand programme de formation a été entrepris avec, dans un premier temps, des sessions nationales de formation des formateurs ;
- limiter les moyens létaux du suicide, que ce soit les armes à feu ou les médicaments ayant une dose létale élevée. Par ailleurs, un groupe de travail avec la SNCF et la RATP a été mis en place à cet effet ;
- améliorer la prise en charge des personnes « en mal être » et des familles ou proches de suicidants ;
- approfondir la connaissance épidémiologique du suicide, en lien avec la Drees et l'INVS.

Cette stratégie d'actions s'inscrit désormais dans le projet de loi relatif à la santé publique. L'objectif n° 92 du rapport annexé étant de « réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 » (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par an). En outre, le suicide trouve sa place dans l'un des cinq plans stratégiques, celui consacré à la violence, avec la violence routière, les comportements à risque, les addictions...

Par ailleurs, comme le souligne l'OMS, les stratégies de prévention du suicide ne se limitent pas à une action préventive mais portent également sur une amélioration de l'offre et de la qualité des soins. Sachant que l'immense majorité des suicides résultent de maladies mentales (50 % des troubles dépressifs, 20 % de la schizophrénie, 15 % du trouble bipolaire, risque majoré s'il y a association à un alcoolisme ou une toxicomanie), il va de soi qu'une amélioration du diagnostic et de la qualité de la prise en charge de ces affections est essentielle. C'est une des raisons pour lesquelles le projet de loi relative à la santé publique s'est fixé comme but d'améliorer leur dépistage et la proportion des patients qui en souffrent et qui sont traités conformément aux bonnes pratiques cliniques, en limitant l'exclusion sociale qui en résulte. Il faut préciser qu'en termes de morbi-mortalité, définie par les DALYs (disability adjusted life years), l'étude de l'École de santé publique d'Harvard, menée avec la Banque mondiale et l'OMS, situe 5 maladies mentales parmi les 10 les plus coûteuses. La dépression étant au quatrième rang et, par sa progression, elle devrait se retrouver au deuxième en 2020, juste derrière les cardiopathies ischémiques. Or une action volontariste sur cette pathologie est efficace pour en limiter la souffrance individuelle, le coût social et la mortalité suicidaire ; c'est la raison pour laquelle la DGS prépare actuellement un « plan dépression ». Il aborde également la question du trouble bipolaire (1 % des DALYs toutes pathologies confondues) pour lequel le délai entre les premiers symptômes et la première prescription d'un traitement adapté est en moyenne de dix ans. Dix ans pendant lesquels le trouble s'aggrave, entraîne suicide et comportements médico-légaux, alors qu'il est établi que les sels de lithium non seulement le stabilisent mais diminuent significativement l'incidence du suicide.

Cette politique volontariste a pour objectif de parvenir, en France, aux mêmes résultats que ceux des pays européens dont l'action a été couronnée de succès. Elle nécessite une mobilisation de tous les acteurs de la santé publique. ■