

## INTRODUCTION

Le thème de la campagne de la Journée mondiale de la santé mentale 2006 est *Sensibiliser pour limiter les risques : maladies mentales et suicide*, et met l'accent sur un problème de santé public majeur.

L'Organisation mondiale de la Santé estime à un million le nombre de suicides par an, soit 1,4 % de la morbidité mondiale ; on dénombre plus de morts par suicide chaque année que de décès dus aux homicides, aux guerres et aux attentats terroristes.

Les facteurs de risque du suicide sont multiples et, généralement, les personnes qui se suicident cumulent plusieurs de ces facteurs. La WFMH a lancé une campagne de sensibilisation et d'information qui met en avant le rôle joué par les maladies mentales (y compris la toxicomanie et la dépendance) dans le risque de suicide. Même si la grande majorité des personnes souffrant de maladie mentale ne meurt pas par suicide, les études réalisées en Europe et aux États-Unis indiquent que jusqu'à 90 % des personnes suicidées présentaient une forme ou une autre de trouble mental, y compris alcoolisme et la toxicomanie. Dans les pays moins développés, où les moyens létaux (notamment les pesticides) sont plus facilement disponibles, les actes suicidaires en réponse à la perte d'un ami ou à un stress peuvent devenir fatals en raison de la disponibilité de ces méthodes. Les périodes de risque de suicide chez les personnes présentant une ou plusieurs maladies mentales varient en fonction de la maladie (troubles psychiatriques et/ou physiques multiples), de l'histoire personnelle et familiale, du suivi et du succès d'un traitement, ainsi que de l'environnement social de la personne.

La Journée mondiale de la santé mentale 2006 se propose d'examiner en détail le rôle joué par les maladies mentales dans le suicide et de mettre au point une stratégie pour contrecarrer l'idée reçue selon laquelle les maladies mentales sont « secondaires » et peuvent être mises de côté jusqu'à ce que des problèmes de santé plus immédiats et prioritaires soient traités. Au Royaume-Uni, 50 % des cas de suicide se produisent chez des patients souffrant ou ayant souffert de troubles psychiatriques<sup>1</sup>. Le risque de suicide chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur (principalement de dépression) est de 6 à 15 % tandis que, pour la schizophrénie, le risque est compris entre 4 et 10 %<sup>2</sup>. Une étude britannique<sup>3</sup> a montré que 25 % des personnes qui meurent par suicide ont été en contact avec les services de santé mentale au cours des 12 mois précédant leur décès. Parmi ces personnes, 16 % sont hospitalisés en psychiatrie, et 24 % sont sorties de l'hôpital au cours des trois derniers mois. Le non respect du traitement et la perte de contact avec ces services sont des facteurs courants. Il est donc clair que les personnes souffrant d'une maladie mentale ont plus de risques de se suicider si elles ne sont pas traitées ou si elles reçoivent un traitement inadéquat. Ceci devrait donner aux personnes travaillant dans le milieu de la santé mentale un nouveau sens de l'urgence de leur travail dans le monde entier. Les ravages du suicide chez les proches, ainsi que l'immense souffrance personnelle des victimes, font de cette situation un cas d'urgence pour lequel toute la communauté des soins mentaux doit se mobiliser. Lorsqu'elles ne sont ni diagnostiquées ni traitées, les maladies mentales peuvent s'avérer fatales ; elles doivent donc être considérées comme une question de santé publique, physique et mentale à part entière et de la plus haute importance.

Une bonne prise en charge mentale et un bon développement de la santé mentale peuvent réduire le risque de suicide chez les personnes souffrant de maladie mentale. Les suicides ne doivent pas être considérés comme un aspect tragique et inévitable des maladies mentales. La prise en charge du problème du suicide chez les malades mentaux implique qu'il y ait à la fois une mobilisation des professionnels de santé et des projets mis en oeuvre par le système de santé publique. Les schémas thérapeutiques doivent comporter un diagnostic rapide des malades mentaux, un traitement efficace (y compris une surveillance attentive des traitements pharmaceutiques au niveau des personnes et de la population et un meilleur accès aux interventions psychothérapeutiques ayant fait leurs preuves), ainsi que des programmes de réhabilitation complets. En outre, il existe un besoin urgent d'améliorer la sécurité de nombreux établissements psychiatriques<sup>4</sup>. L'approche des pouvoirs publics doit souligner le fait que les maladies mentales peuvent être traitées et que le suicide peut être évité. Il faut véhiculer un espoir afin d'inciter ceux qui en ont besoin à demander de l'aide. Le pays et la communauté devraient s'occuper de surveiller et de réduire le taux de suicide.

La Journée mondiale de la santé mentale 2006 offre une opportunité unique de mettre en lumière ces stratégies indissociables et le rôle qu'elles peuvent jouer dans la réduction du nombre de suicides chez les personnes souffrant de maladie mentale. Les documents figurant dans le dossier d'information de la campagne de cette année comprennent plusieurs résumés de fond, des fiches et des livrets reproductibles qui peuvent être utilisés pour sensibiliser la communauté, ainsi que lors des programmes et ateliers d'information. Ces documents couvrent plusieurs sujets importants des campagnes, y compris :

- la santé mentale et le suicide tout au long de la vie ;
- la réduction du risque de suicide chez les personnes souffrant de maladies mentales ;
- les principaux indicateurs et facteurs de risque du suicide ;
- l'efficacité des services de santé mentale et de la promotion visant à réduire le risque de suicide ;
- le contexte culturel et religieux et les différentes prises en charge du suicide et des maladies mentales.

Le dossier de cette année est également axé sur deux problèmes essentiels, qui sont liés, auxquels les organismes œuvrant dans le domaine de la santé mentale doivent prêter une attention particulière pour réaliser des efforts de sensibilisation et de diffusion sur ce sujet. Ces deux problèmes sont l'impact de la stigmatisation et de l'incompréhension, qui continue à constituer un obstacle au dépistage précoce et au traitement des maladies mentales, ainsi que l'importance d'une couverture médiatique responsable sur les maladies mentales et le suicide. Nous vous invitons à faire de ces sujets les éléments principaux de vos stratégies à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale 2006.

La WFMH a l'immense honneur de s'associer à l'Association internationale pour la prévention du suicide pour la promotion conjointe de la Journée mondiale de prévention du suicide (10 septembre) et de la Journée mondiale de la santé mentale (10 octobre). Le partenariat entre ces deux organisations renforcera l'impact et l'intérêt de ces deux journées mondiales de sensibilisation et accroîtra le poids de chacune de ces deux journées : en effet, ceci devrait permettre l'augmentation de la prise de conscience du grand public, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et la promotion des politiques nécessaires pour faire face à l'impact du suicide associé aux maladies mentales sur la morbidité mondiale. Nous encourageons toutes les organisations participant à la Journée mondiale de la santé mentale du 10 octobre à prendre contact avec les associations de prévention du suicide et d'aide aux victimes au sein de leur communauté et à trouver des opportunités d'actions et de programmes communs afin d'accroître la sensibilisation et d'attirer l'attention du grand public sur les sujets abordés dans ces campagnes. Il est essentiel de référencer et d'identifier des experts locaux avant les événements de sensibilisation pour que les actions de sensibilisation soient à la fois éthiques et efficaces.

## MESSAGES CLÉS

### MALADIE MENTALE : UN FACTEUR DE RISQUE MAJEUR DE SUICIDE

Le suicide, en particulier lorsqu'il est vu de manière globale, représente un problème de santé publique très complexe. Une compréhension exhaustive de ce problème implique de reconnaître que la plupart du temps de nombreux facteurs sont associés lorsque quelqu'un fait une tentative de suicide ou se suicide. Les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ont tous un impact significatif sur le risque de suicide. Toutefois, les maladies mentales se distinguent comme le facteur de risque de suicide le plus important. Aux États-Unis, plus de 90 % des suicides sont liés aux maladies mentales et/ou à la toxicomanie. Dans les pays moins développés, comme la Chine, les pressions sociales et les pertes peuvent constituer des facteurs de risque potentiellement plus importants dans un contexte où les méthodes fatales de tentatives de suicide sont plus disponibles. Parce que la plupart des gens qui souffrent d'un trouble mental ne se suicident pas, il est important de comprendre les facteurs potentiels qui, associés aux maladies mentales, accroissent le risque de suicide.

### LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES PEUT RÉDUIRE LES RISQUES DE SUICIDE

Les tendances suicidaires peuvent être traitées. Les traitements psychiatriques, y compris le lithium pour le trouble bipolaire, les antipsychotiques et les antidépresseurs sont également prometteurs en matière de réduction des comportements suicidaires. Les personnes souffrant de schizophrénie présentent un risque plus élevé au début de leur trouble ; si elles parviennent à prendre en charge leur maladie rapidement et de manière appropriée, leur risque semble diminuer avec le temps (Palmer, Pankrat & Bostwick, AGP 2005). Il est important de noter qu'une prescription de médicaments ne suffit pas à traiter de manière adéquate les troubles mentaux ou les tendances suicidaires. Les patients doivent avoir confiance dans le fait que leurs soignants sont capables de les écouter et de les soutenir dans les périodes de stress où il faut gérer les troubles mentaux. La continuité du traitement est également un élément clé. Les patients souffrant de maladies mentales présentent un taux de suicide bien plus élevé dans les semaines suivant immédiatement leur sortie de l'hôpital. Les patients, qui poursuivent leur traitement par l'intermédiaire soit des services sociaux soit d'un traitement médicamenteux après leur sortie de l'hôpital, ont tendance à présenter des taux de suicide moins élevés.

### LES MYTHES QUI ENTOURENT LE SUICIDE DOIVENT ÊTRE EXPOSÉS

Nombreux sont ceux qui ont des convictions sur le suicide qui n'ont aucun fondement. Les programmes d'information peuvent réfuter toutes sortes d'idées fausses largement répandues et dangereuses :

- **« Les personnes qui parlent de suicide ne passent jamais à l'acte »** : En réalité, presque toutes les personnes qui tentent de se suicider donnent des signes d'alerte. Le fait d'ignorer ces avertissements peut entraîner le décès de la personne. Les personnes qui disent des choses comme « Tu t'en voudras quand je serais mort » ou « Je ne vois pas d'issue » doivent être prises au sérieux. Cela est vrai quelle que soit la désinvolture avec laquelle ces mots sont prononcés. De telles expressions peuvent indiquer des pensées suicidaires sérieuses.
- **« Si quelqu'un est déterminé à se suicider, rien ne peut l'en empêcher »** : En fait, le souhait principal de la plupart des personnes suicidaires n'est pas précisément de mourir. Elles veulent mettre un terme à une douleur qu'elles jugent intolérable et interminable. La pulsion visant à mettre fin à ses jours, quelle que soit son intensité, ne dure pas toujours.
- **« Le fait de parler de suicide risque de donner l'idée à quelqu'un »** : Les personnes qui soutiennent les patients ne donnent pas des idées morbides à un sujet suicidaire en prenant en compte le fait que cet individu pense à mettre fin à ses jours. C'est tout le contraire : la reconnaissance honnête

et respectueuse de la détresse de quelqu'un peut aider cette personne à affronter ses pulsions et à rechercher d'autres solutions.

#### LES PERSONNES EN DANGER IMMINENT DOIVENT DISPOSER D'UN ACCÈS RAPIDE ET FACILE AUX DIFFÉRENTES AIDES

Ceci pourra se faire lorsque les sentinelles (personnes susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires dans le cadre de leur travail ou de leur activité sociale), les professionnels de santé et le grand public auront pris plus largement conscience des aides disponibles : centres d'assistance, numéros des services d'assistance téléphonique, médicaments et psychothérapies efficaces, services de santé mentale locaux et programmes d'aide aux familles/soignants. Nous pouvons aider la société en facilitant l'accès à une liste de ces ressources dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale 2006 et en faisant de la publicité afin de réduire la stigmatisation associée à la recherche d'une aide, qui peut rendre un fier service à la communauté.

#### UNE COUVERTURE MÉDIATIQUE RESPONSABLE ET BIEN INFORMÉE : UN FACTEUR ESSENTIEL DANS LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA SOCIÉTÉ

L'incitation au suicide est un phénomène lié aux reportages sur la mort par suicide. Le journalisme à sensation peut contribuer à ce phénomène tragique. Les autorités devraient rencontrer les médias locaux et les informer avant qu'une campagne sur le suicide et les maladies mentales ne soit menée afin d'améliorer la couverture et d'éviter les éventuelles conséquences délétères. Des instructions concrètes sur la manière de signaler un suicide sont disponibles à l'adresse suivante : [www.sprc.org.libraryat\\_a\\_glance.pdf](http://www.sprc.org.libraryat_a_glance.pdf).

#### LE CONTEXTE CULTUREL DU SUICIDE ET DES MALADIES MENTALES EST IMPORTANT

La santé mentale et le suicide sont tous les deux vus dans des contextes différents, façonnés par la culture, la religion et les systèmes judiciaires et sociaux des différents pays. Les schémas de suicide dans les sous-groupes ou les diverses cultures doivent être pris en compte pour mettre en place les supports d'information des adaptés. Le fait de trop simplifier les faits concernant les groupes à risque peut laisser penser involontairement que tous les membres du groupe sont suicidaires et sans espoir. Il peut être plus productif de mettre en évidence les efforts réalisés là où les communautés à risque ont commencé à prendre en charge les taux historiquement élevés en renforçant les facteurs de protection (malgré la discrimination ou l'injustice historiques) et à montrer des signes de progrès. Il est important de préciser que, dans une ère de mondialisation culturelle, les attitudes envers le suicide vont évoluer vers un échange constant entre les anciennes normes culturelles et les nouvelles valeurs et cultures mondiales. La compréhension des différences culturelles dans l'approche des maladies mentales et du suicide n'est pas une fin en soi. Cette compréhension doit plutôt servir à structurer et à appliquer les programmes. Ces programmes doivent être adaptés à la culture et doivent prendre en compte le fait que les gens appréhenderont souvent leur maladie mentale et leurs pensées suicidaires dans un contexte de valeurs religieuses et culturelles.

#### LES PERSONNES SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE AURONT BESOIN DE SOUTIEN ET D' ACTIONS AU NIVEAU LOCAL, NATIONAL ET INTERNATIONAL

Lorsque vous planifiez et réalisez des activités de sensibilisation et d'information sur la santé mentale dans le cadre de la JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE 2006, il est extrêmement important d'utiliser l'information et les connaissances générées par votre campagne pour mettre en place des stratégies de promotion de la défense d'une cause et des actions en faveur d'un changement durable à long terme : un changement de la politique nationale, d'attitude publique, une amélioration des services de diagnostic précoce, des interventions et des traitements appropriés, ainsi que des programmes et des services de prévention efficaces. Ce n'est qu'à travers le développement et la mise en œuvre de politiques, de services et de moyens de prévention efficaces que les communautés et les nations pourront réduire les souffrances et pertes (personnelles, économiques et sociales) causées par les maladies mentales et le suicide.

Cette partie consacrée au thème « Défense d'une cause et actions » a pour objet de donner quelques idées et des exemples susceptibles d'aider votre association à traiter ces problèmes importants pendant les mois et les années à venir.

La meilleure chose que vous puissiez faire est de transmettre vos connaissances aux autres et d'œuvrer à l'amélioration de votre communauté, votre pays, votre région et le monde. Margaret Mead, ancienne présidente

de la WFMH et célèbre anthropologue, a dit un jour : « *Ne doutez jamais du fait qu'un petit groupe de citoyens attentifs et engagés peut changer le monde. En effet, c'est la seule chose qui ait jamais marché.* »

Le modèle de politique de santé légué par JB Richmond et M Kotelchuck stipule qu'il existe trois ingrédients nécessaires pour que la prévention se fasse :

- la base de connaissances
- la volonté politique de soutenir le changement et
- une stratégie sociale d'accomplissement de ce changement.

Ces trois composantes doivent être réunies et doivent fonctionner pour que des actions de prévention aient lieu.

Votre base de connaissances peut se fonder sur le dossier d'information de la Journée mondiale de la santé mentale 2006 et s'étoffer de recherches approfondies et de collaborations sur le sujet. Continuez à chercher des informations sur le sujet et à regrouper les informations disponibles dans votre pays. Utilisez ces connaissances et ces informations pour lancer votre campagne en faveur du changement.

La volonté politique désigne la capacité d'un organisme ou d'une personne à rassembler des groupes afin de soutenir une cause ou un mouvement particulier. À l'heure des budgets serrés et des priorités concurrentes, il est extrêmement important de sensibiliser les différentes associations locales et nationales aux maladies mentales et au suicide afin de les inciter à partager leurs informations, à définir des messages clé cohérents et convaincants et à chercher des possibilités d'influencer les décisions des pouvoirs publics. Le fait de parler d'une seule voix, même d'une manière aussi discrète qu'en éditant un manifeste visant à attirer l'attention sur le thème de la Journée mondiale de la santé mentale, constitue une étape importante. Si des élus locaux ou nationaux participent à la Journée mondiale de la santé mentale et prennent la parole en faveur du thème, cela vous aidera à plus sensibiliser le grand public à ce sujet.

Une stratégie sociale autour du thème de la Journée mondiale de la santé mentale définira clairement le plan d'action ou projet permettant d'atteindre les objectifs que votre association et ses collaborateurs espèrent atteindre, et comportant une description des stratégies à utiliser pour y arriver. Plusieurs pays (ainsi que des états et provinces) ont déjà mis au point et commencé à appliquer des plans ou des stratégies visant à réduire le risque de suicide dans leur juridiction. Il n'y a pas besoin « d'inventer l'eau chaude » ou de repartir de zéro pour élaborer des recommandations et des stratégies de défense d'une cause. Utilisez les plans et les stratégies existants pour formuler vos propres recommandations, en fonction des besoins spécifiques de votre communauté ou de votre pays (Le taux de suicide chez les jeunes est-il élevé ? Le nombre de suicides est-il, en moyenne, plus élevé chez les femmes que chez les hommes ?, etc.)

Réponses politiques : En 1999, l'Organisation mondiale de la Santé a lancé un projet mondial de prévention du suicide, avec les objectifs suivants :

1. obtenir une réduction durable de la fréquence des comportements suicidaires, en mettant l'accent sur les pays en développement et sur les transitions économiques et sociales.
2. identifier, évaluer et éliminer à des stades précoces, autant que possible, les facteurs pouvant entraîner des jeunes gens à mettre fin à leur vie.
3. accroître la prise de conscience générale du suicide et apporter un soutien sociopsychologique aux sujets ayant des pensées ou ayant déjà fait des tentatives de suicide, ainsi qu'aux familles et aux proches de ces personnes.

La stratégie principale concernant la mise en œuvre de ce projet mondial comporte deux axes, complémentaires à la stratégie de santé de premier recours de l'OMS :

1. l'organisation d'activités multisectorielles au niveau mondial, régional et national afin d'accroître la sensibilisation aux comportements suicidaires et aux moyens efficaces de les empêcher.
2. le renforcement des capacités des pays à mettre au point et à évaluer les politiques et les plans nationaux de prévention du suicide.

**Il faut agir !** Même si beaucoup d'efforts sont réalisés actuellement, il est important d'intensifier et de coordonner l'action afin d'empêcher le suicide dans les nombreux contextes. Citons notamment :

1. Le besoin d'améliorer les méthodes et les infrastructures de traitement des personnes présentant un trouble psychiatrique en développant de nouveaux médicaments plus efficaces pour soigner les troubles psychiatriques et des interventions psychothérapeutiques. Le financement de la recherche devrait avoir pour objet la conception de techniques plus efficaces de psychothérapie et de conseil des personnes suicidaires. Plus particulièrement, il devrait y avoir des techniques plus spécifiques permettant de traiter les personnes dont les troubles de la personnalité sont plus fréquemment associés à des comportements suicidaires.
2. Beaucoup plus de gens doivent connaître les signes et symptômes des comportements suicidaires, ainsi que les lieux d'assistance si nécessaire : familles, médecins, organisations bénévoles, numéros de téléphone spécifiques, travailleurs sociaux, autorités religieuses, employeurs, enseignants ou autres personnels des établissements scolaires. Les médecins et autres professionnels de santé devraient être mieux formés à reconnaître, à aborder et à traiter les troubles psychiatriques, notamment émotionnels.
3. Pour les gouvernements et leurs conseillers en planification de soins de santé, la priorité est l'identification et la prise en charge précoces des personnes souffrant non seulement de troubles mentaux mais aussi de toxicomanie et d'alcoolisme, souvent associés à un comportement suicidaire.
4. Plusieurs changements d'environnement peuvent être suggérés pour restreindre l'accès aux moyens de se suicider. Ces changements comprennent : une modification du pot d'échappement des véhicules à moteur ou la limitation des temps de ralenti, le stockage dans un lieu sûr et l'accès restreint aux pesticides et insecticides; une réduction de la taille maximale des ordonnances, l'emballage des médicaments sous blisters et, lorsque cela est possible, la prescription de médicaments sous la forme de suppositoires, la limitation de l'accès aux armes à feu et la construction de hautes barrières le long des ponts.

**L'action doit être coordonnée :** Les efforts de prévention du suicide seront moins efficaces s'ils n'entrent pas dans le cadre de plans à grande échelle développés par des équipes pluridisciplinaires, composées d'élus, de professionnels de santé (planification et soins), de survivants, de consommateurs, de porte-parole, de chercheurs et de praticiens de divers disciplines et secteurs. Les investissements massifs dans la planification, les ressources et la collaboration entre ces groupes pourraient permettre de faire un pas important vers la réduction de ce problème de santé publique important. (Adapted from: International Association for Suicide Prevention's First World Suicide Prevention Day "Suicide Can be Prevented" at [www.med.uio.no/iasp/english/wspd/2003/wspd\\_text/html](http://www.med.uio.no/iasp/english/wspd/2003/wspd_text/html))

## OÙ COMMENCER POUR METTRE AU POINT UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION EFFICACE ?

Pour commencer à concevoir un plan d'action autour d'un problème relevant de la politique, il faut généralement poser un certain nombre de questions clé afin d'obtenir des informations sur lesquelles s'appuyer. Le « *Northern Territory Strategic Framework for Suicide Prevention* » (cadre de travail stratégique pour la prévention du suicide dans les territoires du nord), développé en 2003 par le Ministère australien de la santé et des services communautaires des territoires du nord, offre de bons exemples des questions à poser lors de la mise au point d'une politique de prévention du suicide. Dans leur cadre directeur, les domaines suivants ont été abordés :

- Quelle est la tendance actuelle des taux de suicide ?
- Qu'est-ce qui influence le suicide ?
- Quel est le contexte politique dans lequel la prévention du suicide doit être envisagée ?
- Quelles sont les réponses efficaces au suicide ?
- Quels sont les éventuels domaines d'action ?

## DOMAINES D'ACTION

Le Territoire du Nord (AU) a défini six domaines d'action dans le cadre de la stratégie de prévention du suicide :

- la promotion du bien-être, de la tolérance et de la capacité de la communauté
- la mise en valeur des facteurs de protection et la réduction des facteurs de risque de suicide et d'automutilation
- des services et du soutien au sein de la communauté pour les groupes à risque plus élevé
- des services dédiés aux personnes à haut risque
- des partenariats avec les autochtones
- la progression des connaissances en matière de prévention du suicide et de bonnes pratiques

Le cadre de travail du Territoire du Nord donne des directions utiles pour créer des recommandations en matière de politique d'information afin de créer un cadre de travail stratégique de prévention du suicide au niveau local, de l'état/la province ou national. ([http://www.nt.gov.au/health/comm\\_svs/mental\\_framework\\_for\\_suicide\\_prevention.pdf](http://www.nt.gov.au/health/comm_svs/mental_framework_for_suicide_prevention.pdf))

### PLANS ET STRATÉGIES DE PRÉVENTION NATIONAUX DU SUICIDE

Plusieurs pays ont développé et adopté des « stratégies ou plans nationaux de prévention du suicide. » Ces plans existants constituent une excellente base de développement de recommandations de politiques auprès des organismes gouvernementaux et du législateur visant à promouvoir l'adoption et l'application de plans similaires pour votre pays.

Ci-dessous figure un résumé et un lien vers des exemples de plans nationaux de prévention du suicide. Nous vous invitons à les examiner attentivement et, s'ils proviennent de votre pays, à les utiliser et à les faire encore plus connaître. Si votre pays ne dispose pas d'un tel plan ou d'une telle stratégie, tirez les enseignements des dispositifs existants pour regrouper les associations afin de concevoir un plan qui peut devenir une stratégie nationale. C'est alors qu'il est de la plus haute importance de forger une « volonté politique ».

#### ANGLETERRE

[http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4009474&chk=sr1kpe](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4009474&chk=sr1kpe)

Le Ministère de la santé du Royaume-Uni a fixé un objectif de réduction du suicide de 20 % d'ici à 2010. Ce lien permet d'obtenir d'en savoir plus sur la stratégie nationale de prévention du suicide et d'accéder à une version en ligne et à un document PDF détaillant cette stratégie.

#### AUSTRALIE

<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/mental-suicide>

L'Australie a mis au point un plan de prévention national du suicide des jeunes, dont la cible a récemment été élargie à toutes les tranches d'âge. Le plan pour les jeunes et le nouveau plan sont tous les deux disponibles à cette adresse, ainsi que plusieurs documents pertinents en matière de prévention du suicide des jeunes qui ont été élaborés par le Ministère de la santé.

#### NOUVELLE-ZÉLANDE

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/60d848b6ce1b7289cc2570a6006f6951?OpenDocument>

La Nouvelle-Zélande s'est dotée d'un plan de prévention du suicide en 1998 qui est disponible à cette adresse, de même que des documents concernant la prévention du suicide. Une stratégie nationale de prévention du suicide dans toutes les tranches d'âge a été lancée le 20 juin 2006 ; des informations sont disponibles sur ce site Internet.

## ÉTATS-UNIS

[www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/strategy.asp](http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/strategy.asp)

Sous l'impulsion du Surgeon General, le plan *Call to Action to Prevent Suicide* (Appel à la prévention du suicide) a été rédigé en 1999. Deux années plus tard, le plan a été finalisé et la *National Strategy for Suicide Prevention* (Stratégie nationale de prévention du suicide) a été publiée.

## IRLANDE

[http://www.dohc.ie/publications/reach\\_out.html](http://www.dohc.ie/publications/reach_out.html)

La *National Strategy for Action on Suicide Prevention* s'appuie sur le travail de la *National Task Force on Suicide* (1998) et prend en compte les projets stratégiques et opérationnels importants développés par les anciens conseils de santé au cours des dernières années.

## POINTS COMMUNS ENTRE LES STRATÉGIES NATIONALES<sup>5</sup>

Lorsque vous étudiez les stratégies et les plans nationaux de prévention du suicide en place actuellement, vous pouvez remarquer plusieurs éléments communs, sur lesquels votre coalition peut s'appuyer pour élaborer des recommandations concernant la défense de politiques spécifiques. Parmi ces points communs figurent :

- les campagnes de sensibilisation du public visant à augmenter la prise de conscience du fait que le suicide est un problème qui peut être évité ; à développer le soutien général aux actions de prévention et à réduire la stigmatisation.
- les activités de développement communautaire visant à soutenir le développement et la mise en œuvre des programmes de prévention du suicide.
- l'accès aux services afin d'améliorer l'aide aux personnes suicidaires et à leurs proches ; pour soutenir la prestation de services à travers le développement des instructions et des réseaux.
- la formation des médias afin d'améliorer l'information et la description des suicides dans la presse.
- la formation des personnels soignants visant à améliorer la reconnaissance des comportements à risque et l'administration de traitements efficaces ; l'intégration des conditions requises pour l'obtention d'une autorisation d'exercer par les professionnels de santé.
- le développement et la promotion de pratiques cliniques et professionnelles efficaces.
- des projets de limitation de l'accès aux moyens létaux et d'automutilation.
- la recherche et l'évaluation visant à promouvoir et à soutenir la recherche ; à améliorer les systèmes de surveillance ; à évaluer l'efficacité de techniques de prévention du suicide nouvelles ou existantes.

## RÉSUMÉ - UN APPEL À L'ACTION

La Fédération mondiale pour la santé mentale espère que le choix de ce thème pour la Journée mondiale de la santé mentale 2006 suscitera la prise de conscience du grand public et la naissance de la volonté politique nécessaires pour encourager les associations et les gouvernements du monde entier à répondre aux besoins des personnes souffrant de maladies mentales et présentant un risque de suicide. Elle espère également que ces actions permettront une meilleure compréhension du grand public, et qu'elles généreront plus d'interventions et de traitements, ainsi que des politiques publiques éclairées.

### References:

1 WHO Press Release, 8th September 2004: Suicide huge but preventable problem, says WHO.

2 WHO, Mental Health - Suicide Prevention: Map of Suicide Rates: [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

3 One example is the material released by the International Association for Suicide Prevention, in collaboration with WHO to mark World Suicide Prevention Day, September 10, 2005.

4 Gunnell, D et al 1994, 'Prevention of suicide: aspirations and evidence', British Medical Journal, vol. 308, pp. 1227-1233.

5 Centre for Suicide Prevention, SIEC Alert #55, [www.suicideinfo.ca/csp/assets/Alert55.pdf](http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/Alert55.pdf).

## PRÉSENTATION DE LA RELATION ENTRE SUICIDE ET TROUBLES MENTAUX

Dans le thème général des maladies mentales et du suicide, il existe plusieurs problèmes importants qui font l'objet de nombreuses recherches et politiques dans le monde. Ces problèmes sont illustrés dans les différentes sections des supports de campagne de la Journée mondiale pour la santé mentale 2006. Cette section aborde certains des principaux troubles mentaux et décrit la façon dont ils peuvent augmenter le risque de comportement suicidaire. Cette discussion porte sur les principaux troubles : dépression, trouble bipolaire et schizophrénie ; en outre, les relations entre le suicide et la dépression du post-partum, les troubles alimentaires, l'automutilation, le syndrome de stress post-traumatique et l'alcoolisme/la toxicomanie sont abordés brièvement. Pour chacun de ces troubles, il existe un grand besoin de fournir des informations au grand public sur les symptômes de la maladie, son épidémiologie, ses facteurs de risque, les meilleures pratiques cliniques et les besoins en matière de recherche. La formation sur la santé mentale et les efforts de sensibilisation doivent également fournir des informations sur les différentes possibilités de traitement des maladies mentales et de leur efficacité en termes de réduction du risque de suicide, sur le débat qui entoure la sécurité des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) et sur le besoin d'équilibrer les éventuels bénéfices et les risques inhérents au choix de toute méthode de traitement des maladies mentales.

### SUICIDE ET DÉPRESSION

La dépression est un problème de santé mentale très courant dans le monde. L'Organisation mondiale de la Santé estime que 121 millions de personnes souffrent actuellement de dépression, dont 5,8 % d'hommes et 9,5 % de femmes qui connaissent un épisode dépressif chaque année<sup>1</sup>. On estime que la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardiaques d'ici à 2020<sup>2</sup>. Les femmes ont deux fois plus de risques d'être diagnostiquées et traitées pour dépression. Cependant, on pense que les hommes sont plus nombreux à souffrir d'une dépression que les statistiques ne le laissent penser étant donné qu'ils ont moins tendance à demander de l'aide lorsqu'ils sont déprimés et que les médecins ont moins de probabilité de détecter les symptômes dépressifs chez eux<sup>3</sup>. Au vu de ces taux élevés de dépression, il est alarmant de voir que les troubles de l'humeur (dont la dépression est l'exemple principal) sont les troubles psychiatriques les plus courants associés au suicide<sup>4</sup>. Il est important de noter, toutefois, que la dépression englobe des expériences et des formes de maladie très diverses, bénignes ou graves, transitoires ou permanentes, et que le risque de suicide varie fortement en fonction du type de dépression. Chez les personnes dépressives, une étude réalisée en Finlande<sup>5</sup> a démontré que les indicateurs principaux du suicide comprennent : des antécédents d'automutilation, une maladie grave, l'alcoolisme ou la toxicomanie, les maladies physiques graves ou chroniques, la solitude, l'anxiété et les troubles de la personnalité.

Étant donné la forte prévalence du suicide dans la communauté, et les taux élevés de dépression chez les personnes qui meurent par suicide, il est primordial que les personnes souffrant de dépression cherchent un traitement efficace afin de mettre un terme à leur problème de dépression et à leurs tendances suicidaires. Comme il n'existe aucune preuve que les antidépresseurs seuls réduisent le risque de suicide, la capacité des praticiens à reconnaître et à prendre en charge les comportements suicidaires peut permettre de sauver des vies. Étant donné que les hommes dans les pays industrialisés présentent un risque de suicide plus élevé et sont moins susceptibles que les femmes de demander un traitement médical de la dépression, il faudrait peut-être que les sociétés envisagent de mettre au point d'autres méthodes pour s'adresser aux hommes à risque (ex. : donner les numéros des services d'assistance téléphonique dans les bars).

Distinction entre la dépression et les états normaux de tristesse et de deuil : Les experts indiquent que 20 à 60 % des décès par suicide se produisent chez les personnes ayant des troubles de l'humeur. Chez ces personnes, le suicide est plus courant chez celles qui présentent des symptômes sévères et/ou psychotiques, avec une apparition tardive, et des troubles mentaux et additifs coexistants. Le décès par suicide est également plus fréquent chez les personnes qui ont connu des événements stressants, qui ont une maladie et des antécédents familiaux de suicide.

La tristesse dans le cas d'un trouble dépressif majeur est différente, à la fois en terme d'intensité et de durée, de la tristesse qui frappe tout un chacun à des moments où la vie est particulièrement difficile. Les états normaux de chagrin ou de tristesse ont des effets moins puissants et durent moins longtemps que ceux qui marquent une dépression grave. De plus, certains symptômes de dépression grave ne se produisent que rarement chez les personnes qui traversent des périodes de tristesse normale. Ces symptômes comprennent notamment : l'anhédonie (l'incapacité à ressentir du plaisir), le désespoir et la perte de réactivité de l'humeur (la capacité à ressentir une amélioration de l'humeur en réponse à quelque chose de positif). Les pensées suicidaires et les symptômes psychotiques, lorsqu'ils sont associés à des symptômes dépressifs, sont généralement le signe qu'une personne présente réellement un trouble dépressif pouvant être diagnostiqué.

Néanmoins, de nombreux symptômes généralement associés à des troubles dépressifs majeurs apparaissent également au cours de périodes de stress aigu. Parmi eux : les troubles du sommeil, les modifications de l'appétit, les troubles de la concentration, les pensées compulsives sur les pensées ou les sentiments tristes, ou encore l'alcoolisme ou la toxicomanie. Lorsqu'une personne ayant ce genre de problème consulte un professionnel de santé, le défi pour ce professionnel est de distinguer la tristesse normale des états pathologiques et de prescrire un traitement.

#### SUICIDE ET DÉPRESSION DU POST-PARTUM

Il est quelque peu déconcertant de voir que, dans de nombreux pays, le suicide est désormais la principale cause externe de décès chez les jeunes mamans<sup>6</sup>. Dans la plupart de ces cas, les femmes souffrent d'une dépression du post-partum. Entre 8 et 15 % des femmes souffrent de dépression du post-partum mais le trouble est généralement léger et gérable. Cependant, la dépression du post-partum grave est liée à un risque de suicide élevé, les personnes admises à l'hôpital ayant 70 fois plus de risques de mourir en se suicidant<sup>7</sup>. Les risques sont particulièrement élevés au cours de la première année suivant l'accouchement.

La stigmatisation énorme à laquelle sont confrontées les femmes souffrant de dépression du post-partum doit être prise en compte pour réduire les taux de suicide de ce groupe à haut risque. Il faut saluer certaines évolutions récentes, comme le fait que certaines célébrités de premier rang (Brooke Shields, Natasha Hamilton ou Elle Macpherson), aient parlé de leur expérience de dépression du post-partum. Il est particulièrement important que les femmes à haut risque soient identifiées au cours de la grossesse et que des préparations adéquates soient mises en œuvre pour les soigner. De plus, les femmes qui connaissent une dépression du post-partum ne doivent pas passer à travers les mailles du filet dans les centres de soins de premier recours. Une étude récente a montré que seulement 29 % des femmes présentant des taux élevés de symptômes dépressifs selon l'indice de symptômes psychiatriques ont été diagnostiquées comme souffrant de dépression du post-partum<sup>8</sup>. Pour augmenter ce chiffre, il va peut-être falloir changer la manière dont les professionnels de santé sont formés à identifier ce trouble. Une fois ce trouble diagnostiqué, il existe bon nombre de possibilités de traitement pharmaceutique et psychothérapeutique dont l'efficacité a été démontrée<sup>9 10</sup>.

#### SUICIDE ET TROUBLE BIPOLAIRE

Le trouble affectif bipolaire est courant et figure en deuxième place au niveau mondial, juste après la dépression unipolaire, comme cause d'invalidité<sup>11</sup>. La dépression bipolaire affecte autant les hommes que les femmes et touche environ 5 personnes sur 1000<sup>12</sup>. Chez les individus souffrant de dépression bipolaire, les risques de suicide sont environ 15 fois plus importants que dans la population générale<sup>13</sup>. Le suicide se produit souvent pour la première fois lorsque la pression professionnelle, familiale, émotionnelle ou liée aux examens atteint son paroxysme. Chez les femmes, les risques de suicide peuvent augmenter après un accouchement ou au cours de la ménopause.

La plupart des personnes souffrant de troubles bipolaires peuvent, avec un traitement optimal, revenir à un fonctionnement normal. Avec un traitement moins efficace, de nombreux patients auront cependant des résultats moyens à long terme et présenteront toujours un risque de suicide accru. Il a pourtant été prouvé que le traitement n'est généralement pas optimal. Des études longitudinales suggèrent que la très forte prévalence des tentatives de suicide chez les personnes souffrant de trouble affectif bipolaire (50 %<sup>14</sup>) pourrait être réduite par un traitement médicamenteux de fond et par un traitement adéquat de la dépression et de la comorbidité alcoolisme-toxicomanie<sup>15</sup>. Le traitement adéquat va plus loin que les simples séances de soutien ou la simple prescription de médicaments. Les personnes ayant des troubles bipolaires peuvent arrêter de prendre ou ne pas

commencer à suivre un traitement efficace, et c'est à ces moments-là que le risque de suicide est particulièrement élevé. Elles ont besoin d'encouragements afin de démarrer un traitement et de le respecter sur le long terme. Malgré ses faiblesses, le lithium a longtemps été le principal recours en matière de traitement du trouble affectif bipolaire. Plusieurs nouveaux médicaments ont vu le jour au cours des dix dernières années mais rares sont les preuves de leur efficacité en matière de prévention du suicide.

## SUICIDE ET SCHIZOPHRÉNIE

Environ 24 millions de personnes dans le monde souffrent de schizophrénie, avec des taux équivalents (7 pour 1 000) chez les hommes et les femmes<sup>16</sup>. On estime que, chez les schizophrènes, le risque de suicide se situe entre 4 et 10 % et que le risque de tentatives de suicide est de 40 %<sup>17</sup>. Une étude de l'Organisation mondiale de la Santé a indiqué que la cause la plus courante de décès chez les schizophrènes était le suicide<sup>18</sup>. Les facteurs de risque de suicide chez les personnes souffrant de schizophrénie comprennent : des symptômes positifs, une comorbidité liée à une dépression, l'absence de traitement, une baisse du niveau de soin, une maladie chronique, une bonne éducation et de grandes attentes en matière de performance. Le suicide a plus de risques de se produire au début de la maladie.

Si l'on souhaite empêcher le suicide des personnes souffrant de schizophrénie, il est essentiel que tout le personnel qui travaille dans le domaine de la santé mentale soit spécialement formé à l'évaluation et à la gestion des risques, chose qu'on apprend trop souvent sur le tard<sup>19</sup>. La formation doit également mettre en évidence l'importance de la prise en charge des états de comorbidité, dont on sait qu'ils accentuent les risques, tels que la dépression, la toxicomanie ou l'alcoolisme et la perte d'autonomie. Le simple fait d'améliorer la tenue des dossiers et des plans de soins peut aider à s'assurer que toute l'équipe soignante est consciente de chacun des facteurs de risque et de la façon dont ils peuvent être minimisés. Ceci met également en évidence la nécessité d'une bonne communication entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient, le médecin généraliste, les soignants et la famille.

### Empêcher le suicide des personnes souffrant de schizophrénie

L'avenir promet de meilleurs traitements pour la schizophrénie. Il est important pour les soignants et les proches des personnes touchées de les encourager à s'accrocher à la vie. Mettez l'accent sur le fait que les laboratoires pharmaceutiques vont certainement améliorer les traitements dans les années à venir. Il existe de vraies raisons de penser que la vie va s'améliorer.

En 2005, *The British Journal of Psychiatry* a publié une analyse regroupant un grand nombre d'études internationales sur les risques de suicide au sein de cette population. Les résultats les plus importants de cette étude étaient que le suicide était plus probable lorsque les personnes schizophrènes montraient de l'agitation et exprimaient des sentiments d'inutilité et/ou de désespoir, ainsi que lorsqu'elles avaient des antécédents de pensées suicidaires et de tentatives de suicide. Les antécédents familiaux de suicide augmentaient également les risques.

Les autres observations importantes de cette étude indiquent que :

- La situation sociale d'une personne schizophrène influe sur le risque de suicide. Les personnes vivant seules ou ne vivant pas avec leur famille présentent un risque accru de suicide.
- Les pertes récentes (divorce ou décès) augmentent le risque, comme dans la population générale.
- Les personnes ayant un niveau d'études plus élevé semblent avoir plus de risques de se suicider. Cela peut refléter une conscience, et une peur, accentuée de la détérioration de leur santé mentale.
- La non observance du traitement augmente fortement le risque. Chez certains patients, l'utilisation de médicaments connus pour avoir des effets antisuicidaires peut-être conseillée.
- L'abus d'alcool n'est pas apparu comme un facteur de risque majeur chez les schizophrènes. Cependant, il existe une corrélation claire entre la toxicomanie et le risque plus élevé de suicide. Cette toxicomanie est deux fois plus courante chez les schizophrènes que dans la population générale.

Périodes à haut risque pour le suicide : Les schizophrènes ont besoin de soutien et d'une surveillance supplémentaire dans les périodes suivantes :

- périodes où la personne est très psychotique et en dehors de la réalité
- périodes de grande dépression
- Au cours des 6 à 9 premiers mois suivant le début du traitement, lorsque l'individu réfléchit de façon plus claire et qu'il apprend qu'il est schizophrène (avec toutes les implications négatives que cela comporte)
- période suivant la sortie de l'hôpital. Les programmes de sortie d'hôpital doivent être élaborés avec soin. Autant que possible, une personne à haut risque ne doit pas être laissée seule et certainement pas pendant des périodes prolongées. Le suicide se produit souvent lorsqu'un schizophrène a été laissé seul toute la journée.

#### ANOREXIE MENTALE ET BOULIMIE

Les troubles de l'alimentation présentent le taux de mortalité le plus élevé de toutes les maladies mentales. Cela comprend à la fois les morts par suicide et les morts dues à des complications directes des troubles alimentaires. Des études ont démontré que les taux de prévalence pour les tentatives de suicide varient en fonction du sous-groupe de trouble alimentaire et des conditions de l'étude. La prévalence des tentatives de suicide est plus faible chez les patients souffrant d'anorexie mentale et traités en ambulatoire (16 %). Les taux de prévalence sont plus élevés chez les personnes boulimiques traitées en ambulatoire (23 %) et celles hospitalisées (39 %). Les taux les plus élevés de tentatives de suicide sont signalés chez les personnes boulimiques qui présentent une comorbidité alcoolique (54 %) <sup>20</sup>. Il est à noter que ces taux n'incluent pas les personnes décédées suite à des complications autres que celles du trouble. La forte prévalence de l'automutilation non létale chez les personnes souffrant de troubles de l'alimentation complique encore un peu plus le tableau. Logiquement, la plupart des femmes de l'étude présentaient d'autres troubles psychiatriques outre des troubles de l'alimentation, y compris la dépression, la toxicomanie ou l'alcoolisme, la timidité ou l'anxiété. Près de 84 % des patients avaient au moins un autre trouble psychiatrique.

Au vu de ces statistiques, il est inquiétant de savoir que l'incidence des troubles de l'alimentation a doublé depuis les années 1960. Les troubles de l'alimentation, qui étaient auparavant un problème essentiellement présent dans les pays occidentaux, se développent également fortement dans de nombreuses régions d'Asie <sup>21</sup>. Plus de 90 % des cas diagnostiqués chaque année le sont chez des femmes jeunes <sup>22</sup>. Le Dr Mike Shooter, Président du *Royal College of Psychiatrists* a indiqué que les troubles de l'alimentation sont « mal compris du grand public et des cliniciens » <sup>23</sup> et qu'il faut réaliser des recherches approfondies afin de définir les meilleures pratiques cliniques.

#### AUTOMUTILATION

L'automutilation, notamment chez les jeunes, est une source d'inquiétude grandissante. On estime souvent qu'au moins 1 personne sur 1000 s'automutile chaque année. L'automutilation s'exprime sous plusieurs formes et peut consister à se cogner la tête, à se mordre, à s'arracher les cheveux, à s'écorcher ou à se brûler la peau et peut même aller jusqu'à se crever un œil ou à s'amputer d'un membre.

L'automutilation ne doit pas être confondue avec les tentatives de suicide. Les recherches suggèrent que les personnes souffrant de maladies mentales sont plus susceptibles de s'automutiler ; une étude menée sur des patients traités en psychiatrie en ambulatoire a même montré que 33 % d'entre eux reconnaissaient avoir pratiqué des actes d'automutilation au cours des 3 mois précédents <sup>24</sup>. Par ailleurs, l'automutilation est un indicateur précoce des comportements suicidaires.

#### DÉPENDANCES ET SUICIDE

Au niveau international, les chercheurs désignent l'alcool comme la substance la plus répandue dans le monde. L'ampleur des problèmes de boisson varie fortement selon les pays. On estime toutefois à environ 1,7 % de la population mondiale le pourcentage d'alcooliques. Dans certaines régions d'Europe de l'Est et d'Amérique du

Nord, les experts estiment que 5 % de la population a un problème d'alcool. La prévalence de la consommation de drogues illégales et de la toxicomanie dans le monde est comprise entre 0,4 % et 4 %. En 2003, l'Organisation mondiale de la Santé estimait à près de 5 millions le nombre de personnes qui s'injectaient des drogues illicites. Dans les études portant sur les facteurs de risque chez les personnes s'étant suicidées, la toxicomanie et l'alcoolisme apparaissent plus souvent chez les adolescents et les jeunes adultes que chez les personnes d'un âge plus avancé. Les hommes sont également plus exposés aux dépendances et au suicide. Dans les groupes à risque particulier, tels que les peuples indigènes entourés par une culture majoritaire étrangère, la dépression et l'alcoolisme peuvent être des facteurs de risque coexistants de suicide.

L'alcoolisme et la toxicomanie contribuent aux comportements suicidaires de plusieurs façons. Les personnes qui consomment et abusent de drogues ont souvent plusieurs facteurs de risque de suicide. Outre le fait d'être déprimées, elles ont également beaucoup de risques d'avoir des problèmes sociaux et financiers. La consommation et l'abus de drogue ont tendance à être plus courantes chez les individus enclins à agir de manière impulsive. Elles se retrouvent aussi souvent chez les personnes qui s'engagent dans plusieurs types de comportement à haut risque pouvant s'avérer autodestructeurs. Par ailleurs, les personnes ivres peuvent faire des tentatives de suicide de manière impulsive et agressive qu'elles ne feraient pas si elles n'étaient pas sous l'emprise de l'alcool.

#### INFORMATIONS CLÉ CONCERNANT LES DÉPENDANCES ET LE SUICIDE<sup>25</sup>

- Les personnes souffrant d'une grave dépendance à l'alcool ou d'alcoolisme présentent un risque accru de suicide.
- La dépression et les autres troubles de l'humeur sont impliqués dans la majorité des suicides. Les toxicomanes ont des taux de dépression nettement supérieurs. Non traitée, la toxicomanie aggrave le résultat des troubles de l'humeur.
- Les tentatives de suicide se produisent plus souvent dans le contexte d'un épisode de consommation abusive d'alcool.
- Les personnes dont le problème de boisson cause des problèmes au travail ont six fois plus de probabilités que les autres de mourir par suicide.
- Les alcooliques hospitalisés pour des raisons liées à l'abus d'alcool ont dix fois plus de risques de se suicider que ceux qui n'ont pas été hospitalisés. La toxicomanie augmente le risque de problèmes professionnels, familiaux et physiques, qui peuvent devenir plus graves avec le temps.
- Si une personne alcoolique utilise également de la cocaïne, le risque augmente de manière significative.
- Les régions où les ventes de spiritueux par personne sont les plus élevées ont des taux de suicide supérieurs.
- Les alcooliques qui se suicident ont plus de probabilités d'avoir eu des problèmes relationnels avec leur conjoint et d'autres facteurs de stress aigus que les alcooliques qui n'ont pas essayé de se suicider.
- Les recherches canadiennes indiquent que jusqu'à 80 % des personnes schizophrènes abusent un jour de drogues, un tel abus est associé à un comportement suicidaire.
- Les alcooliques à haut risque peuvent être définis comme ceux qui traversent une dépression concomitante, qui sont traités pour une tentative de suicide précédente ou qui ont essayé d'attenter à leurs jours auparavant.
- Le risque de suicide chez les alcooliques augmente avec le temps. Il est plus élevé après 10 ans ou plus de problèmes de boisson.

Le fait de traiter la maladie mentale, y compris les dépendances, réduit les risques : Il existe des moyens efficaces de réduire le risque d'alcoolisme et de toxicomanie chez les sujets jeunes. Il existe également des traitements efficaces, qui associent souvent les médicaments à plusieurs formes de psychothérapie et groupes de soutien dédiés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. De nouveaux traitements adaptés aux personnes présentant à la fois des dépendances et des tendances suicidaires sont à l'étude. Ils promettent de sauver de nombreuses personnes.

Les personnes qui boivent trop semblent souvent mourir par suicide et rencontrer de graves difficultés relationnelles. De même, chez les personnes risquant de se suicider et qui boivent trop, les thérapies conjugales semblent particulièrement prometteuses.

Les médecins et les conseillers confrontés à l'alcoolisme doivent être formés à intervenir sur la dépression et les autres maladies mentales pouvant mener au suicide et ils doivent comprendre ces troubles. Si ces soignants peuvent mieux reconnaître les maladies mentales, cela les aidera à mieux traiter les personnes souffrant d'alcoolisme.

#### References:

- 1 WHO publication 2001, 'Mental and neurological disorders', Fact sheet No. 265, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>
- 2 Peveler, R et al 2002, 'ABC of psychological medicine: Depression in medical patients', *British Medical Journal*, vol. 325, pp. 149-52
- 3 'Depression and manic depression' 2000, Sane, [www.sane.org.uk/About\\_Mental\\_Illness/Depression.htm](http://www.sane.org.uk/About_Mental_Illness/Depression.htm)
- 4 Jamison, K R 2000, 'Suicide and bipolar disorder', *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 61, Suppl 9, pp. 47-51.
- 5 Petheri Sokero T et al 2005, 'Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder', *British Journal of Psychiatry*, vol. 186, pp. 314-8.
- 6 Royal College of Psychiatrists press release 2002, 'Suicide leading cause of death among new mothers'.
- 7 Appleby, L et al 1998, 'Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission', *British Journal of Psychiatry*, vol. 173, pp. 209-11.
- 8 Heneghan AM et al 2000, 'Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms?' *Pediatrics*, vol. 106, pp. 1367-73.
- 9 Appleby, L et al 1997, 'A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression', *British Medical Journal*, vol. 314, pp. 932-6.
- 10 Chabrol, H et al 2002, 'Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk', *Psychological Medicine*, vol. 32, pp. 1039-47.
- 11 Murray, CJ et al 1997, 'Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study', *Lancet*, vol. 349, pp. 1436-1442.
- 12 'Depression and manic depression' 2000, Sane, [www.sane.org.uk/About\\_Mental\\_Illness/Depression.htm](http://www.sane.org.uk/About_Mental_Illness/Depression.htm)
- 13 Harris, EC et al 1997, 'Suicide as an outcome for mental disorders', *British Journal of Psychiatry*, vol. 170, pp. 205-28.
- 14 'Users survey of experiences of health services' 2001, Manic Depression Fellowship.
- 15 Tondo, L et al 1998, 'Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients', *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 59, pp. 405-414.
- 16 WHO publication 2001, 'Mental and neurological disorders', Fact sheet No. 265, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>.
- 17 'Schizophrenia and Suicide', Pamphlet No 23, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders.
- 18 Sartorius, N et al 1986, 'Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures', *Psychological Medicine*, vol. 16, pp. 909-928.
- 19 Raymont, V 2001, 'Suicide in schizophrenia - how can research influence training and clinical practice?', *Psychiatric Bulletin*, vol. 25, pp. 46-50.
- 20 Sansone, RA et al 2002, 'Self-Harm Behaviors Among Those with Eating Disorders: An Overview', *Eating Disorders*, vol. 10, pp. 205-13.
- 21 Lee, S 2000, *British Medical Journal*, vol. 321, pp. 1023.
- 22 'Statistics', Eating Disorders Coalition, <http://www.eatingdisorderscoalition.org/reports/statistics.html>.
- 23 Kmietowicz, Z 2004, 'Psychological therapies recommended for eating disorders', *British Medical Journal*, vol. 328, pp. 245.
- 24 Zlotnick, C et al 1999, 'Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 187, pp. 296 - 301.
- 25 Preventing Suicide: The National Journal, Vol. 3, No. 4, Apr 2004. Kristin Brooks Hope Center.

## MALADIES MENTALES ET SUICIDE

Le suicide est un problème de santé publique majeur dans le monde entier. L'Organisation mondiale de la Santé estime que plus d'un million de personnes meurent par suicide chaque année ; il est généralement admis que le nombre réel de gens qui se donnent la mort est plus élevé en raison d'un nombre de déclarations inférieur à la réalité dans de nombreux pays. L'impact des blessures auto-infligées non fatales peut-être jusqu'à 20 fois plus élevé que le nombre de morts par suicide déclarées. D'un point de vue économique et social, les comportements suicidaires constituent un poids majeur qui pèse sur les dépenses de santé dans le monde.

Le suicide est également un problème sanitaire et social qui peut survenir à tout moment de la vie, quel que soit l'endroit du monde. Le suicide chez les jeunes, chez les adultes qui travaillent et chez les personnes âgées fait de nombreuses victimes dans les familles, les communautés et ce dans toutes les régions du monde. Le suicide chez les jeunes atteints d'une maladie mentale, telle que la dépression ou la schizophrénie, ajoute un poids global de maladie représenté par les troubles mentaux et comportementaux : trop souvent sans reconnaissance, sans diagnostic ni traitement.

Les informations suivantes offrent un bref aperçu de la relation entre maladie mentale et suicide dans les différentes tranches d'âge et démontre graphiquement le besoin vital d'une stratégie globale visant à prendre en charge ce problème de santé publique majeur.

### ENFANCE

Même si les taux de suicide sont généralement très faibles au cours de l'enfance, selon une étude menée dans 32 pays par l'*Australian Institute for Suicide Research and Prevention* (2003), il y a eu une augmentation presque universelle des taux de suicide chez les enfants au cours des quatre dernières décennies dans les plupart des pays, quelle que soit la région du monde. L'augmentation des taux a été notée en Australie et en Nouvelle-Zélande, en Amérique du Nord, en Europe et, en particulier, dans les pays scandinaves. Par exemple, les taux en Australie ont augmenté de 92 % entre 1960 et 1999, comparé à 240 % au Canada, 646 % en Nouvelle-Zélande, 420 % en Écosse et de 3900 % en Irlande. Tandis que le nombre réel d'enfants qui meurent par suicide reste parmi les plus faibles de toutes les tranches d'âge, l'augmentation des taux chez les jeunes enfants est particulièrement alarmante dans des pays où l'on observe une tendance à la baisse dans la plupart des tranches d'âge.

Malgré l'augmentation spectaculaire de la dépression et des comportements suicidaires chez les jeunes enfants, la recherche dans ce domaine reste limitée. Le suicide est la dixième cause de décès chez les enfants de moins de 14 ans. Pour chaque enfant qui se suicide, on estime qu'il y en a au moins 50 de plus qui ont fait une tentative de suicide. Il est difficile de compiler des statistiques sur le suicide chez l'enfant en raison du manque de critères standard permettant de définir le suicide dans cette tranche d'âge. Les enfants de tous les âges peuvent connaître une dépression mais elle se manifeste de façon différente dans chaque tranche d'âge, notamment entre la naissance et l'entrée à l'école. Outre les maladies mentales, il est avéré que certains facteurs augmentent le risque du suicide chez l'enfant, dont l'histoire familiale, la perte d'un être cher avant l'âge de douze ans, la violence, le relâchement des liens familiaux et l'augmentation des pressions familiales. (Source : [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/query/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/query/) - PubMed - [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov) "Depression and suicide in young children, Workman, CG & Prior, M.)

Voici certains des principaux facteurs de risque de suicide chez l'enfant :

- Tentatives de suicide précédentes.
- Suicide d'un membre de la famille proche.
- Hospitalisation antérieure en psychiatrie.
- Pertes récentes : décès d'un proche, divorce dans la famille ou rupture avec une petite amie.

- Isolement social : la personne ne dispose pas d'autres solutions ou compétences pour trouver une alternative au suicide.
- Alcoolisme ou toxicomanie : la consommation de drogue diminuent la maîtrise des impulsions, ce qui augmente les risques de suicide impulsif. De plus, certaines personnes tentent de s'automédiquer lors d'une dépression sous l'emprise de drogue ou d'alcool.
- Exposition à la violence dans l'environnement familial ou social : la personne voit le comportement violent comme une solution viable aux problèmes de la vie.
- Armes à feu présentes au domicile, surtout si elles sont chargées.

(Source : <http://www.baltimorepsych.com/Suicide.htm>, Carol Watkins, MD - Suicide and School: Recognition and intervention in the school setting)

## ADOLESCENCE

Dans presque tous les pays, les taux de suicide chez les garçons adolescents ont augmenté au cours des années 1980 et/ou 1990. L'exception la plus remarquable à cette tendance est l'Europe de l'Ouest, où la plupart des pays ont enregistré une baisse des taux de suicide chez les adolescents. Depuis 1997, il semble que ce déclin se produise également en Europe de l'Est, en Europe du Sud, en Asie, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Même si globalement les taux de suicide au niveau mondial chez les adolescentes semblent également diminuer, certains pays, tels que l'Inde, font part des taux très élevés de suicide chez les jeunes filles dans cette tranche d'âge.

L'augmentation du nombre de suicides chez les adolescents a été attribuée à une augmentation du nombre de maladies psychiatriques chez les jeunes. De même que chez l'adulte, les recherches ont montré que 90 % des adolescents au moins qui se suicident souffrent d'au moins une maladie mentale.

Le *Suicide Information and Education Centre* de la province d'Alberta, au Canada, a publié un ensemble de recommandations pour aider les jeunes à risque. Ces recommandations comprennent :

- Les jeunes gens ont un taux de tentatives plus élevé que les adultes mais présentent des taux de suicide inférieurs. Les adolescentes ont 4 à 7 fois plus de probabilités de tenter de se suicider que les garçons du même âge.
- Les hommes utilisent généralement plus de moyens létaux (armes à feu, pendaison) que les femmes (qui utilisent le plus souvent des médicaments, du poison ou du gaz). Malheureusement, les récentes tendances indiquent que les femmes commencent à choisir plus de moyens létaux qu'auparavant.
- Les études montrent qu'un pourcentage important d'adolescents envisage, planifie et/ou tente de se suicider sans demander ou recevoir de l'aide. La gent masculine a moins tendance à demander de l'aide que les femmes. Cette découverte souligne l'importance que les adultes soient conscients des signes avant-coureurs de la dépression et du suicide. Avec cette connaissance, ils peuvent entamer des discussions qui peuvent éventuellement sauver la vie des jeunes, ces derniers pouvant très bien ne jamais lancer une discussion de leur propre chef.

Les recherches ont montré que les jeunes préfèrent se confier à leurs pairs d'abord et ensuite à leur famille. Certaines estimations laissent penser que seuls 25 % des jeunes qui savent qu'un de leurs amis est suicidaire demandent de l'aide à un adulte. La crainte des réactions des adultes et le désir de protéger les confidences d'un ami empêchent souvent les jeunes de se tourner vers un adulte, même s'ils ont conscience d'un danger. Il est reconnu que de nombreux jeunes évitent simplement de chercher de l'aide. Les raisons pour lesquelles les jeunes ne demandent pas d'aide sont notamment : la peur de la stigmatisation ou de la honte, la peur de conséquences négatives (y compris l'institutionnalisation), le manque de confiance dans les soignants en raison d'expériences antérieures, la conviction que personne et rien ne peut aider, l'adhésion aux valeurs d'un groupe qui limitent la recherche d'aide, le manque de conscience ou d'accès aux aides.

Les parents, les éducateurs, les professionnels de santé et de la santé mentale et les autres adultes qui travaillent au contact des adolescents doivent reconnaître que, dans certains groupes, certains individus peuvent

présenter un risque en moyenne plus élevé de suicide ou d'automutilation. Ces groupes à risque particulier comprennent :

- les jeunes qui s'engagent dans un comportement risqué ou auto-destructeur (tabagisme, conduite dangereuse, rapports sexuels non protégés, toxicomanie ou alcoolisme)
- les jeunes exposés à la violence envers eux-mêmes ou les autres ou ayant des antécédents de violence envers les autres
- les jeunes sans domicile fixe
- les personnes qui ont subi une perte ou une rupture de relation importante
- les personnes dont les exigences envers elles-mêmes sont excessivement élevées
- les personnes confrontées à des difficultés relatives à leur orientation sexuelle (acceptation de soi face à la stigmatisation)
- les jeunes qui s'automutilent sans tenter de se suicider
- les jeunes souffrant de maladies mentales graves (y compris la dépression, les troubles de l'humeur, la schizophrénie)
- les jeunes aborigènes
- les jeunes placé sous la protection des autorités compétentes

Les efforts visant à comprendre les raisons pour lesquelles certains jeunes tentent de se suicider peuvent jouer un rôle majeur dans la prévention de morts évitables. Cette compréhension doit se généraliser. Le suicide se produit dans toutes les classes et toutes les cultures. Afin que les efforts de prévention du suicide chez les jeunes soient plus efficaces, les adultes et les jeunes eux-mêmes doivent connaître ce qui mène aux tentatives de suicide et à la mort.

#### JEUNES ADULTES ET ÉTUDIANTS

Le Dr Kay Redfield Jamison, dans son livre *La Tentation du néant. Comprendre le suicide pour mieux le prévenir*, explique que, lorsque les forces de défense du corps sont affaiblies par le stress, elles succombent à la maladie physique plus facilement. Lorsque l'équilibre de l'esprit est affaibli par le stress, les maladies mentales prennent le dessus plus facilement. Ensuite, le désespoir peut s'installer et le suicide devenir plus probable. Les premières années de l'âge adulte représentent une première étape de la vie où peuvent se déclencher des maladies mentales sévères. Lorsque ces maladies mentales prennent le dessus, le risque de suicide de l'individu est nettement multiplié.

Pourquoi les années de fin d'adolescence et de début de l'âge adulte sont-elles si risquées ? Une personne née avec une prédisposition génétique à des problèmes de chimie cérébrale sera confrontée à beaucoup de stress au fur et à mesure qu'elle approchera de l'âge adulte et de l'indépendance. Les jeunes sont confrontés à la pression inhérente au rôle d'adulte, à leurs relations et au monde du travail. Certains, dans les universités, sont confrontés à des pressions scolaires. Ils se sentent obligés d'obtenir de bons résultats sur le plan intellectuel et/ou athlétique, et se heurtent aux attentes élevées de leurs parents, de leurs pairs, de la société et à leurs propres exigences. Lorsque les pressions deviennent trop importantes pour un esprit vulnérable, les maladies mentales peuvent s'installer et, si la maladie n'est pas gérée correctement, le risque de suicide peut fortement augmenter.

« À l'inverse de la plupart des maladies physiques invalidantes, les maladies mentales commencent très tôt dans la vie. Dans la moitié des cas, elles s'installent dès l'âge de 14 ans ; trois quarts des sujets en ont ressenti les symptômes à l'âge de 24 ans. Par conséquent, les troubles mentaux sont réellement la maladie chronique des jeunes », indique le *US National Institute of Mental Health*. Par exemple, les troubles de l'anxiété débutent souvent à la fin de l'enfance, les troubles de l'humeur à la fin de l'adolescence et la toxicomanie et l'alcoolisme

vers le début de la vingtaine. Contrairement aux maladies cardiaques ou à la plupart des cancers, les jeunes souffrant de troubles mentaux souffrent d'invalidité au début de leur vie, lorsqu'ils sont dans la fleur de l'âge, alors qu'ils devraient normalement être le plus productif. » L'Organisation mondiale de la Santé signale que, d'après les données disponibles en 2001, les personnes de moins de 45 ans représentent plus de la moitié des suicides enregistrés au cours d'une année donnée. Cela constitue une augmentation par rapport au chiffre comparable dans les années 1950, qui était de 44 %. En l'an 2000, le suicide était devenu l'une des trois principales causes de décès chez les jeunes adultes dans le monde.

Malgré le fait que, parfois, les suicides sur les campus font l'objet d'une couverture médiatique par la presse à sensation, les étudiants ne se donnent pas plus souvent la mort que les autres jeunes adultes. Parce que, dans l'ensemble, il n'y a que peu d'étudiants qui meurent par suicide, il n'y a que peu d'études sur le phénomène. Ces dernières suggèrent les résultats suivants :

- Certains groupes d'étudiants présentent un risque particulièrement élevé. Les étudiants étrangers dans les écoles américaines et britanniques semblent être particulièrement vulnérables. Cela peut refléter leur isolement social. Les dernières études réalisées sur le sujet (dans les années 1950) indiquaient que le taux annuel de décès par suicide des étudiants étrangers était de 80 pour 100 000, soit un taux nettement supérieur à celui des autres étudiants.
- La psychose et la dépression sont des facteurs de risque majeurs pour les étudiants comme pour les autres tranches d'âge. Le suicide fait nettement plus de victimes chez les étudiants qui mettent plus de quatre ans à obtenir leur diplôme. Cela peut refléter le fait que ces étudiants ont vu leurs études interrompues par des périodes de troubles mentaux.
- Les étudiants qui se suicident ont des traits de personnalité différents de ceux mis en évidence chez les jeunes adultes qui se suicident mais qui ne sont pas étudiants. La plupart des jeunes adultes qui se suicident ont des personnalités impulsives et des comportements à risque. Ils sont souvent alcooliques ou toxicomanes. Par opposition, les suicides d'étudiants concernent des personnes très déprimées, tranquilles, isolées socialement, qui ne consomment ni drogue ni alcool et qui n'attirent pas beaucoup l'attention.
- De nombreux étudiants suicidaires souffrent d'anxiété, d'insomnie et d'autres symptômes, même si ces derniers peuvent disparaître rapidement peu de temps avant l'acte fatal ; la planification de leur mort semble apaiser leur douleur psychique. Près de la moitié des étudiants suicidaires cherche une aide médicale dans les mois précédant leur acte autodestructeur. Cependant, peu d'entre eux font part de leurs intentions suicidaires et peu reçoivent des soins psychiatriques.

#### FEMMES ADULTES

« Aux États-Unis, une femme sur cinq souffre de dépression et les femmes sont plus susceptibles de se suicider que les hommes. Si l'on considère que la dépression et les tentatives de suicide précédentes constituent des facteurs de risque, il est essentiel que les médecins qui soignent des femmes recherchent les signes de dépression et les éventuelles intentions de se suicider », expliquent le Dr Douglas G. Jacobs et Nancy L. Deutsch dans un article intitulé *Recognizing Suicide Potential in Women* (Reconnaître les risques de suicide chez les femmes), publié dans le journal *Women's Health in Primary Care*.

La dépression est souvent présente chez les femmes qui se suicident car, en général, la dépression affecte beaucoup plus les femmes que les hommes. Les études menées dans plusieurs pays en Europe et en Asie, ainsi qu'aux États-Unis, mettent systématiquement en évidence la prévalence des troubles dépressifs chez les femmes qui se suicident, à des taux compris entre 59 % et 91 %. Les Dr Linda H. Chaudron et Eric D. Caine citent ces statistiques dans leur article *Suicide among Women* (Le suicide chez les femmes), publié dans le *Journal of the American Medical Women's Association*.

Une forte proportion de patients soignés pour troubles mentaux passent par leur médecin généraliste. Souvent, c'est à ce médecin que revient également de décider quelles sont les femmes qui doivent recevoir des soins spéciaux. Les médecins traitants doivent être familiarisés avec les comportements d'une femme qui envisage de se suicider. Ils doivent être capables de parler du suicide et ils doivent connaître les procédures adaptées à la prise en charge d'un patient à risque. Cela signifie que les médecins ne doivent pas se contenter de rechercher

les signes de dépression. Ils doivent également prendre en compte certains facteurs qui augmentent le risque de suicide chez les femmes.

Les femmes semblent plus enclines au suicide lorsque leurs relations avec les autres sont fortement perturbées. Cela suppose que les soignants doivent faire particulièrement attention à l'environnement familial de leurs patientes. Pour une femme, les angoisses liées au climat familial ou les violences conjugales peuvent jouer un rôle important dans la décision de se suicider.

#### PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE POUR LE SUICIDE DES FEMMES

- Antécédents de dépression et/ou d'autres troubles psychiatriques ou d'alcoolisme/toxicomanie
- Violences physiques ou agression sexuelle et éventuellement, stress post-traumatique en résultant
- Antécédents de troubles mentaux dans la famille (y compris la dépression) ou de suicide
- Environnement familial perturbé
- Célibat
- Absence de jeunes enfants à la maison
- Coexistence de troubles physiques
- Chômage, volontaire ou forcé
- Présence d'une arme à feu ou d'autres moyens de se donner la mort (ex. : pesticides) à la maison

Les médecins doivent noter avec soin toute trace d'automutilation : lacérations sur les poignets, brûlures et autres blessures auto-infligées. Chez les femmes, les blessures auto-infligées semblent être fortement liées à des violences physiques ou sexuelles. Le médecin doit vérifier le risque d'une tentative de suicide dès qu'il remarque ce type de blessures. La patiente doit alors être adressée à un spécialiste des troubles mentaux.

#### HOMMES ADULTES

Lorsque des hommes qui ont tenté de se suicider arrivent aux urgences des hôpitaux, les médecins sont généralement en mesure de leur sauver la vie. Dans de nombreux pays occidentaux, il existe pourtant un phénomène frappant concernant les milliers de personnes qui prennent chaque année la décision d'en finir avec la vie et qui sont sauvées aux urgences. En 2003, dernière année pour laquelle on connaît les statistiques, on a dénombré quatre fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes.

D'après les données des National Institutes of Mental Health, les hommes sont plus susceptibles d'abuser des drogues et de l'alcool que les femmes. Mais on décide rarement de se suicider sur un coup de tête, quelle que soit la substance dont on a abusé. Le fait que les hommes ne veulent pas demander d'aide en cas de dépression peut être l'élément déterminant pour comprendre pourquoi leurs tentatives de suicide sont si souvent fatales.

**Les hommes doivent être informés sur la dépression :** Bien que la dépression soit plus souvent diagnostiquée chez les femmes que chez les hommes, aux États-Unis et dans de nombreux autres pays industrialisés, on compte environ quatre fois plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes dans ces pays. Ce chiffre reste valable alors même que les femmes font bien plus de tentatives de suicide. Certains chercheurs estiment que le suicide est un comportement agressif et que les hommes sont généralement plus agressifs que les femmes. L'un des facteurs qui contribuent le plus au risque de suicide chez les hommes est le fait que ces derniers sont plus susceptibles de faire appel à des moyens « lourds » pour mettre fin à leurs jours. Les nombreuses études établissant un lien entre suicide et dépression apportent également un complément d'information. Le niveau alarmant des taux de suicide chez les hommes peut refléter le fait que les hommes sont moins enclins à demander de l'aide en cas de dépression, alors que cette aide pourrait leur sauver la vie.

Dans certains pays, notamment en Asie et en Amérique latine, les taux de suicide chez les hommes et les femmes sont globalement égaux (d'après un article publié sur le site WebMD, validé par le Dr Brunilda Nazario). Il faudra cependant encore plusieurs études avant que les experts médicaux puissent totalement appréhender le phénomène de la dépression chez les hommes. Néanmoins, les parties concernées (y compris le grand public, les employeurs, les religieux et les professionnels de santé de toutes les disciplines) peuvent jouer un rôle important dans le dépistage des symptômes dépressifs chez les hommes et dans l'accès au traitement pour ces derniers.

### LES PERSONNES ÂGÉES

Dans de nombreux pays, les adultes d'un certain âge (plus de 65 ans), présentent les taux de suicide les plus élevés de toutes les tranches d'âge. Les taux de suicide à l'avenir chez les personnes âgées seront la conséquence des grandes tendances de ce monde. L'une est l'augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans, en valeur absolue comme en proportion de la population totale. D'après le Dr Mike Magee, en 1998, on comptait environ 184 millions d'habitants de plus de 65 ans sur notre planète. Il cite des projections qui évaluent à 678 millions ce chiffre en 2030. Il a créé un site Internet appelé « Health Politics with Dr. Mike Magee ». Il est également directeur du programme Pfizer Medical Humanities Initiative.

Dans ses fiches d'information sur le suicide ([www.mind.org.uk/information/Fact Sheets/Suicide/](http://www.mind.org.uk/information/Fact%20Sheets/Suicide/)), l'association britannique MIND qui se consacre à la santé mentale explique que « Bien que les taux de suicide des personnes âgées des deux sexes aient considérablement chuté depuis les années 1950, ils sont toujours très élevés, notamment chez les hommes âgés ». Le suicide chez les personnes âgées est très souvent associé à la dépression, à la douleur physique ou à la maladie, à la solitude et aux sentiments de désespoir ou de culpabilité. Les enquêtes montrent qu'entre 10 et plus de 20 % des personnes âgées connaissent des épisodes de dépression, dont seule une fraction consultent leur médecin généraliste ou des spécialistes en psychiatrie. La plupart des suicides chez les personnes âgées ont lieu en communauté et la plupart d'entre elles n'ont eu aucun contact avec les services psychiatrique en gériatrie. Les études menées par Cattell et Jolley ont établi que les services psychiatriques pour personnes âgées voient moins de 25 % de patients âgés souffrant de dépression qui tentent par la suite de se suicider, et la plupart d'entre eux n'avaient pas vu leur médecin traitant dans le mois précédent le suicide.

Le Département américain de la santé et des services à la personne (DHSS) indique que « les facteurs de risque pour le suicide des personnes âgées ne sont pas les mêmes que ceux des jeunes. En plus d'une forte prévalence de la dépression, on note chez les personnes âgées un plus grand isolement [...] et plus de pathologies physiques ». Parmi les personnes âgées, explique le Dr Magee, « la dépression est souvent mal diagnostiquée et prise pour un trouble cognitif, malgré le fait qu'il existe plusieurs motifs valables à la dépression : la retraite, le veuvage, le deuil et l'isolement ». Il note toutefois que « la cause de la dépression peut être beaucoup plus subtile. Par exemple, des problèmes de surdité sont souvent associés à la dépression. Il serait pertinent de mettre en place des approches plus efficaces pour le traitement des troubles de l'audition. La perte d'audition affecte la qualité de vie et les relations avec les autres [...] Et si d'autres maladies sont à l'origine de la dépression chez les seniors, l'inverse est vrai également. La dépression accroît de 67 % le risque d'invalidité due à d'autres causes chez les personnes âgées. » Les spécialistes de tous les domaines de la santé doivent comprendre qu'il y a parfois un lien entre la dépression et les divers troubles physiques.

La dépression survient souvent en parallèle avec d'autres maladies graves : troubles cardiaques, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer et maladie de Parkinson. Parce que de nombreux patients âgés sont confrontés à ces maladies et à des difficultés d'ordre économique et social, les professionnels de santé peuvent en conclure à tort que la dépression est une conséquence normale de ces problèmes et cette attitude est souvent partagée par les patients eux-mêmes. Ces facteurs contribuent tous à sous-évaluer le diagnostic et le traitement nécessaires pour soigner les troubles dépressifs chez les seniors. La dépression peut et doit être traitée lorsqu'elle survient en même temps que d'autres maladies car une dépression non traitée peut retarder la guérison ou aggraver l'issue de ces maladies co-occurentes. En ce qui concerne la dépression, les professionnels de la santé doivent réfléchir soigneusement aux meilleurs moyens d'aborder le problème avec leurs patients âgés. Ils doivent maîtriser les approches qui permettent aux personnes âgées de parler de leur

santé mentale, malgré toutes les barrières (stigmatisation, sentiment de désespoir et d'inutilité, etc.). Ces études ont toutes établi clairement que le principal axe de travail pour la prévention du suicide chez les personnes âgées se compose de la reconnaissance, du traitement et de la prise en charge de la dépression.

#### AUTRES FACTEURS DE RISQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Le fait de perdre un conjoint (divorce, décès) augmente le risque de suicide d'une personne âgée. Aux États-Unis en 1998, chez les hommes de plus de 75 ans, le taux de suicide chez les divorcés était 3,4 fois supérieur à celui des hommes mariés et chez les veufs, il était 2,6 fois plus élevé. Dans la même tranche d'âge, le taux de suicide chez les femmes divorcées est 2,8 fois supérieur à celui des femmes mariées. Chez les veuves, ce taux est 1,9 fois plus élevé.

D'autres grands bouleversements survenant au cours de la vie augmentent également le risque de suicide chez les personnes âgées. D'après les données de l'American Association of Suicidology (AAS), il s'agit notamment des évolutions de la vie sociale, telle la retraite. D'après l'AAS, le suicide des personnes âgées est également associé aux pathologies physiques, aux douleurs incontrôlables et à la peur de souffrir d'une longue maladie, ainsi qu'à l'impression d'être en mauvaise santé. Les chercheurs qui ont publié un article dans l'*American Journal of Geriatric Psychiatry* (AJGP) ont noté que « le suicide des personnes âgées est plus souvent associé aux problèmes de santé et aux handicaps physiques que chez les personnes plus jeunes. Certaines maladies en particulier comportent un plus grand risque [...] il est avéré que le cancer est beaucoup plus souvent associé au suicide que d'autres maladies. »

**Les conséquences du suicide sur la santé mentale des parents et des amis :** « Le suicide n'est pas un simple passage de la vie à la mort : il détruit les vies et les croyances et plonge les survivants dans une nuit éternelle et terrifiante », écrit le Dr Kay Redfield Jamison, dans son livre *La Tentation du néant : Comprendre le suicide pour mieux le prévenir*. Elle y explique que, bien que cela puisse paraître surprenant, la plupart des aspects du deuil après un suicide ne sont pas si différents des réactions de ceux qui ont perdu un parent ou un ami dans d'autres circonstances. Toutefois, il s'en distingue par certains points très spécifiques.

**L'attention et la stigmatisation peuvent accroître la douleur :** Une mort par suicide (ou due à toute autre cause inattendue ou violente) est susceptible d'éveiller l'intérêt du public. Une enquête de police peut attirer l'attention sur la personne décédée, ainsi que sur sa famille et ses amis. L'intervention des médias constitue une pression supplémentaire qui s'exerce sur les survivants. C'est notamment le cas lorsque les journalistes couvrent le décès de manière indélicate ou inexacte.

La stigmatisation constitue un autre élément de distinction. Le *Bereavement Information Pack*, distribué par le Royal College of Physicians (Royaume-Uni), aborde le tribut imposé par la stigmatisation : « Les attitudes sociales envers le suicide évoluent mais l'assistance disponible est toujours limitée. Le silence des autres peut renforcer la stigmatisation, la honte et l'impression d'être « différent ». Si les autres sont embarrassés, mal à l'aise ou évasifs au sujet du suicide, le survivant peut se trouver totalement isolé. Il peut se voir dénier le droit d'évoquer, de se rappeler et de commémorer tous les aspects de la vie et de la personnalité d'un être aimé qui a disparu. Le survivant peut alors éprouver le besoin impérieux de protéger la personne disparue, et de se protéger lui-même, du jugement des autres ».

**La douleur des proches d'un suicidé doit être comprise par tous :** Le suicide ruine la vie de nombreuses personnes. Par conséquent, il est important que le grand public et tous les professionnels concernés (santé, éducation, instances religieuses, etc.) comprennent certaines souffrances endurées par les survivants. C'est ainsi que les individus sauront ce qu'il faut dire à quelqu'un qui vient de perdre un être cher parce qu'il s'est suicidé. Les gens doivent apprendre à aborder la mort de celui ou celle qui s'est suicidé(e) avec la même compassion et la même empathie que celles dont ils feraient preuve pour parler de la mort de n'importe quel être qui leur est cher. Les proches d'un suicidé doivent entendre les mêmes paroles que celles qu'on dit à toute personne qui vient de perdre un être cher.

**Les proches d'un suicidé doivent affronter des questions sans réponse et ressentent des émotions souvent difficiles à contenir et durables :** Le site Internet de Befrienders Worldwide, qui compte des bénévoles dans 38 pays, indique que le deuil après un suicide est souvent très long.

Voici quelques exemples de réaction émotionnelle qui peuvent survenir chez les proches d'un suicidé :

- **Choc intense et incrédulité :** L'une des manifestations les plus courantes de la tristesse est la visualisation d'images récurrentes de la mort, même si elle a eu lieu sans témoins. Si le survivant a effectivement assisté au suicide ou s'il a découvert le corps, il peut alors présenter un stress post-traumatique. Les proches d'un suicidé ressentent souvent le besoin de faire défiler sans cesse les images et les sentiments douloureux générés par ces événements (ou par leur imaginaire, suite à ces événements).
- **Se demander pourquoi :** Après un suicide, ceux qui restent cherchent souvent une explication au drame. C'est alors que, au sein d'une même famille, surgissent des avis différents quant aux causes du suicide. Cela peut générer des tensions supplémentaires dans la famille, surtout si certains membres de la famille en blâment d'autres.
- **Se demander si le suicide aurait pu être évité, d'une manière ou d'une autre :** Les proches d'un suicidé peuvent se torturer à l'infini en multipliant les « Et si... ? ». Ils peuvent essayer de deviner comment la personne aurait pu être sauvée et ils trouvent alors des réponses qui semblent évidentes, rétrospectivement.
- **Sentiment de rejet :** Les survivants se sentent souvent abandonnés et se demandent « Comment a-t-il/elle pu me faire ça ? »
- **Sentiment de soulagement, souvent accompagné d'un fort sentiment de culpabilité :** Les dépressions qui se prolongent et les maladies mentales qui sont souvent à l'origine d'un suicide sont des fardeaux très lourds à porter pour les proches. Le décès d'un être cher leur occasionne en même temps du chagrin et du soulagement, ce qui se transforme ensuite en un fort sentiment de culpabilité.

**Besoins particuliers en fonction des personnes :** Le Dr Jamison fait le commentaire suivant à propos des différents types de survivants :

- **Les parents d'enfants qui se sont suicidés** sont « particulièrement anéantis. Pendant des mois, voire des années, ils sont bouleversés par la perte de leur enfant et envahis par la culpabilité » et par de profonds sentiments d'échec et de honte.
- **Les frères et sœurs d'enfants qui se sont suicidés** partagent le chagrin et l'angoisse de leurs parents. En plus de la souffrance que leur cause la perte de leur frère ou de leur sœur, les enfants se sentent souvent coupables et responsables, comme leurs parents.
- **Les recherches** montrent que les époux qui perdent leur conjoint de la sorte ressentent les mêmes effets psychologiques à long terme que les personnes qui perdent leur conjoint dans d'autres circonstances. Dans un premier temps, la plupart passent par une période de dépression après le suicide, puis se remarient et élèvent leurs enfants plus facilement qu'ils ne l'auraient imaginé.
- **Les enfants** sont anéantis et marqués à vie par le suicide d'un parent. Généralement, ils peuvent survivre au décès d'un de leurs parents sans pathologie grave ou durable. Ils ressentent un profond chagrin, de la culpabilité et des angoisses qui durent des mois ou des années. Les enfants qui ont déjà souffert de troubles psychiatriques sont plus susceptibles d'être marqués profondément et durablement.

**Des groupes de survivants peuvent aider :** Les survivants peuvent continuer à vivre grâce à divers systèmes d'aide. Il peut s'agir de la famille, des amis, de la religion, du temps, d'écoute ou de psychothérapie. Le fait de participer à des groupes d'écoute et d'entraide pour les proches de suicidés peut apporter une aide inestimable et irremplaçable. Les groupes peuvent aider les survivants de différentes manières :

- En parlant du suicide
- En remettant le suicide en perspective
- En abordant les problèmes de famille dus au suicide
- En aidant les participants à se sentir mieux
- En donnant des informations factuelles sur le suicide et ses effets
- En proposant un endroit sûr où les participants peuvent exprimer leurs sentiments
- En comprenant et en gérant les réactions des autres au suicide
- En donnant des conseils sur les aspects pratiques/sociaux

#### AUTRES ASPECTS POUVANT ÊTRE TRAITÉS LORS DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE

(Nous avons tenté de couvrir les principaux sujets et domaines d'intérêt autour du thème « Les maladies mentales et le suicide » dans les documents d'information distribués dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale. Cependant, nous sommes conscients qu'il existe de nombreuses autres questions que nous n'avons pas pu aborder en détail. Nous savons également que certaines de ces questions peuvent être plus pertinentes dans des communautés et sociétés spécifiques, en fonction des situations. Ci-après figurent certains thèmes qui peuvent être plus pertinents dans votre contexte local et que vous pouvez inclure dans votre programme et vos activités lors de la Journée mondiale de la santé mentale.)

**Suicide et sexualité :** Il existe de données montrant clairement que les homosexuel(le)s et les bisexuel(le)s présentent un taux de suicide supérieur à celui de la population générale. Les jeunes homosexuel(le)s notamment sont plus exposés. En 1993, le Département de la santé américain a publié le guide *Health of the nation key area handbook: mental illness*, qui traite spécifiquement de la santé mentale des homosexuel(le)s. Une brochure publiée par le Département de la santé américain indique que les personnes présentant un risque accru de commettre un suicide sont notamment celles « dont l'orientation sexuelle débouche sur des conflits avec leur famille ou les autres ». Les homosexuels en général, et les jeunes en particulier, peuvent subir de nombreuses pressions en raison de leur sexualité. Certains se sentent isolés; ils peuvent avoir des difficultés à assumer leur sexualité, sont pénalisés par l'attitude de la société envers eux, subissent la discrimination et la stigmatisation. Il faut ajouter à cela les niveaux de toxicomanie qui sont plus élevés dans la population homosexuelle. Les statistiques aux États-Unis suggèrent que l'alcoolisme affecte environ 20 à 33 % de la communauté homosexuelle, ce qui dépasse de loin le taux de la population générale qui se situe à 10 %. Les raisons invoquées pour expliquer cela : les problèmes pour gérer la pression sociale, l'usage de l'alcool et des drogues pour supporter la dépression et le rôle crucial joué par les bars dans le réseau social homosexuel.

**Le suicide et le VIH/SIDA en Afrique :** L'Afrique du sud connaît une épidémie de VIH/SIDA d'une ampleur inégalée. À ce jour, on compte déjà 200 000 victimes dues aux maladies liées au SIDA en Afrique du sud et plus de quatre millions de personnes contaminées par le VIH ou atteintes du SIDA. L'empreinte que laissera inévitablement le VIH/SIDA sur tous les aspects de la société sera si profonde qu'il est presque impossible d'en prendre toute la mesure. En 1991, une étude nationale portant sur les femmes fréquentant les maternités a révélé que seules 0,8 % d'entre elles étaient infectées en Afrique du sud. En 1994, lorsque le gouvernement de l'ANC a pris le pouvoir, le chiffre était toujours assez bas à 7,6 %. En 2001, il atteignait 25 %. L'Afrique du sud a connu l'une des pires épidémies de VIH et nécessite une approche multidimensionnelle pour inverser la tendance. Les prévisions évaluent à environ 500 000 le nombre de morts liées au SIDA en 2010. Pour lutter contre cette évolution, une étude sur le taux de mortalité menée à l'hôpital général Umtata du Transkei, en Afrique du sud, laisse entendre que les taux de suicide ont suivi en parallèle la hausse de la mortalité due au VIH/SIDA sur la même période. L'estimation précise des suicides liés au VIH/SIDA est nécessaire pour mesurer le coût de l'épidémie et pour planifier avec efficacité les stratégies de réaction. Des études de suivi supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les décès non naturels associés au VIH/SIDA. Les preuves étayant les

conclusions de la présente étude ont été reconnues comme circonstanciées mais leur crédibilité était renforcée par le fait que les tendances de mortalité observées étaient similaires aux données du pays établies par le Medical Research Council (Royaume-Uni).

**Le suicide par Internet au Japon :** Un suicide par Internet est un pacte conclu entre des personnes qui se rencontrent sur Internet. La majorité de ces pactes de suicide conclus sur Internet sont enregistrés au Japon, qui compte l'un des taux de suicide les plus élevés au monde, mais des incidents similaires sont également signalés à Hong Kong, en Corée du sud, en Allemagne, en Australie, en Norvège, au Royaume-Uni, au Canada, aux États-Unis et en Suède. Cependant, malgré les propos alarmistes des médias, les pactes de suicide passés sur Internet restent assez rares. Même au Japon, où la majorité de ces accords sont conclus, ils ne représentent que 2 % de tous les phénomènes de suicide en groupe, et moins de 0,01 % de tous les suicides. Toutefois, la tendance semble être à la hausse dans ce pays : on a dénombré 34 de ces pactes en 2003; au moins 50 en 2004 et 91 en 2005 (sources: "Japan suicide reports", Japan Mental Health, January 31, 2005)

## COMMENT LES RISQUES DE SUICIDE PEUVENT-ILS ÊTRE RÉDUITS POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES MENTALES

### LE SUICIDE : UN PROBLÈME CROISSANT AU NIVEAU MONDIAL

Ce sujet nécessite un peu de concentration. Pendant plusieurs décennies, le nombre de victimes du suicide, qui résulte généralement de maladies mentales non reconnues, non traitées ou sous traitées, a connu une croissance alarmante. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les taux de suicide ont augmenté de 60 % dans certains pays au cours des 45 dernières années. De plus, dans certains endroits, on a assisté à un changement très net récemment en matière de nature des groupes les plus touchés par le suicide.

Les personnes âgées, chez lesquelles la dépression est le plus grand facteur de risque de suicide, étaient autrefois le groupe le plus susceptible de mourir par suicide. Cependant, au cours des dernières décennies, les taux de suicide ont grimpé chez les jeunes du monde entier. Selon le programme de Prévention du suicide de l'OMS, dans un tiers des pays, les jeunes constituent le groupe le plus à risque. De nombreux experts sont convaincus que l'augmentation de la toxicomanie chez les jeunes est responsable de la multiplication par deux à quatre du nombre des suicides chez les jeunes depuis 1970.

Le Dr Catherine Le Gales-Camus, Sous-Directeur général, Maladies non transmissibles et Santé mentale, Organisation mondiale de la Santé (OMS), a déclaré, « *Chaque décès par suicide a des conséquences dévastatrices du point de vue affectif, social et économique pour d'innombrables familles et amis. Il s'agit d'un problème de santé publique mondial et tragique qui provoque plus de décès que les homicides et les guerres réunis. Il faut d'urgence intensifier et coordonner l'action au niveau mondial pour éviter ces morts inutiles.* »

Les statistiques suivantes, provenant de diverses sources\* OMS et adaptées, soulignent le poids de l'augmentation croissante du suicide au niveau mondial:

- Au cours de l'année 2000, environ un million de personnes sont mortes par suicide. Les experts estiment que pour chaque suicide effectif, on dénombre au moins vingt fois plus de tentatives de suicide. Les suicides ratés entraînent souvent des blessures, des hospitalisations et des traumatismes tant affectifs que mentaux.
- En 2000, un suicide effectif a eu lieu toutes les 40 secondes et une tentative de suicide s'est produite toutes les 3 secondes, en moyenne.
- Dans le monde, le suicide entraîne plus de décès que les homicides et les guerres réunis. En 2001, 500 000 personnes sont mortes par homicide et 230 000 au cours de guerres, contre environ un million par suicide.
- Les estimations suggèrent que le nombre de suicides pourrait atteindre 1,5 million d'ici à 2020.
- Dans le monde, le suicide se classe parmi les trois principales causes de décès chez les 15-44 ans.

### FACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Le comportement suicidaire comporte un grand nombre de causes sous-jacentes, qui sont complexes et interagissent les unes avec les autres. L'identification de ces facteurs et la compréhension de leur rôle dans le comportement suicidaire tant fatal que non fatal sont cruciales dans la prévention du suicide. Des facteurs tels que la pauvreté, le chômage, la perte d'un être cher, des disputes avec la famille ou les amis, une séparation ou des problèmes judiciaires ou professionnels constituent des facteurs de risque connus qui conduisent ceux qui sont prédisposés ou autrement particulièrement vulnérables à se faire du mal. Un antécédent de suicide dans la famille est un facteur de risque reconnu ayant des corrélations à la fois sociales et génétiques. D'autres facteurs de prédisposition incluent l'alcoolisme et la toxicomanie, les antécédents de violence physiques ou sexuelles

dans l'enfance, ainsi que l'isolement social. Des problèmes psychiatriques, tels que la dépression et d'autres troubles de l'humeur, la schizophrénie et un sentiment global de désespoir jouent également un rôle central. Les maladies physiques, en particulier celles qui sont douloureuses ou invalidantes, constituent également des facteurs importants. L'accès à des moyens permettant de se donner la mort (en général des armes à feu, des médicaments et des produits toxiques utilisés en agriculture) est à la fois un facteur de risque important en soi mais également un facteur déterminant majeur dans la réussite ou l'échec de la tentative de suicide. Une tentative de suicide antérieure constitue également un indicateur puissant de comportement suicidaire fatal par la suite, en particulier dans les 6 premiers mois suivant la première tentative.

Toutefois, plusieurs facteurs semblent protéger contre les sentiments ou actes suicidaires. Parmi ceux-ci figurent : une haute estime de soi et un fort « tissu » relationnel, incluant notamment des membres de la famille et des amis, un soutien social, un couple stable et heureux, ainsi qu'un engagement religieux. (International Association for Suicide Prevention's First World Suicide Prevention Day "Suicide Can be Prevented" at [www.med.uio.no/iasp/english/wspd/2003/wspd\\_text/html](http://www.med.uio.no/iasp/english/wspd/2003/wspd_text/html))

#### LES MALADIES MENTALES : UN FACTEUR DE RISQUE MAJEUR DE SUICIDE

Le suicide, en particulier lorsqu'il est vu de manière globale, représente un problème de santé publique très complexe. Une compréhension exhaustive de ce problème implique de reconnaître que la plupart du temps de nombreux facteurs sont associés lorsque quelqu'un fait une tentative de suicide ou se suicide. Les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ont tous un impact significatif sur le risque de suicide. Toutefois, les maladies mentales se distinguent comme le facteur de risque de suicide le plus important. Les experts s'accordent à dire que le fait, pour une personne, d'être atteinte d'une maladie mentale majeure accroît grandement les probabilités de mourir par suicide. De nombreuses études occidentales ont montré que plus de 90 % des personnes qui se donnent la mort ont souffert d'une ou plusieurs maladies psychiatriques au moment de leur décès. Il faut également se souvenir que la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux ne se suicident pas. Dans les pays asiatiques, les maladies mentales constituent un facteur de suicide important, comme en Occident, ainsi que des études menées à Taiwan, en Inde, en Chine et à Hong-Kong ont mis en évidence des relations très étroites entre la dépression, la schizophrénie, l'alcoolisme et le suicide. Cependant, en Chine, l'association entre suicide et dépression semble être moins nette que dans d'autres pays asiatiques et moindre qu'en Occident. Ceci peut être dû à la disponibilité d'une méthode de suicide hautement létale (pesticides), qui transforme des tentatives de suicide sous impulsion, réalisées dans des situations extrêmement stressantes par des personnes ne souffrant pas de dépression, en suicides.

Le risque de suicide chez les personnes souffrant de dépression est estimé à 10-15 %. Les patients atteints de trouble bipolaire ont 12 à 20 fois plus de risques de mourir par suicide que les personnes ne souffrant pas de telles maladies. Parmi les schizophrènes, aux États-Unis, le risque de suicide est de 4 %. Les troubles de l'alimentation et l'anxiété accroissent également ce risque de manière significative. Les personnes atteintes de troubles de la personnalité (comme le trouble de la personnalité limite) ont environ trois fois plus de probabilité de se donner la mort que celles ne souffrant pas de tels troubles.

Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie accroissent de manière significative et multiplient le risque de suicide chez les personnes atteintes de maladies mentales. Une étude menée à la fois au Canada et en Italie a montré que les personnes souffrant de maladie mentale et toxicomanes ou alcooliques présentaient un taux de tentative de suicide de 40 %. Les patients sans dépendance avaient un risque de 24 %. (\* Sources : un communiqué de presse de l'OMS du 8 septembre 2004, une brochure intitulée Prévention du suicide et une fiche récapitulant les Chiffres et faits sur le suicide)

#### IMPORTANCE DE LA DEMANDE ET DE L'OBTENTION D'AIDE PRÉCOCE

Les tendances suicidaires peuvent être traitées. Les médicaments peuvent faciliter le contrôle des symptômes des troubles mentaux, redonner espoir et rendre la vie plus gérable. Les personnes capables de suivre un traitement au lithium pour leur trouble bipolaire semblent présenter des taux de suicide plus faibles. En réalité, le lithium peut avoir un effet anti-suicidaire spécifique chez les personnes atteintes de maladie bipolaire car les effets peuvent être distincts des effets antidépresseurs et anti-maniaques. D'autres médicaments utilisés en psychiatrie, dont les antipsychotiques (notamment la clozapine) peuvent aider à réduire les risques de suicide des patients souffrant de schizophrénie. Les antidépresseurs semblent également prometteurs en termes de réduction du nombre de suicides. Cependant, les médicaments seuls ne suffisent pas à traiter les troubles mentaux ou les tendances suicidaires. La psychothérapie apporte un soutien nécessaire qui permet de réduire le

risque de suicide. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont particulièrement prometteuses. Ces types de thérapie incluent une formation à la résolution des problèmes qui semble faire diminuer le nombre de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Les patients souffrant de maladies mentales présentent un taux de suicide bien plus élevé dans les semaines suivant immédiatement leur sortie de l'hôpital. Les patients sortis de l'hôpital et morts par suicide étaient 3,7 fois plus susceptibles d'avoir suivi des soins ambulatoires réduits lors de leur dernière session. D'autre part, les patients qui ont continué à bénéficier de soins continus soit via les services sociaux soit par traitement médicamenteux enregistraient des taux de suicide plus faibles. Les études d'autopsie psychologique révèlent que seuls 6 à 14 % des victimes de suicide déprimées étaient traitées de manière appropriée. De telles études montrent également que seuls 8 à 17 % des suicides ont lieu sous traitement par des médicaments sur ordonnance prescrits pour des maladies psychiatriques. (Les autopsies psychologiques évaluent de nombreux facteurs tels que les actions, les pensées, les sentiments et les relations de la personne décédée. Une autopsie psychologique peut, par conséquent, constituer un portrait des influences mentales, sociales et environnementales ayant conduit la personne à mourir par suicide.)

Les personnes qui tentent de se donner la mort et celles qui meurent par suicide, bien que souvent traitées ou sous-traitées pour leur maladie mentale, ont généralement été en contact avec des professionnels de santé peu de temps avant leur décès ou tentative de suicide. Cela signifie que des occasions importantes de proposer des soins adéquats, et peut-être de prévenir de nombreuses tentatives de suicide et décès, existent bel et bien. En fait, plus de 50 à 70 % des sujets décédés par suicide ont été en contact avec des professionnels de santé dans les jours et les mois qui ont précédé leur mort.

#### RÉDUCTION DU RISQUE DE SUICIDE PAR AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET DE LA QUALITÉ DE TRAITEMENT

Il existe des obstacles principaux qui empêchent les patients de recevoir un traitement efficace de leur maladie mentale. Environ deux tiers des personnes souffrant de troubles mentaux pouvant être diagnostiqués ne reçoivent aucune forme de traitement. Les stigmates des maladies mentales empêchent souvent les personnes qui ont besoin d'aide d'en demander. L'organisation fragmentée des services de santé mentale et le coût des soins font également partie des obstacles les plus fréquemment cités au traitement des maladies mentales. Des analyses économiques de schéma d'utilisation des services de santé mentale indiquent clairement que leur sollicitation dépend de leur prix. Le recours à ces services diminue à mesure que leur coût augmente, alors que leur utilisation augmente chez les patients ayant une meilleure couverture sociale. Dans de nombreuses régions du monde, les services de santé mentale spécialisés ne sont tout simplement pas à la disposition d'une grande partie de la population.

Le suicide est étroitement lié tant aux maladies mentales qu'à la toxicomanie ; des traitements efficaces existent pour les deux. Les stigmates associés à ce type de troubles empêchent de nombreuses personnes de demander de l'aide. Les stigmates du suicide lui-même, en tant qu'acte honteux et/ou péché, empêchent également les patients à haut risque d'accéder aux traitements. Les sujets ayant des tendances suicidaires peuvent se cacher des personnes qui peuvent les aider, au lieu de demander de l'aide. Selon une étude britannique, plus de choses pourraient être faites pour réduire le risque de suicide des deux tiers de personnes s'étant données la mort. (Ces résultats ont été révélés par l'étude réalisée en 1994 par la National Confidential Inquiry intitulée *Suicide and Homicide by People with Mental Illness* [Suicide et homicide chez les personnes souffrant de maladies mentales].) Cette étude a estimé à plus de 20 % la proportion de suicides pouvant être évités au Royaume-Uni.

#### LE COÛT ÉLEVÉ DE LA STIGMATISATION

La stigmatisation des maladies mentales, de la toxicomanie et du suicide engendre également d'autres problèmes qui gênent l'accès des sujets à haut risque de suicide à des soins adaptés. Parmi ces problèmes figurent :

- un manque d'intérêt pour les services de prévention et un financement inadéquat de ceux-ci : - les services de prévention et le traitement des maladies mentales et de la toxicomanie sont moins largement répandus que ceux concernant d'autres problèmes de santé
- les faibles remboursements des assurances en matière de traitement des maladies mentales et des troubles liés à la toxicomanie

- l'établissement de systèmes distincts de soins de santé physique et mentale: Les systèmes consacrés à la santé physique ont reçu une attention et des financements bien supérieurs à ceux dédiés au bien-être psychologique. L'étanchéité des deux systèmes complique la prestation des services et empêche encore l'accès aux soins de santé mentale.

En revanche, lorsque la stigmatisation d'une maladie mentale et des troubles liés à la toxicomanie peut être surmontée, les choses s'améliorent. Les sujets sont plus enclins à demander un traitement. Ils disposent d'un meilleur accès à ce type de traitement lorsque les obstacles financiers sont moindres et lorsque les soins de santé mentale sont intégrés à des lieux dispensant des services de soins classiques.

Une telle intégration des services permet de gommer les stigmates de d'apprendre au grand public à voir les maladies mentales et les troubles liés à la toxicomanie comme de « véritables » maladies, aussi importantes que les maladies physiques. De cette connaissance naît la prise de conscience que les maladies mentales relèvent de traitements spécifiques. Le grand public voit alors les personnes ayant obtenu des traitements des maladies mentales de la même manière que celles bénéficiant de soins classiques.

#### CHACUN A UN RÔLE À JOUER

Tous - membres de la famille, professionnels de santé mentale, éducateurs, médecins généralistes, amis et collègues - ont un rôle à jouer dans la prise en compte, l'orientation et l'intervention précoce auprès des personnes souffrant de maladie mentale et pouvant présenter un risque de suicide élevé. Au niveau le plus basique de la prévention précoce, la compréhension de la maladie mentale et la connaissance des facteurs augmentant le risque de devenir malade mental doivent être largement répandues. Une telle compréhension doit être mise à la portée du plus large public et des professionnels de santé toutes spécialités confondues. Au-delà de cela, le grand public comme les professionnels de santé ont besoin d'avoir une connaissance basique des principaux facteurs qui augmentent le risque de tentative de suicide ou de suicide effectif.

Les professionnels de la santé ont également besoin de connaissances spécifiques sur les lieux d'accueil des personnes à haut risque, afin qu'elles puissent être évaluées et traitées, et sur l'importance du suivi. Une intervention adéquate peut permettre d'éviter que ces personnes aient recours au suicide. De telles interventions réduisent les facteurs personnels et situationnels associés à un comportement suicidaire (tels que la déprime, le désespoir, l'alcoolisme et autres toxicomanies, etc.). Une autre manière de prévenir le suicide consiste à promouvoir et à favoriser la présence de facteurs protecteurs, tels que le fait d'aider les patients à acquérir certaines compétences en matière de résolution des problèmes, de résolution des conflits et de gestion non-violente des litiges. La promotion de facteurs protecteurs pour les personnes à haut risque de suicide peut considérablement réduire leur risque.

Le rôle des soignants de premier recours ne doit pas être surestimé : La compréhension des maladies mentales et du suicide est particulièrement importante pour les médecins, les infirmières et autres personnels intervenant dans ces établissements de soin. Cependant, les travailleurs sociaux, le personnel des centres de planning familial, les médecins et infirmiers scolaires et les centres de santé au travail, ainsi que les autres personnels de santé susceptibles d'étendre ce filet de sécurité doivent également avoir une compréhension du sujet. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) encourage ces actions, notamment en matière d'amélioration des soins de premier recours aux problèmes de santé mentale :

- chacun devrait avoir facilement accès aux services de santé mentale auprès des soignants de premier recours de sa région.
- les professionnels des premiers soins doivent pouvoir dépister et traiter des problèmes tels que la dépression, l'anxiété, les troubles liés au stress, les troubles associés à la toxicomanie et autres désordres psychotiques, le cas échéant. ceci implique souvent d'accroître le nombre et les compétences des effectifs.
- les professionnels de santé en première ligne doivent garantir un accès aux psychotropes et aux traitements des troubles mentaux courants, comme des désordres sévères. Ceci est particulièrement vrai chez les personnes souffrant de troubles non évolutifs mais à long terme au sein d'une communauté.

De nombreux problèmes de santé mentale peuvent être traités au sein de la communauté : L'OMS souligne que les expériences observées dans de nombreux pays prônent le développement de services basés sur la communauté. De tels services peuvent inclure les lits d'hôpitaux réservés aux patients hospitalisés en psychiatrie. L'OMS insiste toutefois sur le fait que « il n'y a pas de place au XXI<sup>e</sup> siècle pour les traitements inhumains et dégradant dans les grands établissements ». Il convient d'accorder une considération toute particulière à la famille et aux amis responsables du soutien et des soins aux malades mentaux qui leur sont chers. Ces personnes ont souvent, elles-mêmes, besoin de soutien. Parmi les services nécessaires figurent :

- les services spécialisés locaux, accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et animés par une équipe multidisciplinaire afin de prendre en charge des personnes souffrant de troubles mentaux sévères.
- la disponibilité de services de soins de crise où les personnes vivent et travaillent afin d'éviter toute aggravation de leur état et tout séjour en hôpital, autant que possible.
- les programmes visant à « développer les compétences en matière de soin et d'adaptation...des familles et [des soignants]. »

Les responsables des soins de santé mentale devraient avoir plusieurs casquettes : Les membres de nombreux groupes professionnels ont également besoin de comprendre les maladies mentales et le suicide, afin d'aider les personnes risquant de mourir par suicide. De tels groupes incluent les membres du clergé, les enseignants, les coachs, les policiers, le personnel pénitentiaire, ainsi que les ambulanciers. Toutes ces personnes peuvent agir comme sentinelles afin d'aider ceux qui en ont besoin à accéder aux services de santé mentale appropriés. Les membres de ces groupes professionnels ont également besoin de savoir comment répondre aux besoins spécifiques en matière de santé mentale des membres de la famille endeuillés lorsqu'un suicide se produit.

#### PRISE EN COMPTE DES CAUSES SOUS-JACENTES AUX MALADIES MENTALES ET AU SUICIDE

Judi Clement, PDG de la Mental Health Foundation of New Zealand, a écrit : « Le fait de s'attaquer aux causes des problèmes de santé mentale par des mesures préventives est bien plus efficace sur le long terme que le traitement traditionnel des seuls symptômes. »

Dans le monde entier, les peuples subissent des bouleversements dangereux et extrêmement stressant de la société dans laquelle ils vivent. Ceux-ci incluent l'agitation économique et politique, les catastrophes naturelles et les guerres. Tous ces facteurs de stress entraînent une augmentation de l'anxiété et de la dépression, de la toxicomanie et de la violence y compris du suicide. L'impact de ces facteurs de stress extérieurs peut être multiplié dans certains contextes tels que le foyer, l'école, le lieu de travail, et d'autres établissements. Il arrive toutefois que, d'une manière ou d'une autre, même ces extraordinaires forces puissent être contrôlées et contrées. Le risque de problèmes de santé mentale et de suicide est également accru chez les groupes en marge de la société (les migrants et les réfugiés) ainsi que chez les détenus et anciens détenus.

Tous les programmes visant à soutenir les membres les plus faibles de la société et à renforcer certaines institutions sociales (tels que le foyer et l'école) permettent de réduire indirectement de manière significative les risques de maladie mentale et de suicide.

En 2005, l'Organisation mondiale de la Santé a insisté sur la « promotion de la santé mentale en tant qu'investissement à long terme ». L'OMS a également demandé instamment le [développement] des programmes d'éducation et de soutien parental, débutant dès la grossesse, afin souligner l'importance de la santé mentale. Toutes ces actions permettront, à terme, de limiter l'impact du suicide.

#### LIMITATION DE L'ACCÈS AUX MOYENS PERMETTANT DE SE SUICIDER

Il a été prouvé dans plusieurs pays que la limitation de l'accès à un moyen particulier permettant de se suicider permet de réduire le taux de suicide par cette méthode et, parfois, peut faire baisser le nombre total de suicides. Les observations en la matière indiquent qu'il existe une large gamme de méthodes, y compris la limitation de l'accès au gaz de ville, plusieurs formes de restriction législative concernant la possession et le contrôle des armes à feu, la réduction des émissions de monoxyde de carbone par les véhicules, la restriction de la disponibilité des pesticides, la diminution de la taille des boîtes d'analgésiques, l'installation de barrières sur les sites les plus fréquentés par les candidats au suicide, ainsi que diverses restrictions concernant les médicaments

sur ordonnance qui sont toxiques à des doses trop fortes et des médicaments sur ordonnance dont la létalité est relativement faible s'ils sont pris à des doses excessives.

### Un accès favorisé à ces moyens aggrave les tendances suicidaires chez les jeunes : les armes à feu en Occident, les pesticides en Chine, en Inde et dans d'autres pays

Dans les pays industrialisés, l'accès aux armes à feu constitue un facteur de risque majeur, notamment chez les hommes jeunes. Aux États-Unis, le nombre de suicides par arme à feu a augmenté plus rapidement que le nombre de suicides par d'autres méthodes, selon le Dr Guo-Xin Jiang, chercheur à l'Institut Karolinska. Une étude datant de 2001 laisse entendre qu'une chute de 10 % du nombre d'armes possédées aux États-Unis pourrait réduire le taux de suicide global de 3 %.

Dans les villages ruraux des pays asiatiques, notamment en Chine, au Sri Lanka, en Malaisie et en Inde, les jeunes femmes mettent fin à leurs jours en buvant des pesticides (qui sont souvent stockés au sein même du foyer). En fait, About, Inc. (une division de la New York Times Company) a indiqué : « le suicide est à présent la première cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 34 ans en Chine. C'est la cinquième cause de décès en Chine, toutes tranches d'âge confondues, le taux de suicide actuel étant dix fois supérieur au taux américain. »

Ce rapport a également fait remarquer un fait inhabituel : en Chine, le nombre de suicides chez les femmes est supérieur au nombre enregistré parmi la population masculine (les Chinoises ont 25 % plus de risques de mourir par suicide que les Chinois). En Chine, les ruraux sont quatre fois plus susceptibles de se donner la mort que les personnes résidant dans les zones urbaines. Plus de la moitié des tentatives de suicide en Chine impliquent l'ingestion de pesticides.

*The Voice of America* a récemment indiqué que les problèmes de santé mentale non traités constituent l'un des principaux facteurs à l'origine du très gros problème de suicide en Chine, bien que ce ne soit pas la seule cause. Dans les zones rurales, la prise de conscience des maladies mentales est extrêmement faible. De plus, la Chine connaît un manque crucial de professionnels spécialisés dans la santé mentale. L'Organisation mondiale de la Santé précise que, alors que les maladies mentales représentent 20 % des maladies en Chine, les services adaptés reçoivent seulement 2 % du budget national consacré à la santé.

Le psychiatre canadien Michael Phillips, directeur du Centre de recherche et de prévention du suicide de Beijing, souligne que les facteurs de stress de la vie courante jouent un rôle énorme dans un grand nombre de suicides chinois. « Si vous discutez avec les gens dans les zones rurales et urbaine », déclare-t-il, « ils parlent toujours de conflits et d'échecs scolaires, ainsi que d'événements sociaux négatifs ». Les facteurs de stress externes peuvent s'avérer à la fois plus faciles et plus acceptables à aborder, contrairement au stress associé aux maladies mentales.

### LE RECOURS À DES STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE RÉDUIT LE RISQUE DE SUICIDE CHEZ LES MALADES MENTAUX

Lorsque quelqu'un met fin à ses jours, son acte s'explique généralement par un grand nombre de causes entremêlées. Celles-ci incluent souvent les maladies mentales (notamment les maladies mentales sous-traitées ou non traitées), la pauvreté, le chômage, la perte d'un être cher, des disputes, une séparation et des problèmes judiciaires ou professionnels. Par conséquent, un grand nombre de programme très divers peut aider les personnes à se préparer et à affronter ces différents types d'événements et de situations entraînant de profonds bouleversements et permettre ainsi de réduire le taux de suicide.

La reconnaissance des causes complexes sous-jacentes au suicide, les actions et programmes conçus pour réduire le risque de suicide peuvent également jouer un rôle à de nombreux niveaux. Dans le sens le plus large, toute action visant à réduire la pauvreté, à soutenir les familles et leurs enfants et à inciter les citoyens marginalisés à participer de nouveau activement et pleinement à la société, permet de réduire le nombre de suicide.

La connaissance des signes avant-coureurs de suicide doit être plus répandue : Dans un sens plus étroit et plus immédiat, toute action visant à atteindre les types d'objectif suivant peut également aider à sauver des vies qui auraient été perdues par suicide :

- les connaissances de base sur le suicide doivent être développées parmi les membres de certaines professions et au sein de la population générale. Des formations peuvent favoriser la compréhension des thèmes de base liés au risque de suicide et à sa prévention. De tels sujets incluent notamment les groupes de personnes présentant un risque particulier et tout autre facteur supplémentaire prédisposant ces personnes à se donner la mort. Outre les malades mentaux, ces populations à haut risque incluent les personnes souffrant de maladies physiques graves et invalidantes, les pauvres, les prisonniers et les marginaux.

De telles formations peuvent être plus indispensables encore lorsqu'elles s'adressent à des sentinelles, aux personnels régulièrement en contact avec des individus à haut risque. Ces groupes incluent le personnel pénitentiaire et scolaire et les soignants dans les établissements de premiers soins, les services de santé mentale, ainsi que tous les autres lieux fréquentés par des groupes à haut risque.

Les sentinelles doivent savoir orienter les personnes présentant des signes avant-coureurs de tendances suicidaires. De plus, ils ont besoin de comprendre comment réagir lorsque la menace est imminente ou lorsqu'il y a eu tentative de suicide, et comment assurer le suivi afin de s'assurer qu'une personne à risque reçoit bien les soins nécessaires.

- Les sentinelles ont besoin de comprendre les signes avant-coureurs de suicide habituels dans les différents groupes à haut risque (tels que les adolescents, les jeunes adultes et les personnes âgées)

PARMI LES SIGNES AVANT-COUREURS DE SUICIDE FIGURENT :

- les discussions sur le suicide (le fait de se donner la mort)
- les discussions ou pensées se rapportant en permanence à la mort
- les commentaires sur le désespoir, la détresse ou le sentiment d'être sans valeur
- le fait de dire certaines choses telles que « Ce serait mieux si je n'étais plus là » ou « J'en ai assez »
- une dépression (une profonde tristesse, une perte d'intérêt, des problèmes de sommeil et d'appétit) qui empire
- des sautes d'humeur soudaines, le fait de passer d'une grande tristesse à un grand calme ou de sembler très heureux
- le fait de vouloir mourir d'une certaine manière, en défiant le destin, en prenant des risques pouvant entraîner la mort
- la perte d'intérêt pour des choses qui passionnaient auparavant
- le fait de rendre visite ou d'appeler certaines personnes pour faire ses adieux
- le fait de mettre ses affaires en ordre, de tout « ficeler », de modifier son testament
- les préoccupations concernant les moyens de se suicider et la recherche d'informations sur la manière de se suicider (ex. : sur Internet), ainsi que le fait de chercher à se procurer un moyen de mettre fin à ses jours.

Chacun doit comprendre qu'une personne qui fait ce genre de choses a besoin de consulter rapidement un conseiller ou un médecin.

- Le grand public doit comprendre certains facteurs clé en matière de prévention des suicides et connaître les faits sur lesquels ils peuvent facilement agir. Ils doivent se rendre compte que les jeunes vivant dans un foyer où se trouve une arme à feu sont bien plus susceptibles de mettre fin à leurs jours que les jeunes vivant dans des foyers ne disposant pas de telles armes.

De nombreuses personnes à risque de suicide ont subi récemment une grande perte ou une succession rapide de plusieurs pertes ou encore un événement traumatisant. Les gens doivent comprendre que les pensées suicidaires ne sont souvent que des réactions temporaires à une extrême douleur. Ils ont souvent besoin d'aide et de protection lors de ces périodes de très grande vulnérabilité. Les individus traumatisés peuvent s'adresser d'eux-mêmes à des groupes de soutien dédiés au deuil ou au divorce ou le faire sur le conseil d'un tiers.

- Les mythes qui entourent le suicide peuvent être exposés comme suit. Nombreux sont ceux qui ont des convictions sur le suicide qui n'ont aucun fondement. Les programmes éducatifs peuvent réfuter toutes sortes d'idées fausses largement répandues et dangereuses, telles que « *les personnes qui parlent de « suicide ne passent jamais à l'acte* », « *les personnes qui tentent de se suicider doivent être folles* », ou « *si quelqu'un est déterminé à se suicider, rien ne peut l'en empêcher* » ; et « *les gens qui se suicident sont des gens qui refusaient de se faire aider* », et encore « *le fait de parler de suicide risque de donner l'idée à quelqu'un* ».

**La difficulté consiste à identifier de manière précise le risque de suicide chez les personnes consultant pour maladie mentale ou d'autres problèmes de santé plus généraux.**

- Les personnes en danger imminent doivent disposer d'un accès rapide et facile aux différentes aides : Ceci pourra se faire lorsque les sentinelles, les professionnels de santé et le grand public auront pris plus largement conscience des aides disponibles (centres d'assistance, numéros verts de prévention du suicide, etc.). Certaines de ces ressources sont mises à disposition par des groupes tels que l'association Befrienders International. Ce groupe gère plusieurs centres d'assistance, dont un grand nombre dispose de numéros verts fonctionnant 24 heures sur 24, dans environ quarante pays.

Les sentinelles doivent avoir des listes précises et actualisées de ces ressources à portée de main. Le grand public doit connaître ces ressources également. Dans de nombreux pays, les gens connaissent le numéro d'urgence à composer si une crise cardiaque ou une attaque semble avoir eu lieu ou être imminente. De la même manière, la population générale doit savoir qui peut fournir une aide rapide à une personne en danger de suicide imminent ou lorsqu'une tentative de suicide a eu lieu.

La compréhension par le grand public des maladies mentales et autres facteurs de risque majeurs de suicide doit être largement approfondie et plus répandue. Les gens doivent saisir que les maladies mentales, comme les autres maladies, sont mieux gérées lorsqu'un diagnostic est posé et qu'un traitement est prescrit précocement, et que le patient est suivi sur le long terme lorsque la maladie est chronique. Ils doivent mieux se rendre compte que certains types de facteurs de stress et de bouleversements dans la vie d'une personne peuvent constituer des déclencheurs d'actes suicidaires. De cette manière, de nombreuses crises liées au suicide pourront être évitées par une intervention la plus précoce possible dans la vie des personnes à risque.

#### DES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES PROMETTEUSES

Un certain nombre de programmes et de stratégies ont été développés et mis en œuvre dans différents pays afin de réduire l'incidence du suicide et de prévenir les blessures auto-infligées. Rares sont les approches qui ont été soumises à des recherches et des évaluations rigoureuses. Toutefois, bien que les programmes présentant des preuves évidentes d'efficacité soient rares, un nombre croissant d'études laisse espérer des résultats prometteurs. Ces études portent notamment sur les domaines suivants :

**Le soutien après une tentative de suicide :** Les personnes qui attendent à leur vie encourent un risque accru de réitérer leur geste, et donc de mourir par suicide. Parmi les personnes qui tentent de se suicider, nombreuses sont celles qui souffrent de troubles mentaux, tels que la dépression, qui sont récurrents et chroniques (Keller et al., 1986). Il semble qu'un nombre plus faible d'interventions, centrées sur l'amélioration des traitements et du soutien à ces personnes, permet de réduire le risque de comportement suicidaire répété. Un projet norvégien visant à offrir un suivi médical aux personnes à leur sortie de l'hôpital suite à une tentative de

suicide via un réseau de soin intégré semble s'avérer efficace en matière de réduction du taux de tentatives de suicide ultérieures et dans la conservation de l'observation des schémas thérapeutiques. Un programme qui employait des gestionnaires de cas afin d'assurer le suivi des patients bénéficiant de soins primaires était efficace en ce qu'il encourageait les patients à respecter leurs rendez-vous, à prendre leurs médicaments et à suivre leur traitement. Des interventions relativement simples, qui consistaient à envoyer des lettres aux personnes hospitalisées puis sorties des unités psychiatriques ou de médecine générale après admission pour auto-empoisonnement, ont présenté une réduction du nombre de tentatives de suicide et de suicides effectifs. D'autres interventions, dont la fourniture d'une « carte verte » permettant l'accès d'urgence à des services de santé mentale et l'emploi de conseillers chargés de coordonner les services de suivi des personnes ayant tenté à leurs jours ont permis de réduire le nombre de tentatives de suicide ultérieures. Ces résultats suggèrent qu'un grand nombre d'interventions à faible coût mais, pour autant, efficaces peuvent être développées afin d'offrir un suivi et un soutien aux patients ayant tenté de se suicider, à la fois juste après la tentative de suicide, et à plus long terme, car nombreux sont ces patients qui souffrent de troubles mentaux chroniques.

**PHARMACOTHÉRAPIE DES MALADIES MENTALES :** Étant donné le taux élevé de maladies mentales parmi les personnes mortes par suicide, le traitement efficace de ces maladies et la fourniture à long terme de services de santé mentale et de soutien sont, clairement, des approches non négligeables dans la prévention du suicide. Plusieurs traitements des maladies mentales se sont avérés prometteurs en matière de réduction des comportements suicidaires. Parmi ceux-ci figurent le traitement au lithium à long terme des personnes souffrant de trouble bipolaire ou de dépression sévère, ainsi que le recours aux antipsychotiques (clozapine et olanzapine) chez les patients présentant des maladies psychotiques, notamment la schizophrénie.

Des essais randomisés sous contrôle portant sur un traitement antidépresseur (contre placebo) ont montré une réduction significative de l'idéation suicidaire. Des études menées sur des populations de patients ont indiqué une réduction du taux de tentative de suicide chez l'adulte traité par antidépresseurs et chez l'adolescent traité par antidépresseurs pendant 6 mois et non pendant 2 mois ou moins. Les études basées sur la population générale suggèrent que l'introduction et l'utilisation massive récente de la classe d'antidépresseurs connue sous le nom d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) a été associée à une diminution des taux de suicide ; toutefois, le fait que des doses plus importantes de médicaments étaient utilisées dans les périodes où les taux de suicide diminuaient ne constitue pas une preuve de causalité. Il existe également des pays, comme Singapour, où l'augmentation du recours aux ISRS a été associée à la hausse des taux de suicide. Ces données sont donc sujettes à des interprétations contradictoires, et il a été suggéré que les taux de suicide ont commencé à baisser avant que ces antidépresseurs ne soient largement répandus.

Cependant, une controverse récente concernant des effets indésirables signalés lors d'essais cliniques sur les ISRS chez l'enfant et l'adolescent a conduit à une réévaluation des résultats de recherches. La FDA (Food and Drug Administration) a recommandé qu'un avertissement encadré de noir soit ajouté sur l'étiquette destinée aux professionnels de santé et qu'il figure sur tous les antidépresseurs afin de signaler un risque accru de pensées et de comportements suicidaires chez l'enfant et l'adolescent et, éventuellement, chez l'adulte, traités par ces médicaments. Les médecins qui prescrivent ces médicaments ont pour consigne de porter une attention particulière au risque suicidaire des patients sous ISRS. On craint que ces avertissements n'entraînent une diminution de l'utilisation de ces médicaments chez les patients déprimés, et que ceci puisse avoir une influence sur les taux de suicide. Des recherches plus approfondies sont donc nécessaires afin d'évaluer l'efficacité des antidépresseurs dans la réduction des comportements suicidaires chez les personnes souffrant de dépression. En prenant en compte ce problème, il convient de mesurer les risques d'effets secondaires en les confrontant au fait que la plupart des personnes déprimées qui meurent par suicide ne reçoivent aucun traitement. Plus généralement, il est nécessaire de mener des évaluations plus adaptées des antidépresseurs, y compris des essais randomisés sous contrôle.

**PSYCHOTHÉRAPIE ET INTERVENTION PSYCHOSOCIALES DANS LES CAS DE MALADIE MENTALE :** Il semble qu'une série de psychothérapies et d'approches différentes réduisent les comportements suicidaires, le désespoir, ainsi que les symptômes de dépression, et qu'ils augmentent l'observance du traitement, par rapport au traitement habituel. Ces thérapies incluent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies du comportement interpersonnel, les thérapies comportementales dialectiques (TCD) et certaines formes de thérapies de résolution des problèmes. On peut citer l'exemple d'une intervention basée sur une thérapie cognitive comportant 10 séances proposées à des adultes ayant récemment tenté de se suicider. Par rapport au traitement habituel, cette intervention a permis de réduire de manière significative les taux de tentatives de suicide ultérieures, ainsi

que le désespoir, et la dépression sévère dont font part les patients mais n'a pas eu d'effet sur l'idéation suicidaire.

Autre exemple : une étude suggère qu'une psychothérapie cognitivo-comportementale avec contact minimal dans les cas de dépression subliminale permet de réduire de 18 à 12 % le risque de développer des troubles dépressifs caractérisés. Cette thérapie implique le soutien des patients par des agents de prévention par le biais de six appels téléphoniques brefs les incitant à utiliser un manuel d'auto-assistance qui contient des instructions sur la régulation de l'humeur. De plus, selon les probabilités, cette intervention serait 70 % plus rentable économiquement que le traitement habituel.

Les interventions psychosociales qui réduisent les comportements suicidaires incluent une hospitalisation à temps partiel choisie lors d'une thérapie psychanalytique et des programmes impliquant des soins intensifs associés à des actions sociales, et des mailings mentionnés précédemment, ainsi que la fourniture de « cartes vertes » aux personnes ayant déjà fait des tentatives de suicide. Par exemple, chez les personnes atteintes du trouble de la personnalité limite, l'hospitalisation à temps partiel choisie lors d'une thérapie psychanalytique et une thérapie comportementale dialectique constituent deux approches qui ont montré une diminution du taux de tentative de suicide et une amélioration de l'observance des traitements.

Chez les jeunes souffrant de crises psychiatriques, une thérapie multisystémique (TMS) s'est avérée plus efficace qu'une l'hospitalisation d'urgence en matière de réduction des taux de tentative de suicide dans l'année qui suit. Lors d'une intervention via un réseau social psychoéducatif avec une hospitalisation en psychiatrie, des jeunes suicidaires ont indiqué une nette diminution de l'idéation suicidaire et leurs parents ont fait part d'une diminution des difficultés à fonctionner liées à la dépression.

Ces études et d'autres ont démontré que les thérapies psychologiques et psychosociales peuvent réduire les comportements suicidaires soit seules soit en association avec des médicaments. Certaines de ces approches semblent impliquer un contact minimal et être très rentablement sur le plan économique. Reste encore à étudier quelles associations d'intervention psychopharmacologique, psychologique et psychosociales sont les plus efficaces en matière de réduction des comportements suicidaires. Des évaluations doivent porter sur la tolérance, l'efficacité et la rentabilité économique.

## MALADIES MENTALES ET SUICIDE DANS LES MÉDIAS

Nous en savons très peu sur la manière dont les personnes acquièrent connaissances et croyances concernant la santé mentale, les maladies mentales et le suicide. Il semble toutefois que l'une des principales sources d'information sont les expériences vécues avec la famille et les amis. Dans une étude britannique, 32 % des personnes interrogées citaient les médias comme principale source d'information. Dans une étude américaine souvent citée, la majorité des 1300 personnes interrogées ont cité les médias de masse comme leur principale source d'information sur les maladies mentales.

Malheureusement, les médias présentent généralement les maladies mentales sous un jour fortement négatif. Lors d'un sondage auprès du public allemand, 64 % des sondés ont déclaré avoir lu quelque chose au sujet d'une personne atteinte d'une maladie mentale qui avait commis un crime violent et 50 %, à propos d'une personne qui était devenue dépendante de son traitement médicamenteux ; seuls 17 % des sondés se rappelaient avoir lu quelque chose sur des personnes souffrant de troubles mentaux et qui avaient pu vivre une vie normale grâce au traitement. Il est évident que cette présentation négative des choses a un impact.

Les médias occupent une position très importante lorsqu'ils tentent d'influencer la société sur la santé mentale, les maladies mentales et les personnes souffrant de troubles mentaux. Comme c'est parfois le cas pour le grand public, les personnes qui évoluent dans les médias ne sont pas forcément bien informées sur tout ce qui touche aux maladies mentales et leurs effets sur les personnes et la société en général. La saturation médiatique qui est de plus en plus marquée dans bon nombre de pays, conduit les individus à se voir eux-mêmes et à voir les autres, et le monde en général, tels qu'ils sont décrits par les médias. Les études confirment qu'il existe un lien entre les portraits négatifs que brossent les médias des maladies mentales et l'attitude négative du public envers les personnes qui souffrent de troubles mentaux.

Par ailleurs, il est également couramment admis que les médias peuvent jouer un rôle positif dans la réduction de la stigmatisation et en favorisant la compréhension des maladies mentales. La manière dont les personnes souffrant de maladie mentale sont présentées est particulièrement importante. Le fait de modifier la représentation médiatique des comportements dérivant de troubles mentaux constitue l'une des stratégies qui doivent être mises en œuvre pour réduire la stigmatisation et la discrimination globales et, si possible, les taux de suicide.

### QUE FAIRE ?

**INFORMER :** Dans certains grands pays développés, les gouvernements ont mis en place des campagnes d'information du grand public pour aider à la compréhension des maladies mentales et du suicide. Le Dr Otto Wahl, professeur à l'Université George Mason aux États-Unis, a par ailleurs observé qu'en alertant les gens sur la prévalence d'images pernicieuses dans les médias, on favorisait la prise de conscience à ce sujet. Les individus deviennent alors des consommateurs critiques et remettent en question ces images.

Les personnels de santé doivent prendre garde à bien expliquer à leurs patients et aux familles de ces derniers ce que les termes de psychiatrie signifient réellement car certains termes sont souvent employés à tort. Le cas échéant, en distribuant à la famille des brochures ou des documents d'information ou en invitant les proches à consulter des sites Internet fiables, on peut aider les personnes à faire le tri entre la réalité et les informations fantaisistes véhiculées par les médias sur certains troubles mentaux.

Les journalistes et les professionnels du divertissement sont souvent volontaires pour en savoir plus sur la santé mentale et le suicide. Il est possible d'en faire des partenaires pour faire évoluer les mentalités et des les inviter à des ateliers ou conférences sur ces sujets. Les professionnels de la santé mentale, y compris les psychiatres et les psychothérapeutes, doivent apprendre à surmonter une certaine tendance naturelle à garder leurs distances par rapport aux journalistes et aux professionnels des médias. Ces experts ont souvent peur de voir leurs propos

déformés ou mal interprétés. Pourtant, leurs commentaires et points de vue sont intéressants. Lorsqu'ils exposent leurs idées en termes simples (sans employer de jargon) que les journalistes et le grand public peuvent comprendre, ils apportent une véritable valeur ajoutée à l'œuvre de santé publique.

**FAIRE PRESSION :** Depuis quelques années, une nouvelle approche consiste à pratiquer une veille active et à répondre avec vigueur aux descriptions dégradantes données par les médias. Les plaintes de consommateurs, même en provenance d'individus qui se mettent en relation avec un support médiatique ou un annonceur, ont souvent des résultats très positifs. (Un consommateur avait ainsi exprimé son mécontentement envers une publicité Volkswagen qui énonçait « Il faudrait être fou pour ne pas en profiter ». Volkswagen a immédiatement retiré la publicité.) Les médias doivent savoir que les lecteurs ou les téléspectateurs peuvent percevoir les problèmes, faute de quoi ils n'auront aucune raison de changer leurs comportements.

Comme nous l'avons dit plus haut, des portraits à connotation positive permettent de faire connaître ce qu'est la réalité des maladies mentales. Ces dernières années, de plus en plus de portraits authentiques et sympathiques de personnes souffrant de troubles mentaux ont commencé à apparaître dans les médias, bien qu'ils ne soient pas encore assez nombreux. Les journaux et les magazines ont souvent des vides à combler dans leurs maquettes. Si les organismes qui se consacrent à la santé mentale leur fournissent des portraits attractifs et sensibles de personnes qui luttent contre la maladie et qui progressent malgré tout, certains médias pourraient les publier.

**LES PRINCIPAUX POINTS À GARDER À L'ESPRIT LORSQUE VOUS ÊTES EN CONTACT AVEC LES MÉDIAS À PROPOS DES MALADIES MENTALES :**

- Réfléchissez à l'intérêt que revêt votre participation au reportage : cela constitue-t-il une occasion de faire comprendre ce qu'est la santé mentale et ce que sont les maladies mentales ?
- Donnez des conseils ou un avis d'expert lorsque c'est possible.
- Donnez les coordonnées et les numéros des services d'assistance téléphonique qui se consacrent au traitement et à l'aide aux patients.
- Évitez d'employer des qualificatifs négatifs ou des mots qui stigmatisent ; trouvez d'autres formulations lorsque les professionnels des médias emploient ce langage.
- Prenez garde à ne pas conforter par inadvertance les stéréotypes tels ceux qui associent maladie mentale et violence ou ceux qui laissent entendre que les personnes souffrant de maladie mentale sont incapables de travailler ou de vivre une vie normale.
- Les consommateurs et les personnels de santé qui envisagent de s'entretenir avec les médias doivent avoir en main toutes les informations nécessaires pour prendre une décision concernant leur participation et avoir accès à une assistance appropriée tout au long du processus.

(Mindframe-Media [www.mindframe-media.info/mentalhealth](http://www.mindframe-media.info/mentalhealth), 'Suicide and Mental Illness in the Media: A Mindframe resource for the mental health sector')

#### L'IMPORTANCE DE LA PERCEPTION DU PUBLIC

La stigmatisation est couramment définie comme l'emploi de stéréotypes et d'étiquettes pour définir quelqu'un. Il s'agit d'un ensemble d'idées et de croyances qui peuvent nuire à un groupe de personnes. Parce qu'elle constitue le fondement de la discrimination, la stigmatisation dépossède les individus de la possibilité de vivre, de travailler et de s'imposer dans la société.

La stigmatisation est l'une des principales raisons pour lesquelles les personnes souffrant de troubles mentaux ne recherchent pas le traitement requis. En fait, presque deux tiers des personnes qui présentent des troubles mentaux pouvant être diagnostiqués ne consultent pas. Les inquiétudes liées à la stigmatisation varient selon les

communautés et les contextes culturels. La stigmatisation affecte de manière plus marquée certaines tranches d'âge, notamment les enfants et les personnes âgées, ainsi que les personnes présentant des maladies mentales graves, telle la schizophrénie.

Puissante et insidieuse, la stigmatisation peut prendre des formes très diverses, à la fois assumées et dissimulées. Elle peut se traduire par le préjudice et la discrimination, la peur, la méfiance et les stéréotypes. À cause d'elle, de nombreuses personnes évitent de fréquenter, de travailler et de vivre à proximité de personnes souffrant d'une maladie mentale. La stigmatisation empêche les individus de demander de l'aide de peur que la confidentialité de leur diagnostic et de leur traitement ne soit pas respectée et qu'ils soient victimes de discrimination au travail, dans les établissements de soins, dans leur entourage et au sein même de leur famille.

#### RÉDUIRE LA STIGMATISATION

La stigmatisation doit être éliminée. Tous les domaines du traitement, de la guérison et de la réintégration dans la société en pâtiront jusqu'à ce que la discrimination et la stigmatisation de ceux qui souffrent de maladies mentales soient totalement éliminées.

L'une des principales méthodes de lutte contre la discrimination et la stigmatisation consiste à éclairer d'un nouveau jour les idées fausses, en donnant plus d'informations et d'éléments de compréhension. Pour que le changement puisse avoir lieu, il faut que des messages et des histoires authentiques et positifs de personnes souffrant de troubles psychiatriques soient diffusés plus souvent dans les médias et dans la société en général. Les programmes d'information et de sensibilisation du public, ainsi que le fait d'aller à la rencontre des personnes atteintes de troubles mentaux, à l'école ou via d'autres institutions, peuvent également faire tomber les barrières et favoriser la prise de conscience à l'égard des maladies mentales et des personnes qui en souffrent.

#### COMMENT COMBATTRE LA STIGMATISATION

**1 Partagez votre expérience des maladies mentales.** Votre histoire peut faire comprendre aux autres qu'il n'y a aucune honte à souffrir d'une maladie mentale.

**2 Aidez les personnes souffrant d'une maladie mentale à réintégrer la société.** Accompagnez-les dans leurs démarches (logement, travail).

**3 Répondez aux énoncés erronés sur les maladies mentales ou les patients souffrant de troubles mentaux.** Nombreuses sont les personnes qui ont des idées fausses et négatives sur le sujet. Des faits et des informations avérés peuvent les inciter à changer d'avis et de comportement.

Une fois que les personnes ont compris ce qu'est une maladie mentale, elles sont plus à même d'agir pour protéger la santé mentale et la restaurer lorsque elle est altérée par la maladie, surtout en sachant que des soins adaptés peuvent généralement soulager la plupart des troubles et des symptômes et que la plupart des patients peuvent vivre une vie normale.

Des approches innovantes doivent être mises au point et évaluées en termes d'information du public sur la véritable nature des maladies mentales (ce qui peut aider à combattre la stigmatisation). À mesure que la stigmatisation s'atténuera, on devrait observer un changement radical dans l'attitude du grand public. Les personnes malades consulteront plus facilement pour être soignées. Elles seront plus enclines à en accepter le coût. Enfin, l'aspect le plus important est le suivant : les gens seront de plus en plus convaincus que la santé mentale et les maladies mentales relèvent du domaine de la santé en générale et que c'est l'affaire de *tous*.

#### INCITATION AU SUICIDE

L'incitation au suicide est le processus par lequel l'exposition au suicide ou au comportement suicidaire d'une ou plusieurs personnes pousse d'autres personnes à tenter de se suicider, c'est-à-dire qu'un suicide devient le modèle à suivre pour d'autres candidats au suicide.

L'incitation au suicide a toujours existé, de l'Antiquité à nos jours, dans toutes les cultures et dans tous les pays. Les problèmes posés par l'incitation au suicide (également appelée épidémie de suicides ou suicides en série) se sont multipliés en raison de plusieurs suicides très médiatisés chez les jeunes depuis quelques années. Ces problèmes sont accentués par le fait qu'un nombre significatif de suicides semblent être liés à des suicides relatés par les médias (voir la partie sur le suicide et les médias).

## LA RÉDUCTION DE L'INCITATION AU SUICIDE<sup>1</sup>

### QUESTIONS ET RECOMMANDATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Les questions et recommandations suivantes doivent être passées en revue et comprises par les professionnels de santé, les suicidologues, les porte-parole officiels et toute autre personne susceptible de communiquer des informations sur des cas de suicide :

- Le suicide est souvent un événement d'intérêt médiatique qui a de fortes probabilités d'être repris et commenté dans les médias. La mission d'un service d'actualité est d'informer le public sur ce qui se passe dans la société. Si un suicide est considéré comme digne d'intérêt, il fera probablement l'objet d'un reportage. Les professionnels de santé doivent être conscients que leurs efforts visant à tenir éloignés les médias peuvent être vains et leur objectif doit alors consister à aider les professionnels de l'information à délivrer un message aussi responsable et exact que possible.
- « Pas de commentaire » n'est pas une réponse pertinente à donner aux médias qui couvrent une affaire de suicide. En refusant de parler avec les médias, on ne les empêchera pas de faire un sujet sur le suicide et c'est manquer une occasion d'influencer positivement ce qui sera relaté. Néanmoins, les porte-parole officiels ne doivent pas se sentir obligés de donner immédiatement une réponse à des questions difficiles. En revanche, ils doivent être prêts à donner une indication du délai raisonnable dans lequel ils pourront répondre ou adresser leur interlocuteur à la personne qui pourra lui répondre.
- Toutes les parties concernées doivent comprendre qu'il existe des preuves scientifiques indiquant que la couverture médiatique d'un suicide peut contribuer à provoquer d'autres suicides. Les efforts des personnes qui tentent de limiter l'incitation au suicide sont souvent mal interprétés. Les professionnels de la santé doivent prendre le temps d'expliquer le raisonnement scientifique vérifié qui sous-tend leurs craintes concernant l'incitation au suicide et comment un traitement responsable de l'information peut permettre de limiter ce phénomène.
- Certaines caractéristiques de la couverture médiatique du suicide peuvent contribuer à l'incitation tandis que d'autres peuvent aider à prévenir les tentatives de suicide. Les médecins et les chercheurs s'accordent à dire que ce n'est pas la couverture médiatique du suicide en soi qui incite au suicide, mais certains types de reportages. Les personnes qui sont soucieuses d'éviter ce genre de situation doivent bien assimiler que ce sont certaines caractéristiques du traitement de l'information, et non le traitement de l'information en lui-même, qui doivent être évitées.
- Les professionnels de santé et les représentants officiels ne doivent pas tenter d'imposer aux journalistes ce qu'ils doivent dire à propos d'un cas de suicide, ni la manière dont ils doivent le dire. Si la nature et les mécanismes apparents de l'incitation au suicide sont bien compris, les médias ont toutes les raisons de présenter l'information de manière à limiter le risque d'une telle incitation. Au lieu d'imposer la teneur des reportages, les représentants officiels doivent expliquer le risque d'incitation au suicide inhérent à certains types de reportages et doivent suggérer des moyens de limiter ce risque.
- Les représentants officiels et les médias doivent examiner avec attention ce qui va être dit et communiqué au sujet du suicide. Les journalistes présentent généralement les informations qu'ils reçoivent. Des commentaires hâtifs sur un suicide émanant d'un porte-parole officiel peuvent provoquer des ravages. Étant donné les risques, les représentants officiels et les médias doivent chercher à limiter ces risques en examinant avec attention ce qui va être dit et communiqué au sujet du suicide.

<sup>1</sup>General Concerns and Recommendations, Suicide Contagion and the Reporting of Suicide: Recommendations from a National Workshop, MMWR 43(RR-6);9-18 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm>

### CONSIGNES À L'INTENTION DES MÉDIAS POUR UN TRAITEMENT RESPONSABLE DES CAS DE SUICIDE

En plus de réduire le risque d'incitation au suicide, les médias occupent une position privilégiée pour agir activement pour la prévention du suicide. Les recherches ont montré qu'une couverture médiatique responsable peut jouer un rôle dans les efforts de prévention du suicide. Il est important que les journalistes aient une bonne compréhension de la différence entre une couverture responsable et irresponsable.

L'une des approches consiste à définir des conseils et des informations pratiques aux fins d'informer et d'accompagner les professionnels des médias dans leur travail. Plusieurs séries de consignes ont ainsi été publiées par des organismes internationaux, nationaux et professionnels, souvent en collaboration avec les professionnels des médias. Quelques études ont montré que la modification du traitement des cas de suicide par les médias est tout à fait faisable et efficace (Hawton & Williams, 2001; Hawton, 2001; Turley, 1998).

## RÉDACTION

Si possible, il est toujours préférable d'éviter de mentionner les suicides dans les gros titres. Les recherches ont établi que le risque d'incitation augmente lorsque les gros titres comportent le mot « suicide » ou indiquent que la personne s'est donnée la mort. Sauf si le suicide a eu lieu en public, la cause du décès doit être indiquée dans le corps de l'article et non dans le titre.

Pour les décès qui feront l'objet d'un traitement national, notamment les célébrités, ou ceux pouvant être traités au niveau local, notamment les personnes vivant de une petite ville, les titres peuvent être formulés de la façon suivante : « Marilyn Monroe décède à l'âge de 36 ans » ou « Jean Dupont décède à l'âge de 48 ans ». Les mentions sur les circonstances de la mort ne doivent apparaître que dans le corps de l'article.

Dans le corps du texte, il est préférable de décrire le défunt par la mention « décédé des suites d'une tentative de suicide » au lieu de « un suicide » ou « s'est donné la mort ». Ces deux dernières expressions réduisent la personne à la cause du décès ou induisent une connotation de comportement criminel ou condamnable.

Il est préférable d'opposer « un décès par suicide » à une « tentative de suicide » plutôt que d'utiliser des termes comme « réussi », « raté » ou « manqué ».

Les recherches indiquent que le fait de citer le suicide comme cause du décès peut contribuer à un comportement suicidaire ; la cause du décès doit donc être citée dans le corps du texte. Éviter le terme « s'est donné la mort » qui peut impliquer un comportement criminel ou condamnable et préférer les expressions « décédé des suites d'une tentative de suicide » ou « s'est suicidé ».



## QUESTIONS CULTURELLES ET RELIGIEUSES INFLUENÇANT LE SUICIDE ET MALADIES MENTALES

« Culture » est un terme généraliste qui définit la relation entre un individu et son environnement. De nos jours, grâce à la mondialisation, l'environnement est de plus en plus vaste et inclut la famille (celle du sang et celle par alliance), la société, la nation, le continent et le monde entier. Dans un pays donné, on peut compter différents groupes culturels et ethniques et au sein de ceux-ci, on peut généralement voir des différences marquées en termes de classes sociales, de richesses, d'éducation, de perspectives politiques et économiques, d'éducation des enfants et autres pratiques, de normes de comportement, d'influences et de valeurs religieuses. Ces facteurs influencent le comportement et notamment le comportement suicidaire.

La majeure partie de nos connaissances et de notre compréhension de la sociologie du suicide est basée sur les travaux du célèbre sociologue français du 19<sup>e</sup> siècle Emile Durkheim. Il a établi que des relations sociales actives exercent un effet de prévention du suicide, contrairement à l'isolement social. Il a également suggéré d'établir une typologie du suicide qui prenne en compte les liens d'un individu avec la société et de sa satisfaction envers cette société. Les suicides à connotation égoïste, anémique, altruiste et fataliste reflètent ces données. Le suicide égoïste, par exemple, se produit dans des situations où la personne n'est pas intégrée à la société. Dans ce cas, l'individu agit uniquement en réaction à ses pulsions profondes et non selon les règles ou les normes de la société. *A contrario*, dans les cas de suicide altruiste, l'individu est presque entièrement soumis aux lois de la société et le suicide est alors un sacrifice consenti pour le bien supposé de la société.

Les problématiques liées à la culture et au suicide concernent tous les âges de la vie. Il est donc important de prendre en compte certains éléments en fonction des sociétés et des groupes ethniques :

LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, VALEURS ET PRATIQUES, Y COMPRIS CEUX CONCERNANT :

- l'éducation des enfants,
- la discipline,
- les comportements acceptables à l'adolescence,
- le mariage,
- le vieillissement et
- les personnes âgées dans la famille et la société.

**Les aspects légaux.** Divers éléments sont à prendre à compte, par exemple, comment le suicide est-il vu par la société ? Le suicide est-il illégal ? Cela signifie-t-il qu'une tentative de suicide qui échoue peut donner lieu à des amendes ou des peines de prison ? Le suicide est-il dépénalisé ? S'il était auparavant illégal, cela constitue-t-il encore une cause de stigmatisation ?

**La religion.** Le monde compte de nombreuses religions. Les principales sont le christianisme, le bouddhisme, l'hindouisme, l'islam et le judaïsme. Pour ces grandes religions, le suicide, bien que généralement proscrit, peut être toléré dans certaines situations spécifiques.

L'islam condamne généralement le suicide. Il établit que c'est Allah qui décide de la destinée et de l'heure de la mort des individus. Cependant, celui qui sacrifie sa vie pour une cause sainte est considéré comme un martyr et non comme un suicidé.

L'interprétation orthodoxe du judaïsme condamne le suicide, bien que ce dernier ne soit pas strictement interdit dans l'Ancien testament.

L'hindouisme accepte le sati, le suicide rituel d'une veuve visant à se débarrasser de ses péchés et à obtenir les faveurs des dieux pour ses enfants. Le sati est actuellement réprouvé en Inde mais il est encore pratiqué de manière épisodique.

Les bouddhistes estiment que l'âme est séparée du corps. Le suicide est donc réprouvé pour deux raisons :

- Le suicide implique que l'individu est trop attaché et trop soucieux de son corps en tant que tel
- Il constitue une violation de la règle selon laquelle les individus doivent vivre la vie qui leur est donnée, sans tenter de l'abréger ou d'éviter les souffrances qui leur incombent (le « karma ») car c'est le résultat de leurs vies antérieures.

#### LES CONCEPTS DE SANTÉ ET DE MALADIE

- Qu'est-ce que la maladie ?
- Les maladies psychiatriques sont-elles différentes des autres maladies ?
- Qu'est-ce qui pousse les malades à demander de l'aide ?
- Après de qui demandent-ils de l'aide ?
- Quand demandent-ils de l'aide ?
- La race, l'âge, le sexe, le niveau social, l'orientation sexuelle, la religion, le statut social ont-ils une influence sur l'approche de la maladie et du traitement ?

#### LA CONCEPTION ORIENTALE ET LA CONCEPTION OCCIDENTALE

- Les valeurs : la famille, les anciens, l'individu ou la société/collectivité
- Traditions : les prêtres comme guérisseurs
- Histoire : agression et acquisition contre assimilation et coexistence.

Traditionnellement, les sociétés d'Asie et d'Afrique privilégient la famille, élèvent les enfants en communauté, ont des rituels ou des rites de passage à diverses étapes de la vie, respectent les anciens et reconnaissent la valeur des plus âgés. La majorité des habitants de ces pays vont essayer des remèdes traditionnels ou consulter les personnes investies de l'autorité religieuse, qui font également office de guérisseurs, avant de recourir aux services d'un médecin. Ces médecines traditionnelles prennent en compte la personne dans son intégralité et la démarche thérapeutique est holistique. Les méthodes orientales comme l'acupuncture sont valorisées et largement usitées.

À l'inverse, les pays occidentaux sont plus individualistes, moins attachés aux traditions ; culturellement, ils donnent plus de valeur aux jeunes qu'aux anciens. Dans ces sociétés, les individus consultent d'abord un médecin et non un guérisseur.

**L'alcool et les drogues.** La consommation d'alcool est acceptée dans la plupart des sociétés à travers le monde. Chaque société semble avoir ses propres seuils de tolérance, au-delà desquels les conséquences des abus sont dommageables. Il faut toutefois citer l'islam et certaines congrégations chrétiennes qui bannissent totalement la consommation d'alcool.

Certaines plantes, dont la coca, le pavot et le chanvre, sont endémiques dans certaines régions du globe et sont utilisées dans des contextes bien spécifiques et acceptés par les sociétés natives de ces régions (ex. : les feuilles de coca comme stimulant ou le thé à la marijuana pour éviter les rhumes). Cependant, on constate la chose suivante : lorsque l'usage de ces plantes sort du cadre généralement accepté et se transforme en abus et en dépendance, certaines difficultés d'ordre psychologique, social, professionnel et familial émergent alors et peuvent avoir de graves répercussions. Les chercheurs ont mis en évidence depuis longtemps le lien entre suicide et abus/dépendance toxicologique.

**Les déviances dans la société.** La déviance est définie différemment selon les sociétés. Dans de nombreuses cultures, les personnes souffrant de troubles mentaux sont considérées comme bizarres, dangereuses ou dépravées. Les personnes atteintes de graves maladies mentales, telles la dépression et la schizophrénie, ne deviennent pas suicidaires uniquement à cause de la maladie mais également du fait de l'ostracisme dont elles sont victimes. Les personnes contaminées par le VIH sont également exposées à un ostracisme très marqué.

**La domination et le pouvoir.** La relation homme/femme ne s'équilibre pas de la même manière dans les différentes cultures. Le meurtre de la femme, suivi du suicide de l'homme, est un phénomène reconnu. Pour diverses raisons (grave dépression, psychose primaire et secondaire et jalousie), l'homme cherche à détruire les personnes qu'il aime le plus. Il existe également un déséquilibre des pouvoirs dans les pays où le manque d'influence et le manque de poids politique engendrent l'apparition de kamikazes qui se suicident en faisant sauter des bombes pour attirer l'attention sur la situation de leur pays. Les kamikazes japonais d'autrefois et les Palestiniens et Irakiens d'aujourd'hui sont des exemples de suicides altruistes.

**La mort.** Les idées sur la mort véhiculées par la culture ainsi que les croyances personnelles peuvent jouer un rôle important dans le rapport au suicide. Que devient l'âme après la mort ? La mort est-elle un passage vers un monde meilleur ? En dehors des considérations religieuses, le suicide peut-il être la solution pour les personnes dont l'état de santé est sans issue, sur le plan médical ? Actuellement, l'euthanasie est légale aux Pays-Bas et en Belgique et le suicide assisté est autorisé dans l'Oregon aux États-Unis et en Suisse.

**La distance.** Il peut s'agir de la distance émotionnelle ou géographique. Les migrations en particulier, et les problèmes liés (représenter une minorité au sein d'une culture majoritaire totalement différente) peuvent être associées à un risque accru de suicide.

**La discrimination.** La discrimination peut être due à plusieurs facteurs : racial, ethnique, la maladie, le niveau social, la pauvreté. La discrimination et la destruction historiques de nombreuses cultures, traditions et langues indigènes sont considérées comme une atteinte aux facteurs qui agissent pour la prévention du suicide. La stigmatisation sociale peut englober la volonté de la personne qui est soumise à cette discrimination, et le suicide devient alors l'unique solution.

**Les syndromes culturels.** Certains syndromes culturels sont liés au comportement suicidaire de celui qui souffre. Ils ont été abondamment décrits dans la littérature, notamment les phénomènes appelés amok en Indonésie, tabanca à Trinidad et hi wa itck chez les Indiens du désert de Mojave. (Hari Maharajh)

Chez toute personne, la décision de se suicider implique que les facteurs de protection (barrières culturelles, interdiction religieuse, culpabilité, honte) sont balayés par la recherche du soulagement immédiat d'une douleur émotionnelle et/ou physique intolérable. Le fait d'avoir à sa disposition une méthode, un autre facteur culturel, fait d'autant plus pencher la balance en faveur du suicide. Notre tâche consiste à renforcer les facteurs de protection culturels, à tendre la main, à prêter l'oreille et à faire preuve d'ouverture d'esprit lorsque le besoin s'en fait sentir.







WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH  
6564 LOISDALE COURT, SUITE 301  
SPRINGFIELD, VA 22150 USA  
INFO@WFMH.COM  
WWW.WFMH.ORG