

Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide

Avec plus de 10 000 décès par an, la France est l'un des pays où l'on meurt le plus par suicide. Si les données épidémiologiques émeuvent, le suicide a longtemps été ignoré et confiné à la sphère privée. Il n'est reconnu par les institutions et identifié comme problème de santé publique que depuis une vingtaine d'années.

Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide

Sources de données et indicateurs

Les données sur lesquelles se base cette étude sont issues de la statistique des causes médicales de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'Inserm. Elles concernent les années quatre-vingt à 1999 (l'année 1999 est la dernière année pour laquelle on dispose de données validées sur les causes médicales de décès). Ces données permettent de mesurer le niveau de la mortalité par suicide et d'en analyser les principales caractéristiques épidémiologiques : disparités socio-démographiques, modes de suicides, variations géographiques (1997-1999) et évolutions dans le temps (1980-1999). Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès, la part des décès par suicide dans la mortalité générale, les taux bruts de décès (effectifs de décès rapportés aux populations moyennes annuelles), les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de la population française (ensemble et moins de 65

ans) et les ratios de mortalité selon le sexe. Les décès de la période 1980-1999 ont été codés selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM9). Les codes de cette classification correspondant au suicide sont inclus dans le chapitre « Traumatismes et empoisonnements (E950 à E959) » et permettent d'identifier les modes de suicide (pendaisons, armes à feu, médicaments...). L'analyse de la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne (UE) est basée sur les données de mortalité diffusées par Eurostat (dernière année disponible, 1999). Une dernière partie traite de l'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide et de l'impact de certains biais de déclaration sur les données officielles.

Le suicide, première cause de décès chez les 30-39 ans

On comptabilise annuellement en France environ 10 300 décès par suicide (année 1999). Ces décès représentent 2 % de l'ensemble des 540 000 décès survenant chaque année. Cette part varie fortement selon l'âge. Pour les personnes de 15 à 44 ans (4 000 décès par an), le suicide représente la deuxième cause de décès (15 % des décès) après les accidents de la circulation. Pour les 30-39 ans (1 700 décès), il constitue la première cause de décès (un décès sur cinq). La part du suicide diminue ensuite sensiblement, représentant moins de 1 % de l'ensemble des décès après 85 ans (figure 1).

Un taux de décès multiplié par trois chez les hommes par rapport aux femmes

Les effectifs et les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes : sept décès

Eric Jouglà
Directeur du CépiDc
Françoise Péquignot
Ingénieur
Alain Le Toullec
Technicien
Martine Bovet
Technicien
Marc Mellah
Technicien
Inserm-CépiDc,
IFR 69 Centre
d'épidémiologie sur
les causes médicales
de décès



La prévention du suicide

sur dix concernent le sexe masculin (7 500 décès par an, contre 2 800 pour les femmes). Le taux de décès masculin standardisé par âge (27,1 pour 100 000) est trois fois plus élevé que chez les femmes (8,8 pour 100 000). La surmortalité masculine s'observe quel que soit l'âge des sujets, mais son niveau varie : taux de décès multiplié par 3,7 chez les hommes par rapport aux femmes entre 15 et 24 ans, puis diminution avec un minimum entre 45 et 64 ans (2,3) et ensuite augmentation pour atteindre 6,0 après 85 ans.

Un taux de décès qui progresse fortement avec l'âge

Si la part des décès par suicide dans la mortalité générale diminue sensiblement avec l'âge, il n'en est pas de même pour leur nombre et leur taux. 5 % du total des décès par suicide surviennent avant 25 ans (600 décès), 65 % entre 25 et 64 ans (6 600 décès) et 30 % après 64 ans (3 000 décès). Quel que soit le sexe, les taux de décès progressent fortement avec l'âge, mais cette augmentation n'est pas régulière (figure 2). Les taux de décès doublent après 25 ans, restent relativement stables jusqu'à 64 ans, puis progressent à nouveau après 85 ans (en particulier chez les hommes). Les taux de décès sont six fois plus élevés après 85 ans qu'entre 15 et 24 ans (dix fois pour les hommes). Il est donc important de noter que, si l'on parle davantage du suicide chez les adolescents, du fait de sa nature particulièrement inacceptable, les taux de décès sont nettement plus élevés chez les personnes âgées.

Une relative stabilité des taux de décès dans le temps

Entre 1980 et 1999, les taux de décès standardisés par âge ont peu évolué. Au cours de cette période, on constate cependant une tendance à la hausse des taux jusqu'au milieu des années quatre-vingt, suivi d'une stabilité jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix et, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, une tendance à la baisse depuis 1995. Mais ces évolutions sont restées modérées, et globalement les taux de décès n'ont varié que de -16 % sur les vingt années étudiées (-15 % pour les hommes et -20 % pour les femmes). En fonction de l'âge, on note, mais uniquement pour les hommes, une augmentation depuis les années quatre-vingt pour les classes d'âge 25-44 ans et plus de 85 ans.

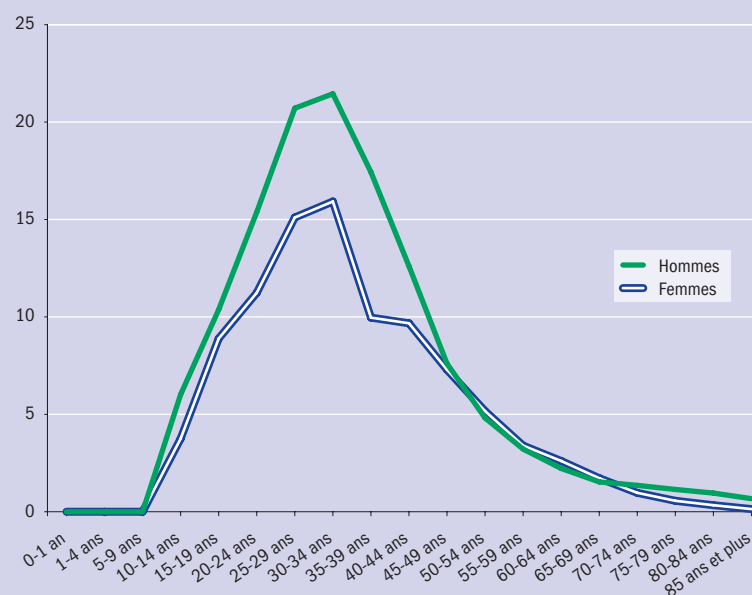
La pendaison reste le mode de décès le plus fréquent

Le mode de décès par suicide le plus fréquent est la pendaison (41 % des décès en 1999). Cependant, les modes de suicide varient selon le sexe. Pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (46 % des décès) et les armes à feu (25 %). Pour les femmes, on observe une plus grande diversité des modes de suicide : empoisonnements médicamenteux (27 %), pendaison (27 %), noyade (17 %) et saut d'un lieu élevé (10 %). En comparaison, les noyades et les sauts ne représentent respectivement pour les hommes que 5 % et 4 % des décès par suicide. Les modes de

suicide varient également selon l'âge. On note en particulier une proportion supérieure de prise de médicaments pour les femmes entre 35 et 54 ans (tendance similaire pour les hommes, mais dans des proportions

figure 1

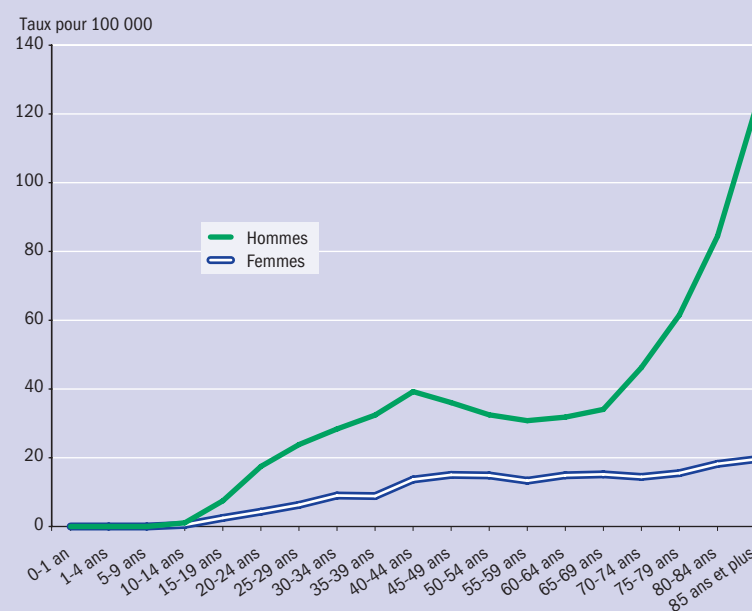
Part des suicides dans la mortalité générale selon le sexe et l'âge (France 1999, en pourcentage)



Source : CépiDc, Inserm.

figure 2

Taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge (France 1999)



Source : CépiDc, Inserm.

moindres). On note également une part plus élevée de suicides par armes à feu pour les hommes entre 35 et 54 ans. Les modes de suicide ont peu évolué depuis vingt ans, à part une légère augmentation du poids des pendaisons et une tendance à la diminution de celui des suicides par armes à feu.

Statut matrimonial

Les taux de décès par suicide les plus élevés concernent les veufs (58,8 pour 100 000), puis les divorcés (37,3), les célibataires (20,4) et les personnes mariées (16,8). On note des taux de mortalité par suicide maximum chez les hommes veufs. En particulier pour les décès des sujets de plus de 65 ans, les taux de décès sont de cinq à dix fois plus élevés chez les hommes veufs que chez les femmes veuves. À l'opposé, les taux de décès les moins élevés s'observent chez les femmes mariées de moins de 65 ans. Le statut matrimonial constitue ainsi un facteur important des disparités de mortalité par suicide (on ne retrouve pas des différences aussi marquées pour la mortalité toutes causes confondues).

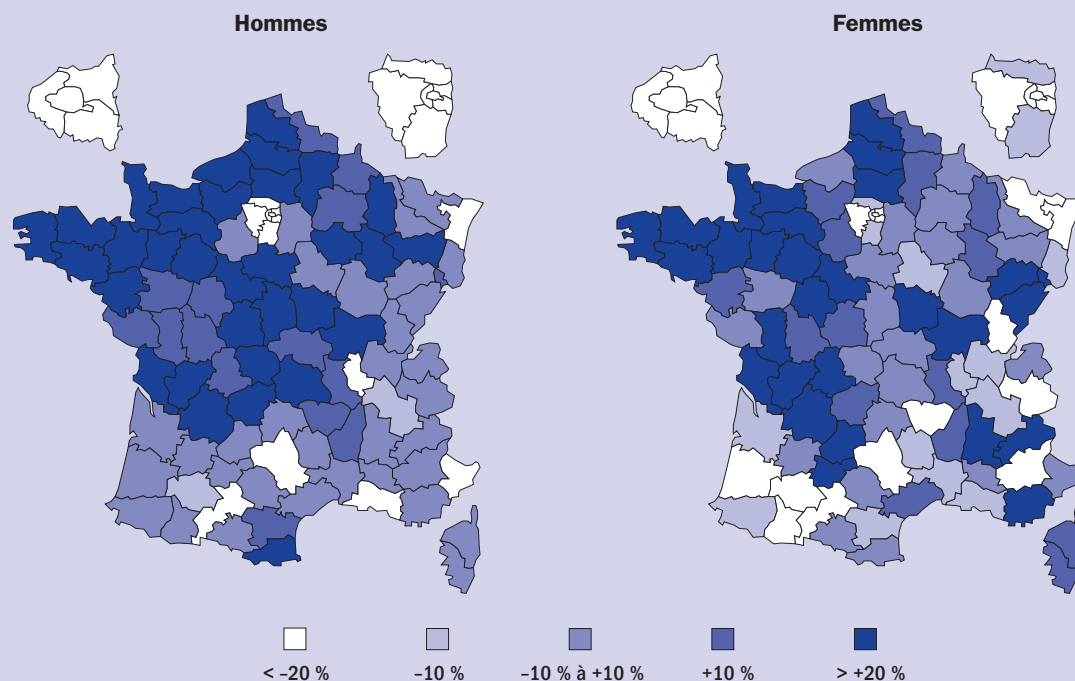
Un gradient nord-ouest du suicide en France

On observe de très fortes disparités spatiales de mortalité par suicide en France (figure 3). Ces disparités sont plus importantes que pour la plupart des autres

causes de décès (excepté pour le sida et les causes de décès liées à la consommation d'alcool). Le Nord-Ouest, de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais, est globalement en situation de surmortalité ainsi que le nord des Pays de la Loire et les régions rurales du centre de la France. Les taux de décès sont particulièrement élevés en Bretagne intérieure. À l'inverse, l'Est et le Sud-Ouest sont en situation de nette sous-mortalité. Pour les hommes, la Bretagne reste la région la plus touchée, avec des taux particulièrement élevés dans les départements des Côtes-d'Armor et du Finistère. Viennent ensuite la Basse-Normandie, la Picardie et les Pays de la Loire (en particulier, la Sarthe). À l'opposé, l'ensemble des régions du sud de la France, l'Île-de-France et l'Alsace sont en sous-mortalité. Bien que les taux de décès restent toujours nettement moins élevés chez les femmes et que, pour elles, le niveau des disparités spatiales soit moins important, on observe de fortes corrélations géographiques entre taux de décès masculins et féminins. On retrouve par exemple, quel que soit le sexe, que les Côtes-d'Armor et le Finistère sont les départements les plus touchés. Ces disparités spatiales sont restées relativement stables depuis une vingtaine d'années. Les modes de suicide varient selon les régions françaises. On note en particulier la part importante des pendaisons dans le Nord-Ouest (Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne, Nord-

figure 3

Taux de décès par suicide selon le sexe et les départements (1997-1999)*



* Taux standardisés par âge, variation par rapport à la moyenne nationale.

Source : CépiDc, Inserm.



La prévention du suicide

Pas-de-Calais), des suicides par armes à feu dans le Sud (Corse, Aquitaine, Languedoc-Roussillon) et des absorptions de médicaments en Île-de-France et en région Paca.

La France est dans le groupe des pays de l'Union européenne à plus fort taux de suicides

Pour les hommes, la Finlande ressort avec les taux de décès les plus élevés au sein de l'Union européenne. Il s'agit du seul pays pour lequel le suicide constitue la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans (avant les accidents de la circulation). Quatre autres pays ressortent avec des taux de décès particulièrement élevés : la Belgique, l'Autriche, la France et le Luxembourg. À l'opposé, ce sont les pays les plus méridionaux de l'UE qui ont les plus faibles taux de décès (Grèce, Portugal, Italie et Espagne). Le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont également des taux de décès relativement faibles. Cette hiérarchie s'observe aussi bien pour l'ensemble de la population qu'en termes de mortalité « prématurée » (avant 65 ans). Les écarts entre pays sont importants puisque les taux de décès sont plus de deux fois plus élevés en France qu'au Royaume-Uni ou en Italie. Pour les femmes, le niveau de la mortalité est, quel que soit le pays considéré, nettement plus bas (pour l'ensemble de l'UE, les taux de décès sont trois fois plus élevés chez les hommes). Cependant, la hiérarchie des pays reste très proche de celle observée pour les hommes. Les évolutions à court terme (1994-1999) indiquent une tendance générale à la baisse des taux de décès dans les pays de l'UE pour les deux sexes, les seules exceptions étant une stagnation de la mortalité, quel que soit le sexe, pour le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, la Suède et l'Espagne, et une augmentation pour la Grèce (deux sexes) et pour le Luxembourg (femmes).

Qualité des données de mortalité sur le suicide

L'étude de la qualité et de la comparabilité des méthodes de certification des causes de décès a fait l'objet d'un rapport de la Commission européenne coordonné par le CépiDc de l'Inserm [13, 15]. Parmi les causes de décès analysées, le suicide est une des causes qui ont fait l'objet du nombre le plus important d'études. Pour appréhender les sources de biais potentiels des données « officielles » sur la mortalité par suicide, il est important de rappeler les procédures de certification et de codification des causes de décès. Un certificat médical doit être établi à l'occasion de chaque décès. Ce certificat est basé sur celui recommandé par la Classification internationale des maladies (CIM). Cette standardisation a pour objectif l'amélioration de la comparabilité internationale des causes de décès. La première partie du certificat décrit les causes de décès selon le processus morbide ayant conduit à la mort en partant d'une cause initiale jusqu'à une cause terminale, avec éventuellement des causes intermédiaires (par exemple : suicide par arme à feu en cause

initiale, plaie crânio-cérébrale en cause intermédiaire et hémorragie cérébrale en cause terminale). La deuxième partie indique les causes ayant pu contribuer au décès (par exemple : dépression, alcoolisme...). Les causes médicales de décès sont ensuite codées selon la CIM. Cette codification conduit à la sélection d'une cause initiale pour chaque décès. Compte tenu de ce processus d'enregistrement, des biais peuvent survenir aux deux étapes du processus d'enregistrement : certification et codification médicales. Les biais de codification peuvent être considérés comme mineurs. En effet, dans le cas du suicide et compte tenu de l'importance de ce problème de santé publique, les règles de la CIM conduisent à sélectionner le suicide même si le médecin a indiqué une autre cause initiale de décès (par exemple : dépression ayant entraîné un suicide). Les biais principaux sont à appréhender au niveau de la certification médicale. Pour mesurer ces biais une méthode utilisée au niveau international est d'analyser les causes de décès « concurrentes » définies comme des causes de décès pouvant « masquer » un suicide dans les statistiques. Nous avons utilisé cette méthode sur les données françaises, en prenant en compte deux types de causes « concurrentes » pour lesquelles nous disposons d'investigations complémentaires : morts violentes indéterminées quant à l'intention et causes inconnues de décès [4, 14]. Les causes indéterminées quant à l'intention correspondent à des cas où le médecin n'a pas pu conclure, à des cas pour lesquels la certification du médecin n'a pas été assez précise, ou à des cas pour lesquels une enquête complémentaire était encore en cours au moment de la certification du décès. Les résultats d'une enquête réalisée sur un échantillon de ces cas auprès des médecins certificateurs indique que l'on peut estimer à 35 % la part des causes indéterminées qui sont en fait des suicides. L'autre source de biais considérée, les causes inconnues, s'explique souvent par une absence de retour d'informations suite à une enquête médico-légale. Deux enquêtes effectuées avec les instituts médico-légaux de Paris [17] et de Lyon [28] ont permis d'estimer qu'environ 25 % de ces cas étaient des suicides. Nous avons extrapolé l'ensemble de ces résultats aux décès survenus en France en 1999 et évalué, après correction, les changements dans les effectifs, les taux et les caractéristiques socio-démographiques des suicides. Cette étude a montré (i) que les taux de suicides déterminés à partir des données officielles étaient sensiblement sous-évalués (d'environ 20 %) ; (ii) mais que les caractéristiques socio-démographiques et géographiques du suicide changeaient peu après correction. Cette conclusion est importante car elle montre que, s'il est bien sûr essentiel de disposer d'une bonne évaluation de la fréquence du suicide dans un pays, on peut cependant caractériser les populations à risque et analyser les déterminants des conduites suicidaires sur la base des données actuellement disponibles, à la condition que les biais de déclaration restent relativement stables. ■

Les références
entre crochets
renvoient à la
bibliographie p. 62.

De l'histoire de la prévention du suicide en France

Arnaud Campéon
Chargé de recherche
au Laboratoire
d'analyse des
politiques sociales et
sanitaires (ENSP)

Énigme posée à notre humanité, le suicide n'a eu de cesse, durant son histoire, de questionner l'esprit humain et de susciter les plus virulentes controverses. Et pour cause, il n'est pas de questionnement qui ne soit plus immanent que celui-là : « *juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue* » (Camus, 1965). C'est à l'aune de cette interrogation fondamentale que l'acte de se donner volontairement la mort a de tout temps été passionnément discuté à travers l'histoire. De l'invention du néologisme au XVIII^e siècle jusqu'à aujourd'hui, en passant par la pratique de l'exorcisme sacrificiel et l'enfermement en maison d'internement, l'oscillation de la réaction sociale mais également des conceptions philosophiques et spirituelles à son égard sont là pour en témoigner. Relégué au rang du plus abominable des crimes, puis considéré comme le symptôme d'une pathologie mentale menaçant l'ordre public, le suicide fait aujourd'hui l'objet d'une approche en pleine mutation, au point qu'il est considéré comme un problème de santé publique parmi les plus importants *tant par la perte de vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne*. Pour comprendre cet état de fait, il nous faut tout d'abord renoncer à l'idée selon laquelle un problème de santé publique est une réalité naturellement objective. En effet, identifier un problème de santé publique et le faire apparaître comme un enjeu de société inscrit à l'ordre de l'agenda politique¹ constitue un travail à la fois scientifique, culturel et politique de longue haleine. Dans cette perspective, l'objet de cet article va consister à reconstituer une partie de la généalogie de la politisation du suicide en France, politisation qui n'a pu exister qu'animée par la conviction que l'extension des suicides constituait un mal pour l'ensemble de la société.

Quelques repères historiques : le suicide en question

Aux excès des positions moralistes et du scientisme rigide des siècles précédents qui empêchaient toute réflexion de fond sur la compréhension de l'acte suicidaire et lui ôtaient tout ce qu'il pouvait avoir de dérangeant dans son questionnement existentiel, nous pouvons assurément remonter l'historique de la prévention du suicide durant la seconde moitié du XX^e siècle. En effet, pendant longtemps, l'idéologie chrétienne, portée par

l'affirmation du caractère sacré de la vie, a compromis le meurtre de soi-même dans les méandres d'une condamnation éthique irrévocable que l'habileté intellectuelle de certains penseurs de la Renaissance et du siècle des Lumières a eu du mal à combattre et à infléchir. Pourtant, au devant de critiques de plus en plus prégnantes et qui remettaient en cause les techniques corporelles punitives, la cause se fait entendre et met un terme à la vision monolithique la concernant. Première voie de désacralisation de l'acte, le Code pénal napoléonien promulgue la dépénalisation de l'acte suicidaire en 1810. Pour autant, et dans la droite lignée des mesures d'internement qui font disparaître la folie dans un monde neutre et uniforme d'exclusion dans le silence des asiles, les autorités morales et politiques s'emploient avec vigueur à refouler le suicide parmi la masse des interdits implicites et contre nature, instaurant par là même les conditions idéales à la perpétuation et au renforcement de ce tabou socialement et historiquement constitué [19]. Un tournant symbolique radical dans la façon de percevoir le suicide est néanmoins franchi et signe l'entrée de ce mal, en partie débarrassé de sa positivité mystique, dans le domaine de la science médicale et psychiatrique. C'est l'ère de l'intériorisation de la culpabilisation individuelle et sociale du suicide, qui, s'il n'est plus condamné, ne se libère pas pour autant de la réprobation morale qui lui est associée. Mais le XIX^e siècle marque également l'ouverture d'une ère de l'enthousiasme statistique qui va contribuer à offrir un tout autre éclairage, social cette fois-ci, au phénomène suicidaire. L'un des plus illustres représentants de cette période est Emile Durkheim qui, en 1897, va fournir une première explication sociologique, faisant de la sorte front aux thèses aliénistes dominantes. À l'aube du XX^e siècle, les termes du débat changent donc, et le fait que l'on s'interroge moins sur la nature morale ou immorale du suicide que sur sa nature psychologique et sociale n'implique pas les mêmes schèmes de réflexion dans l'appréhension de l'acte. Ainsi, de remises en cause successives en bouleversements culturels, la société, et à travers elle ceux qui la dirigent, a peu à peu levé le voile sur la problématique suicidaire. En proie à la diminution des interdits, à l'affaiblissement des positions chrétiennes sur le sujet et à l'ouverture des frontières disciplinaires le concernant, le suicide a fini par acquérir une plus grande visibilité au sein de l'espace publique, visibilité qui trouve son point de consécration au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

Phase de reconnaissance sociale du suicide : les forums associatifs et scientifiques en action

Le contexte est celui d'une société nouvelle en gestation qui marque les premiers pas d'un État-providence résolument décidé à s'occuper du droit à la santé et du bien-être de sa population. Dans ce terreau fertile et plus enclin à l'écoute de la souffrance d'autrui, un ensemble d'énergies se fédère. Un peu partout dans le monde, une pléthore d'initiatives privées se mettent en

1. « On peut définir assez largement l'agenda politique comme l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous quelque forme que ce soit, [...] qu'il y ait controverse publique, médiatisation, mobilisation ou demande sociale et mise sur le marché politique ou non » [8].



place. Exemple type et pionnier en ce domaine, l'action initiée par le révérend Chad Varah (et de ses samaritains), qui lance l'aventure de la téléphonie sociale. Faisant école dans l'Europe entière, à quelques variantes près, l'initiative fait une apparition discrète en France à la fin des années cinquante sous la forme de centres d'accueil comme Recherche et Rencontre (1958) ou de centres d'écoute comme SOS Amitié (1961). Malgré des ressources financières limitées et une certaine réticence à leur création, notamment dans les milieux conservateurs, ces deux structures, et celles qui suivront trouvent assez rapidement leur place au sein du paysage associatif français. La demande sociale est forte et les structures rencontrent rapidement un vif succès. À titre d'exemple, l'association SOS Amitié est reconnue en 1967 d'utilité publique, soit quelques années seulement après sa création. Pour la première fois de son histoire, le suicide se voit reconnaître comme un fléau sur lequel il faut agir. Vecteur de sociabilité devant les difficultés apportées par l'atomisation de la société et l'individualisation des destins, l'urgence de la parole est le leitmotiv principal de ces structures associatives palliant de la sorte la faille des organismes publics dans la prévention et le traitement du mal-être et des conduites suicidaires. Mobilisés socialement et politiquement à travers une forme de participation et d'organisation, ces services philanthropiques de prévention, à la fois généralistes et ciblés, participent en première ligne à donner sens et forme à ce qui n'est jusqu'alors pas perçu comme un problème de société mais comme un problème de l'intime dissimulé.

Cette montée en généralité de la thématique suicidaire n'est malgré tout pas l'apanage du forum associatif. Très rapidement, une prise de conscience internationale de la nécessité d'agir émerge et transforme le suicide en un enjeu social à défendre au niveau des plus hautes sphères. L'un des événements marquants dans l'officialisation progressive de la thématique est la reconnaissance publique du problème par l'OMS, qui publie en 1969 (puis en 1975) un document consacré à la prévention du suicide dans le monde. Indiquant que la tâche est urgente et que les autorités de santé publique n'ont pas le droit de s'y dérober, l'appel est entendu. Devant la mise en évidence statistique du nombre de décès par suicide et des risques épidémiologiques qui y sont associés, le caractère d'urgence étaye la thèse de la nécessaire organisation des services existants au sein des différents pays et de la création d'instances nationales destinées à les coordonner. Affiliée en France à l'Association internationale pour la prévention du suicide (AIPS, créée en 1961), cette volonté se concrétise par la mobilisation de professionnels, dont de nombreux psychiatres, autour du Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS) en 1969². L'incidence du GEPS

va être celle des prémices d'une entreprise de morale laquelle va concevoir de nouvelles manières de dire le suicide et de faire la prévention. Fort de l'ambition de lancer un vaste mouvement de suicidologie, le GEPS réalise un vaste travail d'information et de mise en visibilité du problème par l'intermédiaire de publications, d'organisation de congrès, de réunions... ainsi que de la mise en place et du suivi d'enquêtes et protocoles de recherche pour prouver l'importance objective et subjective du phénomène au sein de la société. Bien que son audience demeure réservée à un public déjà avisé, la constitution de tels groupements marque la formalisation de l'enjeu. Puissance de l'officialité oblige, le GEPS devient au fil des années l'un des interlocuteurs privilégiés de tous ceux qui veulent parler ou organiser des actions sur le suicide et sa prévention. L'effort n'est pas vain, puisque la sensibilisation opérée par ces différents forums contribue à porter incidemment la cause suicidaire aux portes du ministère de la Santé. Si rien n'est encore fait, tout porte néanmoins à croire que cette thématique vit l'une des plus grandes étapes de sa promotion publique.

Phase de spécification du suicide : l'arène politique en alerte

C'est en effet dès le début des années soixante-dix que la thématique du suicide est mise en avant sous la tutelle de Robert Boulin, alors ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Instituant une commission, le ministre entend faire le point sur ce fléau refoulé de la conscience collective en vue de combler « *le désert qui existe actuellement en matière de prévention du suicide* » et d'organiser « *une éventuelle prévention* ». Point de départ à la sensibilisation gouvernementale, le suicide des adolescents est le premier signe d'étonnement des pouvoirs publics qui voit, à travers l'importance de leur incidence suicidaire, l'expression paroxystique d'un manque de communication et d'écoute. Mais faute d'objectifs clairs, le débat est reporté dans l'attente de travaux et d'études plus approfondis. Les connaissances sont encore trop incertaines et lacunaires pour espérer une quelconque mobilisation d'ordre politique. Néanmoins, cette première étude montre qu'un travail cognitif et discursif de traduction est en cours pour que cette problématique puisse obtenir une réponse en termes d'intervention politique. Reste que pour cela, et conformément aux modalités d'inscription de tout phénomène sur l'agenda politique, pour qu'un problème social soit réellement entendu comme un enjeu politique, il doit être techniquement et idéologiquement codifié dans des termes qui sont ceux du jeu politique officiel. Si cette activité symbolique a déjà commencé, l'étude de la section de la Rationalisation des choix budgétaires (RCB) parachève le processus en montrant

2. Premier organe national représentatif de la problématique suicidaire, le GEPS est né, entre autres, des problèmes nouveaux posés par le nombre sans cesse plus élevé d'intoxications aux barbituriques volontaires, qui, relativement peu fréquentes avant

les années soixante, ont crû rapidement au fil des années, au point d'inquiéter les centres de pathologies toxiques. Il est né de l'initiative des professeurs Moron (Toulouse), Soubrier (Paris), Védérine (Lyon) et Pichot (Paris).

qu'une politique de prévention du suicide est, au-delà des avantages attendus sur le plan humain, économiquement rentable pour la collectivité (1971).

L'étude RCB sur le suicide prend son origine dans un contexte qui donne l'occasion d'élaborer une réflexion globale sur le système de santé (VI^e plan), avec une volonté clairement affirmée d'accorder une place plus importante à l'action préventive, parent pauvre du système de santé français. Motivé par la constatation d'une augmentation générale du taux de suicides (notamment chez les jeunes) et par la « découverte » de nombreuses tentatives liées à l'ingestion de plus en plus courante de médicaments (barbituriques), le constat est sans appel : la réanimation des suicidants est possible, mais suppose des services spécialisés à coût élevé. L'argumentaire est là. Le phénomène suicidaire (suicide et tentative) se traduit par des coûts pour la collectivité : coûts constitués principalement par des charges financières directes et par des pertes de production. Légitimé à travers l'importance du préjudice économique engendré pour la collectivité, le rôle de l'État est clairement exposé. Sa tâche en matière de lutte contre le suicide consiste moins en une prise en charge directe de ce problème qu'en un rôle de coordination et d'incitation par des mesures administratives (réglementation) et financières (subventions aux organismes existants). En d'autres termes, la nécessité de prévenir le suicide ne semble plus à démontrer, mais à organiser. L'étude RCB ne donne pourtant pas lieu à des mesures concrètes puisque ses objectifs, hormis pour quelques actions, restent vains. Exemple type de *non-décision*, cet échec n'est cependant pas lié à la particularité de la thématique, mais plutôt à la permanence de la pesanteur médicale « curative » qui persiste dans les questions de santé et, par voie de conséquence, des rapports de force et des orientations qui lui sont inhérents. L'impasse du politique en santé publique, dont témoigne Bruno Jobert dans *Le Social en plan* (1981), est ici révélatrice des obstacles rencontrés pour mettre en œuvre des mesures concrètes de prévention. Il est possible de supposer que les bénéfices susceptibles d'être induits en ce domaine paraissent moins porteurs de découvertes décisives et de visibilité immédiate que ne pouvait l'être la résolution de problèmes liés à d'autres pathologies. En témoignent les propos de D. Weber et J. Védérinne qui, en ce début de la décennie 1980, regrettent que « *le phénomène suicide préoccupe peu les pouvoirs publics par rapport à d'autres manifestations apparemment plus actuelles, mais infiniment moins mortifères, comme la toxicomanie* » [31]. Le suicide apparaît en effet moins prioritaire que d'autres problèmes à l'ordre de l'agenda gouvernemental. Faute de mobilisation effective et d'un répertoire d'actions suffisamment opérationnel par rapport à la mesure de son enjeu, le problème du suicide se voit ainsi relégué au rang des possibles avortés de l'agenda gouvernemental : « *On connaît l'anecdote : un mort c'est un drame, cinq morts c'est un événement, cent morts*

c'est une statistique » [10]. Par cette phrase laconique, André Haim témoigne finalement d'une situation qui n'a guère évolué depuis les années soixante, faisant craindre pour beaucoup l'acceptation implicite de la mortalité suicidaire par les pouvoirs publics.

Controverse et « identification » du suicide comme problème de santé publique

Si l'accès à l'agenda politique est de nature contingente (nature du problème, visibilité dans l'espace public...), force est de constater que l'identification d'un problème n'est en revanche pas systématiquement suivie de sa prise en charge effective. Pourtant, les décennies 1980 et 1990 bouleversent cet ordre tranquille par l'arrivée d'éléments catalyseurs qui accélèrent la dynamique de sa reconnaissance institutionnelle. L'un d'entre eux est la publication d'un livre subversif qui déstabilise l'ensemble des acteurs mobilisés autour de la prévention du suicide. Inspirés par un vaste courant euthanasique marginal mais bien ancré, Claude Guillon et Yves Le Bonniec entreprennent en effet de divulguer en 1982 des recettes « sans violence » pour mettre fin à ses jours dans un ouvrage au titre provocateur : *Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité*. Résolument hostile à toutes mesures de prévention, l'objectif du livre est explicite : donner à chacun les moyens et les informations nécessaires pour quitter sa vie « *en toute tranquillité* ». La publication et son équivoque succès témoignent d'une donnée essentielle quant à la réceptivité sociétale à l'égard du suicide. Se substituant à la condamnation et au blâme qui ont longtemps prévalu, l'attitude libertaire exprimée signe la banalisation du geste. Véritable bombe médiatique, la polémique s'engage rapidement au sein de l'espace public. Professionnels et associatifs engagés sont consternés devant cette tentative qui vise à obtenir l'approbation sociale et l'institutionnalisation du suicide comme acte de liberté par l'anéantissement des efforts faits pour tâcher de le prévenir. La mobilisation est intense et un véritable travail de lobbying commence pour tâcher de combler le vide juridique d'une telle provocation à la mort. L'événement donne lieu à la création de l'Association de défense contre l'incitation au suicide (ADIS) qui, en lien avec les professionnels concernés, cherche à faire voter une loi. Après maintes discussions, une proposition est adoptée en faveur d'une interdiction à la provocation. L'arrêté permet le retrait légal du livre en décembre 1987 (loi 87-1133). Accueillie par beaucoup comme la marque d'un investissement politiquement significatif à ne pas sombrer dans ce que P. Valadier nomme une société suicidaire, cette mesure ne fait pour autant pas l'unanimité des défenseurs des libertés individuelles qui y voient au contraire le signe de l'un des derniers sujets à être victimes de censure. Toujours est-il que le formidable coup de projecteur apporté à cette thématique, par la controverse engagée et sous l'action des médias qui en ont assuré simultanément la promotion, la représentation et la diffusion [8], a



La prévention du suicide

permis de lui faire acquérir une audience et un impact considérables.

Tandis que le problème « suicide » fait indirectement son apparition dans le domaine législatif, les années quatre-vingt-dix ouvrent parallèlement la voie à sa reconnaissance institutionnelle. Considéré par beaucoup comme la pierre de touche de l'institutionnalisation du suicide en enjeu de santé publique, le rapport élaboré par le Conseil économique et social en 1992 sous l'égide du professeur Michel Debout proclame que le suicide est la « seule grande question de société qui n'a jamais été abordée jusque-là par le Conseil économique et social ». Cherchant à présenter, tout en restant dans le registre de l'instruction rigoureuse et d'un dossier sans *pathos*, l'inquiétante réalité du phénomène (ampleur, causes, conséquences), les auteurs entendent démontrer le véritable enjeu de santé que le suicide représente pour notre société : « *Le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias* ». Forte d'une approche relativement exhaustive de la thématique étudiée, une série d'instruments de mise en forme et d'officialisation du problème est ainsi énumérée (nécessité d'une politique de recherche, d'une structure permanente...) pour concrétiser sa prise en charge effective. Accentué par la mort par suicide de l'ancien Premier ministre de l'époque, Pierre Bérégovoy (1993), le rapport fait l'objet d'une large diffusion dans la presse professionnelle et la presse nationale généraliste qui signe l'entrée définitive du suicide au sein de l'espace public. Cette officialisation quasi-étatique du problème témoigne en effet de la prise d'autonomie du thème. Véritable booster dans son processus de reconnaissance institutionnelle, le rapport propose des mesures concrètes dans le sens d'une mise en œuvre régionale individualisée, seule approche pertinente pour s'adapter aux spécificités locales (l'effet proximité), tout en étant suffisamment large pour ne pas s'y noyer. L'orientation préconisée correspond en outre à ce retour du local, initié au début des années quatre-vingt, dans le domaine de l'action sociale qui s'est vu profondément transformé par la mise en œuvre d'un nouveau référentiel d'action dit « territorialisé ». De façon comparable, face aux des difficultés sans cesse croissantes de solvabilité de la protection sociale, de l'émergence de préoccupations sanitaires majeures telles que la prévention du sida [...], et de l'impuissance de l'État et de ses instruments d'intervention trop verticaux et cloisonnés, la refonte du système sanitaire s'impose en France à l'aune des années quatre-vingt-dix, dans le sens d'une déconcentration régionale. Dans la mouvance

du congrès d'Alma-Ata (1978) et de la charte d'Ottawa (1986), la volonté de poser les conditions d'une véritable politique de santé publique apparaît comme une exigence politique inévitable. Premier acte de cette gestation, la création en 1991 du Haut Comité de la santé publique, qui oriente l'élaboration d'une politique de santé tournée vers la détermination de priorités. Permettant l'ouverture d'une fenêtre politique (*policy-window*), la thématique du suicide est reconnue comme une priorité nationale de santé par de nombreux experts en 1994 (méthode Delphi). Confortée par le choix de plusieurs régions dans leurs programmations de priorités de santé (dispositif des conférences et programmes régionaux de santé), la prévention du suicide apparaît même comme l'une des dix priorités nationales de santé publique lors de la première Conférence nationale de santé (1996). À l'image des grands fléaux de notre société, le suicide se voit ainsi dédié, sous l'action militante des *porteurs-constructeurs* du problème, une journée nationale chaque année. Une initiative qui consacre en outre l'engagement et l'intérêt de tous ceux pour qui le suicide n'est ni une fatalité ni une affaire personnelle et qui sont regroupés au sein de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS). Le phénomène acquiert désormais une visibilité politique suffisante. Il revêt le statut de « grande cause nationale » qui change progressivement sa nature sociale et son enjeu politique et attire, par voie de conséquence, une dynamique d'énergie et d'initiative institutionnelle. Parmi les faits les plus immédiatement visibles, sans doute doit-on ici réserver une place particulière aux programmes régionaux de santé (PRS), qui, à travers leurs originalités et spécificités, impulsent une réflexion, des pratiques et des savoir-faire innovants. C'est entre autres grâce à ces prises de position régionales que quelques mois plus tard, Bernard Kouchner, avec le concours de la direction générale de la Santé, proposa l'élaboration d'une réflexion nationale pour impulser et améliorer la prévention du suicide en France. La légitimité de la cause est désormais renforcée par cette impulsion politique décisive, qui entraîne la mise en place d'un programme national de prévention et d'une stratégie nationale d'action face au suicide (2000-2005).

De toute évidence, on ne peut que constater l'élan qui s'est créé, ces dernières années, autour de la problématique suicidaire. Reste maintenant à savoir si cette reconnaissance est le simple fait d'un processus incrémental où au contraire le témoignage d'une réflexion politique de fond sur l'ossature de la société et sur les épreuves que celle-ci fait vivre aux individus, au point d'ailleurs que certains en viennent à la quitter au nom de valeurs qui transcendent le cadre restrictif des *mortalités évitables* si chère à la santé publique.