

RAPPORT DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE

Dépression, dépressivité et suicide

Date de validation:6/12/2006

Numéro CSH: 8108

ABSTRACT ET KEYWORDS

La dépression, la dépressivité et le suicide sont des problématiques de santé publique préoccupantes. Le présent rapport a pour ambition de mieux comprendre ces phénomènes et de tenter d'en cerner les enjeux. Partant de là, il propose différents champs d'action prioritaires dans lesquels il serait utile de développer de nouveaux modèles ou au minimum d'optimiser les dispositifs existants. Ces différentes actions permettront peut-être de réduire l'importance du handicap lié à la dépression et au suicide dans notre pays.

Les recommandations émises découlent des données épidémiologiques disponibles, des principaux constats établis par rapport au problème et d'un inventaire d'actions déjà mises en place en Belgique. Elles ont donc été élaborées dans un esprit de réalisme et de pragmatisme. La composition même du groupe de travail y a contribué, réunissant à la fois des experts provenant des milieux académiques et des experts de « terrain ».

Le groupe de travail s'est réuni les 17/03/2005, 26/04/2005, 31/05/2005, 28/06/2005, 20/09/2005, 6/12/2005 et 23/02/2006.

Keywords: Dépression, dépressivité, suicide, tentatives de suicide, suicidaires, suicidalité.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION – CONTEXTE DU PROJET	3
2. DÉFINITION DES TERMES	4
2.1. Dépression	4
2.2. Dépressivité	7
2.3. Suicide	8
3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	10
3.1. Dépression	10
3.2. Dépressivité	13
3.3. Suicide et tentatives de suicide.....	15
4. CONSTATS GÉNÉRAUX	25
4.1. Facteurs de risque/ facteurs de protection.....	25
4.2. Troubles mentaux et suicide	30
4.3. Tentative de suicide et importance du suivi	33
4.4. Accessibilité aux moyens	34
4.5. Rôle central des professionnels de première ligne	35
4.6. Prise en charge par les services d’urgences	37
4.7. Les proches.....	38
4.8. Les médias.....	40
5. ACTIONS DÉJÀ MISES EN PLACE EN BELGIQUE	41
5.1. Promotion de la santé mentale	41
5.2. Programme d’intervention en matière de dépression: un projet de l’ <i>European Alliance Against Depression</i>	44
5.3. Centres d’aide par téléphone ou via l’internet.....	50
5.4. Formation, soutien aux professionnels et développement des compétences et des collaborations	53
5.5. Prise en charge des suicidants et suivi post-hospitalier – Développement d’un travail en réseaux.....	62
5.6. L’entourage après un suicide	67
5.7. Médias.....	70
6. RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS D’ACTIONS EN TERMES DE SANTÉ PUBLIQUE	71
7. BIBLIOGRAPHIE	77
8. ANNEXES	83
9. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	85

1. INTRODUCTION – CONTEXTE DU PROJET

Dans notre société actuelle, les facteurs psychosociaux prennent de plus en plus de place dans les questions de santé publique. Traduction d'un mal-être, la dépression, la dépressivité et le suicide atteignent dans certaines régions comme chez nous, en Europe occidentale, des taux relativement importants, particulièrement dans les tranches d'âge les plus jeunes et les plus âgées.

Bien que le taux de suicide en Europe ait globalement tendance à diminuer ou à stagner dans les dix dernières années, nous savons par ailleurs que le taux de suicide a tendance à augmenter par paliers sur de plus longues périodes. C'est ainsi qu'il a globalement connu une hausse importante dans les années quatre-vingt pour ensuite diminuer et se stabiliser actuellement à un niveau cependant supérieur à celui de la fin des années septante.

Ainsi, d'après les estimations de l'OMS, plus de deux mille personnes dans le monde se donnent la mort chaque jour, soit une toutes les quarante secondes. Des estimations sérieuses permettent de dire que le nombre de tentatives de suicide est dix à vingt fois supérieur. Depuis longtemps, le suicide fait partie des cinq à dix causes de mortalité les plus fréquentes dans la plupart des pays européens et des Etats d'Amérique du Nord, toutes populations confondues. Dans les pays dont le niveau de vie est élevé, le suicide se place en général entre le premier et le troisième rang dans le tableau statistique des causes de décès pour les quinze à trente-quatre ans. Les statistiques montrent qu'au moins deux fois plus d'hommes que de femmes se donnent la mort. En 1980, on compte approximativement 28 hommes pour 11 femmes; en 1999, 26 pour 9.

En Belgique, pour 1997, on comptait un taux de 21,08 pour cent mille, c'est-à-dire en moyenne près de six suicides par jour. En France, trente personnes meurent chaque jour du fait de leur propre volonté. En Allemagne, le taux était en 1999 de 20,2 hommes et de 7,3 femmes pour cent mille habitants. Pour la Hongrie, traditionnellement touchée par ce fléau, on compte trente-deux décès pour cent mille habitants. Dans ces différents pays, le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé que ceux par accidents de la route. De plus, on suppose généralement que certains accidents de la route sont en réalité des suicides. En comparaison avec ses voisins, la Belgique est un des pays d'Europe qui a le taux de suicide le plus élevé.

Contrairement à une idée fort répandue, ce n'est pas chez les jeunes qu'il y a le plus de suicides, mais chez les personnes d'âge moyen (particulièrement chez les hommes entre 40 et 59 ans) et chez les personnes âgées. Malgré cela, le public reste particulièrement frappé par l'augmentation des suicides chez les jeunes, car l'interruption brutale d'une vie qui n'en était qu'à ses débuts revêt un caractère encore plus tragique.

Ces faits jettent la lumière sur un problème qui résiste à toute interprétation générale (comme le renvoi habituel à la perte du sens). Il faudrait expliquer toute une série de résultats empiriques paradoxaux: le taux de suicides varie beaucoup à l'échelle des nations; il est soumis à des fluctuations sur le long terme dans certains pays, mais comparé à d'autres pays, il reste étonnamment stable; en période de guerre le taux baisse, etc.

Partant de ce premier constat général, les objectifs de ce rapport sont de faire le point sur la situation en Belgique. Quelle est l'ampleur de la problématique en Belgique? Quels sont les chiffres disponibles à ce sujet? Y a-t-il des populations plus fragiles ou des facteurs prédisposants? Quels sont les programmes de prévention ou de prise en charge existants? Quels sont ceux qu'il faudrait développer?

Ce rapport tente de donner un aperçu des recherches existantes sur ces questions, d'inventorier ce qui existe déjà en matière de prévention et de prise en charge et enfin, sur ces différentes bases, de dresser un tableau des recommandations sur lesquelles les experts du groupe de travail se sont entendus.

2. DEFINITION DES TERMES

2.1. Dépression¹

La dépression est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents. Cependant cette pathologie reste encore bien méconnue en partie parce qu'il s'agit d'une pathologie mal identifiée et certainement encore mal traitée.

S'il existe aujourd'hui des classifications permettant d'identifier les différents types de dépression sur le plan clinique, il n'en reste pas moins vrai qu'en pratique de soin et en particulier en première ligne, des repérages restent difficiles au vu des travestissements de cette pathologie (dépression masquée, dépression se manifestant par des signes somatiques diffus et persistants...). Qui plus est, sous ce vocable « dépression », les représentations populaires recouvrent souvent des troubles bien diversifiés.

La plupart des professionnels de la santé utilisent le modèle médical pour définir la dépression. Dans ce modèle, le diagnostic est posé sur base de certains symptômes indépendamment des causes qui ont amené l'état dépressif.

Les critères généralement utilisés et qui font actuellement autorité en matière de diagnostic psychiatrique, sont définis par l'*American Psychiatric Association* dans le DSM-IV (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Health*, 4^e édition, 1994).

L'autre système de classification couramment utilisé est la Classification Internationale des Maladies relative aux troubles mentaux et du comportement, 10^e révision, développée par l'OMS et publiée en 1992.

2.1.1. Critères du DSM-IV

Selon le DSM-IV, la dépression fait partie des troubles thymiques (ou de l'humeur). Cette classification décrit d'une part les épisodes thymiques et d'autre part les troubles de l'humeur. Les épisodes ne sont pas diagnostiqués comme des entités autonomes, mais ce sont les éléments qui sont utilisés pour établir les diagnostics des troubles. On distingue dans le DSM-IV plusieurs troubles dépressifs:

- le trouble dépressif majeur (épisode isolé et récurrent);
- le trouble dysthymique;
- le trouble dépressif non spécifié.

Le trouble dépressif majeur consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. La différence entre un trouble dépressif majeur isolé et un trouble dépressif majeur récurrent est fondée sur le nombre d'épisodes dépressifs majeurs observés chez une même personne. Le trouble dépressif majeur récurrent peut être à caractère saisonnier. Le concept de « dépression majeure » permet de différencier les troubles dépressifs ayant des spécificités symptomatiques plus sévères que les autres.

Le trouble dysthymique se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Les symptômes y sont moins sévères que ceux du trouble dépressif majeur. La distinction entre trouble dysthymique et trouble dépressif majeur est fondée sur la sévérité et la persistance.

Cependant il est difficile de différencier ces deux troubles car les symptômes observés sont similaires et les différences qu'ils présentent dans leur déclenchement, leur durée et leur sévérité

¹ Extraits de: Bayingana K, Tafforeau J. La Dépression: Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Institut Scientifique de Santé Publique – Ministère de la Communauté française ; 2002.

ne sont pas faciles à évaluer rétrospectivement. En général le trouble dysthymique existe depuis si longtemps au moment du diagnostic que les patients eux-mêmes en parlent comme faisant partie de leur fonctionnement habituel, d'où la confusion entre trait de personnalité et état dépressif.

La notion de trouble dépressif non spécifié a été introduite afin de pouvoir coder les troubles ayant des caractères dépressifs mais ne remplissant pas les critères d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble dysthymique ou d'un trouble de l'adaptation (par exemple, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif mineur...). Le terme de « trouble dépressif mineur » qui est souvent diagnostiqué dans les études portant sur la dépression est utilisé pour décrire les syndromes qui se situent au-dessous du seuil de sévérité retenu pour la dépression majeure. La définition de la dépression mineure n'est pas reprise dans une catégorie distincte dans le DSM-IV. Les critères de la dépression légère sont décrits dans les épisodes dépressifs de sévérité légère de la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision.

2.1.2. Critères de la CIM-10

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), les troubles de l'humeur regroupent l'épisode maniaque, le trouble bipolaire, l'épisode dépressif, le trouble dépressif récurrent, les troubles de l'humeur persistants, les troubles de l'humeur non spécifiés.

Les épisodes dépressifs sont repris sous les rubriques suivantes:

F32: Episodes dépressifs

- F32.0 Episode dépressif léger
- F32.1 Episode dépressif modéré
- F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- F32.8 Autres épisodes dépressifs
- F32.9 Episodes dépressifs non spécifiés

F33: Trouble dépressif récurrent

- F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode léger
- F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode modéré
- F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques
- F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques
- F33.4 Trouble dépressif récurrent, en rémission
- F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents
- F33.9 Troubles dépressifs récurrents non spécifiés

F34: Troubles de l'humeur persistants

- F34.0 Cyclothymie
- F34.1 Dysthymie
- F34.8 Autres troubles de l'humeur persistants
- F34.9 Troubles de l'humeur persistants, non spécifiés

F38: Autres troubles de l'humeur

F39: Troubles de l'humeur non spécifiés

2.1.3. Correspondance du DSM-IV avec la CIM-10

Les experts qui ont préparé la CIM-10 et le DSM-IV ont travaillé en collaboration permettant ainsi d'augmenter la concordance entre les deux systèmes. Les codes et les termes utilisés dans le DSM-IV sont compatibles avec ceux de la CIM-10.

Afin d'augmenter la spécificité du diagnostic, d'aider au choix du traitement ou d'améliorer les prévisions pronostiques, un certain nombre de spécifications sont proposées dans le DSM-IV. Pour les troubles dépressifs majeurs, les spécifications suivantes sont utilisées:

L'épisode dépressif majeur peut être:

- léger;
- moyen;
- sévère sans caractéristiques psychotiques;
- sévère avec caractéristiques psychotiques;
- en rémission partielle;
- en rémission complète;
- chronique;
- avec caractère saisonnier: la dépression saisonnière aurait un rapport avec la quantité de lumière que reçoit une personne. Les symptômes rencontrés sont le manque d'énergie, la fatigue, augmentation de l'appétit lorsque les jours deviennent plus courts et sans soleil;
- avec caractéristiques catatoniques: troubles psychomoteurs majeurs, stupeur, agitation...
- avec caractéristiques mélancoliques: autrefois appelée « d'origine endogène » avec la nécessité du recours à un traitement médicamenteux;
- avec caractéristiques atypiques;
- avec début lors du post-partum: survient généralement chez la femme plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'accouchement.

En ce qui concerne la dépression, les critères diagnostics de la CIM-10 sont composés de dix symptômes. Les seuils de sévérité de l'épisode sont déterminés par la présence d'un certain nombre de symptômes. La différence avec le DSM-IV est que la CIM-10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité (léger, moyen, sévère) d'un épisode dépressif majeur.

Une autre différence entre le DSM-IV et la CIM-10 concerne les symptômes nécessaires à observer pour parler de dépression: avec le DSM-IV il est nécessaire d'observer une « humeur dépressive » et une « perte d'intérêt et de plaisir ». Avec la CIM-10, en plus des deux symptômes précédents, un symptôme supplémentaire est pris en compte: « réduction d'énergie et augmentation de la fatigabilité ».

On constate que généralement la personne dépressive en consultation parle plus facilement de la fatigue ressentie que des autres symptômes d'ordre psychique. Il pourrait donc y avoir un risque de non-reconnaissance de la dépression si la fatigue ne fait pas partie des symptômes recherchés lors du diagnostic. Ceci pencherait en faveur de la CIM-10. Néanmoins il est nécessaire de souligner le fait que même si l'augmentation de la fatigabilité est fréquemment mise en avant par les patients dépressifs, il s'agit également d'un des symptômes des moins spécifiques de la dépression.

2.2. Dépressivité

Si comme nous venons de le voir, il existe un large consensus sur la définition de la dépression et que des outils d'évaluation diagnostique existent et sont validés internationalement, il en va tout autrement du terme « dépressivité ».

Remarquons d'emblée à ce propos que si ce terme est de plus en plus présent dans le vocabulaire francophone, il est en revanche beaucoup moins utilisé par les néerlandophones.

Synonyme de la dépression pour certains, état spécifique et indépendant pour d'autres, le terme de « dépressivité » est apparu ces dernières années dans différents articles tant au niveau national qu'international en vue de mieux cerner un état intermédiaire qui ne pouvait relever du domaine de la dépression au sens strict mais qui montrait tout de même une certaine souffrance psychique, une difficulté à vivre.

Pour certains auteurs, la dépressivité se caractérise surtout à l'adolescence (Rufo, 2000; Choquet, 1994). Elle représente cet état spécifique de fragilité et de changements psychiques qui s'opèrent à cette période du développement de soi et qui fragilise l'individu en devenir.

Pour d'autres auteurs, la dépressivité est une disponibilité à ressentir l'affect dépressif, une sorte de propension à la dépression ou bien encore un simple état transitoire soit avant un retour à un état « normal » soit préfigurant d'une dépression avérée (Ferreri, 2002).

De manière générale, nous pourrions dire que la dépressivité recouvre un état psychique de dépréciation de soi qui fait partie intégrante de la souffrance psychologique. Toutefois, cette souffrance est souvent mal définie. Elle est fréquemment évoquée sans que son contenu ne soit expliqué. Cet état se caractérise par des symptômes dépressifs alors qu'un diagnostic clair de dépression ne peut être posé.

Ainsi, si des liens étroits sont à tisser entre la dépressivité et la dépression, on ne peut simplement réduire cette notion ni à un simple état pré-dépressif ni à un simple mal-être existentiel passager.

Cette notion ne fait donc pas l'objet d'un consensus au niveau ni de sa définition ni de son évaluation; elle nous apparaît néanmoins pertinente en ce qu'elle permet d'identifier toute une série de personnes qui, sans présenter de tableau diagnostique de dépression, éprouvent une souffrance psychique à laquelle il y a lieu de prêter attention.

2.3. Suicide

Selon son dernier rapport sur la santé dans le monde (2001), l'OMS définit le suicide comme tel: « Le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale ».

Par ailleurs, dans le rapport de l'OMS sur la violence dirigée contre soi (2002), nous retrouvons la notion de « **comportements suicidaires** »: « Les comportements suicidaires vont de la simple pensée de mettre fin à ses jours à la préparation d'un plan pour se suicider et à l'obtention des moyens nécessaires pour le mettre à exécution, à la tentative de suicide elle-même, pour finir par le passage à l'acte ("suicide abouti") ».

Globalement, l'intention et le résultat n'étant pas forcément corrélés, la définition d'un suicide est complexe.

On distinguera:

1. le comportement suicidaire fatal: celui qui entraîne la mort (**suicide abouti**)
2. le comportement suicidaire non fatal n'entraînant pas la mort, appelé également « **tentative de suicide** », « para suicide » ou « acte autodestructeur délibéré ».

À côté de ces deux notions, le terme « **idéation suicidaire** » désigne l'idée de mettre fin à ses jours, qui est plus ou moins intense et/ou élaborée. Il renvoie à un sentiment de lassitude de vivre. Cette idéation peut fortement varier en intensité, et n'est pas un critère obligatoire lors d'une tentative de suicide.

Historiquement, le suicide est passé d'une conception psychiatrique à une conception psychodynamique. Alors que pendant des années, le suicide était intimement lié, voire aliéné à la maladie mentale dont il n'était qu'une composante, on est progressivement arrivé à définir le suicide en utilisant la notion de **crise suicidaire**. Thématique essentielle de toute réflexion sur le suicide, la crise suicidaire a fait et fait encore l'objet de nombreuses études. Sa connaissance, sa reconnaissance par tout intervenant en la matière est indispensable afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire. La crise suicidaire est toujours sous-jacente à une conduite suicidaire et peut être son aboutissement. En matière de suicide comme en psychologie générale, le terme de conduite implique une certaine élaboration d'un comportement qui, lui, serait plus instinctif.

Le terme de crise suicidaire s'est introduit en psychiatrie par analogie au sens médical pour signifier « période de crise ». Classiquement, il s'agit d'un changement subit dans l'évolution d'une maladie qui signe une aggravation ou une amélioration, mais aussi de l'émergence de manifestations pathologiques chez un sujet considéré comme sain. Elle correspond à un moment d'échappement pendant lequel le patient présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, le mettant en situation de rupture, de souffrance, laquelle n'est pas obligatoirement théâtrale ou bruyante; certains la vivent même comme moment fécond d'une vie.

De nombreuses disciplines ont ainsi tenté d'appréhender, de comprendre, d'expliquer les phénomènes suicidaires ou plus exactement, d'expliquer le suicide « réussi » qui, pendant longtemps, a été le seul objet d'étude. Nous ne nous attarderons pas sur les autres définitions du suicide qu'ont données ces différentes disciplines. Mais nous en retiendrons une, celle de Baechler (Baechler, 1975): « **le suicide désigne tout comportement qui cherche et qui trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet** ».

Dans cette définition du suicide, contrairement à beaucoup d'autres, l'auteur parle de comportement et non d'acte. Il s'agit là d'une précision importante. Il est rare, en effet, que le suicide se limite au moment précis où il s'accomplit. Le terme « comportement » rend compte de

toute l'évolution qui amène une personne au suicide. Evolution qui peut d'ailleurs remonter fort loin dans l'histoire du sujet.

Par ailleurs, cette définition renvoie à la notion de résolution d'un problème. Par problème, il faut entendre toute situation qui oblige l'individu à prendre position et à trouver une issue. Ce problème peut être intérieur ou extérieur:

- problème intérieur dans le fait qu'il survient lors de difficultés qui sont propres, internes au sujet;
- problème extérieur s'il s'agit d'un problème subséquent à une situation extérieure à l'individu et qui l'oblige à trouver une issue.

Ce problème peut être par ailleurs réel ou imaginaire. Pour la personne qui pense au suicide le problème est cependant toujours réel dans la mesure où elle le vit intensément.

Enfin, cette définition fait référence à un problème « existentiel ». Existentiel parce que le problème touche à l'ensemble de l'existence d'une personne et concerne la manière dont elle se vit et vit sa relation à son environnement social, affectif, professionnel.

Le problème dont il sera question ne sera donc pas nécessairement lié à une situation donnée mais bien plutôt à son retentissement en terme de choix, de conflit dans la vie de cette personne (par exemple: conflit entre ses aspirations et une réalité n'en permettant pas la réalisation, ou conflit quand la réalité impose des choix qu'elle ne se sent pas prête à assumer).

La définition qui nous est proposée considère le comportement suicidaire comme une solution face à un problème existentiel. Il faut remarquer que cette solution qu'est le suicide est toujours adéquate pour la personne qui vit ce problème. Pour le sujet, le problème où il est enfermé ne connaît pas de solution alternative et le comportement suicidaire est vécu comme un des plus adaptés pour répondre à la difficulté.

Un dernier aspect de la définition qu'il nous paraît important de relever consiste en ce que la solution de ce problème existentiel se situe dans le fait « d'attenter à sa vie ». L'expression « attenter à sa vie » permet de concevoir le sens du mot suicide dans une acception large. En effet, le suicide peut être accompli ou symbolique avec des gradations intermédiaires. Le suicide accompli est celui que la mort vient conclure. Le suicide est symbolique ou verbal si le sujet rêve de se suicider ou s'il menace de se suicider. Entre le suicide accompli et le suicide symbolique, on pourra placer la tentative de suicide.

Malgré les imperfections possibles de la définition de Baechler qui parle du suicide comme **tout comportement qui cherche et qui trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet**, il était intéressant de la reprendre et cela pour plusieurs raisons:

- tout d'abord, elle nous permet de jeter les premières bases dans la compréhension des phénomènes suicidaires;
- ensuite, elle nous présente une conception du suicide et de la manière d'aborder les phénomènes suicidaires très proches des conceptions les plus récentes;
- enfin, elle nous permet d'envisager le suicide non dans le seul temps du passage à l'acte mais dans le temps d'un processus qui a un début, une évolution et une fin.

La personne suicidaire n'est plus seulement celle qui se suicide, mais une personne qui vit un moment difficile et qui cherche une solution. Elle n'est donc pas isolée, elle vit ce processus au sein d'une société, dans un entourage social et/ou familial.

3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

3.1. Dépression

Peu d'études ont été réalisées à l'échelle nationale et sur la population générale en Belgique. Néanmoins il existe quelques chiffres permettant d'estimer l'importance de la dépression.

3.1.1. L'Enquête de Santé par interview – Belgique 2004

Une enquête de santé par interview a été menée dans les différentes Régions et Communautés de Belgique en 1997, 2001 et 2004. Ces enquêtes visent à obtenir des informations concernant cinq grands thèmes:

- l'état de santé de la population
- les styles de vie et les comportements
- les mesures préventives
- la consommation de soins
- la relation santé et société.

Les données ont été récoltées à l'aide d'interviews et de questionnaires standardisés auprès de 12.945 personnes choisies au hasard dans le Registre National.

Le volet de l'enquête relatif à la santé mentale ne concerne que les individus âgés de 15 ans et plus, non-institutionnalisés. Il « vise à estimer les troubles de la santé mentale pour lesquels une admission dans un centre spécialisé n'est pas exigée. Les questions abordent les troubles qui sont les plus couramment rencontrés dans la population générale, notamment les troubles dits "émotionnels". L'enquête de santé s'est attachée à analyser les dimensions suivantes de la santé mentale: le bien-être psychologique global, la santé mentale positive, les problèmes somatiques, anxieux, dépressifs et du sommeil, les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Ce volet de l'enquête s'est également intéressé à l'usage des psychotropes. » (Livre II, chapitre 3 de l'enquête de santé par interview – Belgique – 2004, pp. 192-368)

Résultats concernant la dépression:

« L'indicateur de troubles dépressifs est issu des réponses à une sous-échelle du SCL-90-R (*Symptom Check List 90-R*). Selon l'auteur du questionnaire, les troubles dépressifs tels qu'ils sont évalués ici, correspondent au concept général de "syndrome dépressif" dont les principaux traits sont des changements au niveau de l'humeur ou de l'affect (dans le sens de la dépression), une réduction de l'énergie et une baisse du niveau d'activité générale, de même qu'une diminution de la capacité de ressentir du plaisir et de l'intérêt pour les choses, une baisse de la concentration et une fatigue injustifiée.

Basé sur ce critère pour définir les cas de dépression, il apparaît que 8 % de la population âgée de 15 ans et plus souffre de troubles dépressifs.

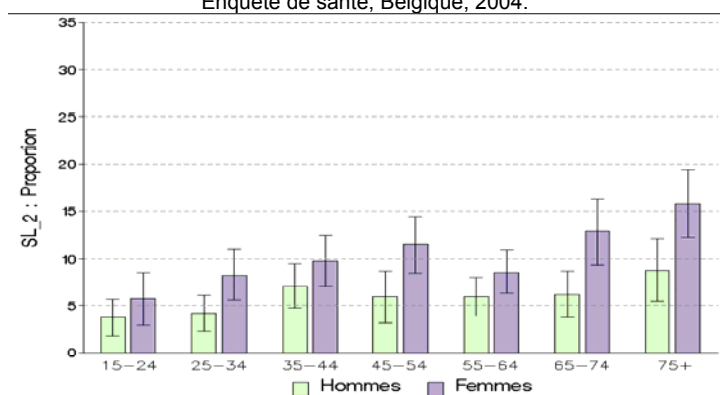
Analyse par sexe et par âge

Les femmes sont plus fréquemment en proie aux troubles dépressifs que les hommes (10 % contre 6 %) et cette différence est significative après standardisation pour l'âge. Les troubles dépressifs progressent avec l'âge: tandis qu'ils atteignent 5 % des jeunes (15-24 ans), ce taux s'élève à 13 % chez les aînés (75 ans et plus). Cette progression est linéaire et significative après standardisation pour le sexe.

La distribution par âge est quelque peu différente chez les hommes et les femmes. Chez ces dernières, la progression au travers des groupes d'âge est quasi linéaire, partant de 6 % à 16 %, avec toutefois un déclin chez les 55-64 ans (8 %).

Chez les hommes, la prévalence de ces troubles est de 4 % chez les personnes de 14 à 34 ans, et se stabilise ensuite autour de 6 % à 7 % jusqu'à 75 ans. Au-delà de cet âge, 8 % des hommes connaissent des troubles dépressifs.

Figure 1: Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) présentant un trouble dépressif, selon le score au SCL-90R, par sexe et par âge, Enquête de santé, Belgique, 2004.



Analyse par niveau d'instruction

Les troubles dépressifs se concentrent davantage dans les couches de population les moins scolarisées (13 % chez les diplômés du primaire contre 5 % chez les diplômés du supérieur). Cette relation reste significative après standardisation pour l'âge et le sexe. » (Remarque: il semble que ce soit le contraire pour les troubles bipolaires, ceux-ci se concentrant davantage chez les patients avec un niveau de formation élevé (International Review of Bipolar Disorders, 2006)).

Analyse par degré d'urbanisation

« La prévalence des troubles dépressifs ne varie pas de manière significative en fonction du degré d'urbanisation du milieu de vie (7 % à 8 %).

Evolution au cours du temps

On observe une légère diminution des troubles dépressifs dans le temps, mais elle ne s'avère pas statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Analyse par région

Les troubles dépressifs sont proportionnellement moins fréquents en région flamande (7 %) que dans les deux autres régions (10 %), et cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe. »

3.1.2. L'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

L'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) est une étude sur les troubles mentaux au niveau de la population dans 6 pays européens (Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne).

Le diagnostic y est établi au moyen du CIDI-2000 (*Composite International Diagnostic Interview*).

Poussant plus loin les investigations dans le domaine de la santé mentale que les enquêtes plus généralistes de santé des belges, cette enquête-ci comporte un instrument de mesure des troubles de santé mentale.

Pour la partie belge de l'étude (Bruffaerts et al., 2003), un échantillon représentatif de 2.419 adultes non-institutionnalisés (âgés de plus de 18 ans) a été sélectionné sur base du Registre national et a été interrogé entre avril 2001 et juin 2002. Les auteurs distinguent:

- les troubles mentaux (l'ensemble des trois catégories de troubles);
- les troubles de l'humeur: trouble dépressif, dysthymie;
- les troubles anxieux: anxiété généralisée, phobie sociale, phobie spécifique, trouble lié à des facteurs de stress post-traumatique, agoraphobie, panique;
- tout trouble lié à l'abus d'alcool.

Tableau 1: La prévalence des troubles psychiatriques **sur un an** selon les caractéristiques démographiques.
Source: Bruffaerts et al. La prévalence des troubles mentaux dans la population belge; Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Louvain Med. 2003; 122:321-334.

	Total N	Tout trouble mental N (%)	Tout trouble de l'humeur N (%)	Tout trouble anxieux N (%)	Tout trouble lié à l'abus d'alcool N (%)
Total	2419	257 (10.72%)	119 (4.99%)	148 (6.04%)	41 (1.79%)
Sexe					
Homme	1190	110 (10.61%)	40 (3.70%)	58 (5.52%)	32 (2.96%)
Femme	1229	147 (10.84%)	79 (6.20%)	90 (6.54%)	9 (0.70%)
Catégorie d'âge					
18-24	167	32 (15.91%)	12 (5.97)	17 (8.40%)	8 (4.45%)
25-34	406	47 (12.12%)	21 (5.79%)	29 (6.91%)	5 (1.98%)
35-49	775	93 (11.36%)	43 (5.25%)	50 (6.24%)	19 (2.34%)
50-64	570	60 (11.18%)	28 (5.14%)	37 (6.91%)	9 (1.33%)
65+	501	25 (5.59%)	15 (3.30%)	15 (2.97%)	0 (0.00%)
<i>Trend Test valeur z (p)</i>		-5.00 (p<.001)	-2.23 (p=.03)	-3.37 (p<.001)	-3.49 (p<.001)
Etat civil					
Célibataire	528	67 (12.25%)	28 (4.74%)	39 (6.65%)	17 (3.65%)
Séparé	250	37 (14.64%)	20 (8.59%)	20 (8.20%)	7 (3.18%)
Veuf (veuve)	208	18 (8.98%)	12 (6.13%)	9 (4.53%)	1 (0.94%)
Marié ou cohabitant	1359	122 (9.50%)	55 (4.36%)	72 (5.45%)	13 (0.84%)
Situation d'habitation					
Cohabitant	672	77 (11.54%)	35 (6.10%)	46 (7.03%)	13 (1.27%)
Isolé	1747	180 (10.51%)	84 (4.70%)	102 (5.78%)	28 (1.93%)
Conditions de travail					
Travail rémunéré	1298	141 (11.00%)	54 (3.91%)	79 (6.41%)	27 (2.32%)
Sans travail	95	20 (23.67%)	9 (10.56%)	12 (15.01%)	4 (4.38%)
Pensionné	529	25 (5.18%)	14 (3.42%)	15 (2.35%)	0 (0.00%)
Au foyer	119	11 (8.10%)	7 (4.17%)	8 (6.08%)	0 (0.00%)
Etudiant	9	3 (34.79%)	2 (14.93%)	1 (19.86%)	0 (0.00%)
Autre	119	33 (21.35%)	19 (14.92%)	21 (12.55%)	5 (3.03%)
Jamais travaillé plus de 6 m	224	26 (10.41%)	14 (6.06%)	12 (4.62%)	5 (2.06%)
Région					
Rurale	346	48 (15.50%)	21 (6.47%)	28 (8.54%)	7 (2.89%)
Moyennement urbanisée	1814	171 (9.54%)	81 (4.61%)	94 (5.22%)	30 (1.64%)
Urbaine	259	38 (13.71%)	17 (6.04%)	26 (9.28%)	4 (1.56%)
<i>Trend Test valeur z (p)</i>		-0.10 (p=.92)	0.05 (p=.96)	0.57 (p=.57)	-0.48 (p=.63)

D'après cette étude, **13,6 %** des répondants rapportent la présence d'un trouble dépressif (sous-catégorie des troubles de l'humeur) **au cours de leur vie**, dont **4,6 %** les **12 derniers mois précédant l'enquête**. Si on extrapole ces données au niveau de la population belge, « cela signifie qu'entre 1,1 et 1,2 millions de Belges ont souffert d'un trouble dépressif au cours de leur vie, dont presque 400.000 au cours des 12 derniers mois ».

Selon cette étude également, « les troubles dépressifs sont deux fois plus fréquents chez les **femmes** que chez les hommes; plus d'une femme sur six rapportent la présence d'un trouble dépressif au cours de leur vie ».

Les sujets **séparés** et les **veufs/veuves** s'avèrent plus susceptibles de développer des troubles de l'humeur. Par contre, ces troubles sont moins fréquents chez les personnes habitant dans une **ville moyenne à petite**.

Au niveau de l'**âge**, les données de l'étude ESEMeD et de l'Enquête Santé en Belgique ne correspondent pas tout à fait. Il n'est toutefois pas évident de comparer les chiffres dont nous disposons. Les populations d'étude ne sont pas forcément comparables pour l'âge, les instruments de mesure et les diagnostics envisagés.

Il n'est pas évident non plus de déterminer une évolution dans le temps.

Bien que des études aient été réalisées dans le passé, il est nécessaire de remettre à jour les connaissances sur la prévalence de cette maladie.

On peut aussi dire que nous disposons de peu de données d'incidence. Pourtant les études permettant de déterminer l'incidence de la dépression sont nécessaires car elles facilitent l'étude des facteurs de risque et permettent d'améliorer les connaissances sur l'étiologie de la dépression. Les études longitudinales permettent aussi de suivre dans le temps la survenue de la dépression.

3.2. Dépressivité

Comme nous l'avons vu dans la définition des termes, le concept de dépressivité n'étant pas défini de façon claire et reconnue internationalement, peu d'études permettent de quantifier exactement les réalités concrètes qu'il recouvre.

Néanmoins, certaines études dont l'enquête de Santé en Belgique de 2004 déjà évoquée ci-dessus, permettent d'apporter un éclairage en ce qu'elles ont pour objet de mesurer des notions comme le mal-être (Livre II de l'enquête de santé par interview – Belgique – 2004, pp. 204-209):

« Le bien-être/mal-être psychologique évalué dans l'enquête de santé en Belgique de 2004 est mesuré grâce à un outil (GHQ-12, *General Health Questionnaire*) dont l'échelle de mesure va de 0 à 12, où un score plus élevé indique une plus grande probabilité/sévérité du mal-être psychologique. En effet, chaque unité représente la présence d'un symptôme de trouble psychologique. Deux définitions de cas ont été utilisées, l'une pour exprimer la prévalence des difficultés psychologiques (seuil à [2+]) et l'autre pour exprimer des troubles psychologiques plus sévères (seuil à [4+]).

En Belgique, le score moyen est de 1,3 au sein de la population de 15 ans et plus. En termes de proportions, 24 % de la population, soit une personne sur quatre, manifeste des difficultés psychologiques selon la note-seuil de [2+], tandis que la moitié de celle-ci, soit 13 % de la population, connaît un épisode de trouble plus sévère (note-seuil de [4+]).

Analyse par sexe et par âge

Les femmes ont en moyenne un score de bien-être psychologique moins favorable que celui des hommes (1,5 versus 1,0) et sont significativement plus nombreuses que les hommes à franchir les seuils de difficultés psychologiques confirmées (28 % contre 21 % pour le seuil [2+] et 15 % contre 10 % pour le seuil [4+]). Ces différences sont significatives après une standardisation pour l'âge. »

Quelle que soit l'intensité, le bien-être psychologique varie de manière significative en fonction de l'âge, et ce, après ajustement pour le sexe. On remarque des dispositions psychologiques généralement moins favorables pour le groupe d'âge de 35-44 ans, surtout au regard des affections plus sévères [4+], qui atteignent 16 % des personnes de cet âge. En revanche, les personnes de 55 à 74 ans sont moins nombreuses que dans les autres groupes d'âge à connaître un mal-être psychologique, quelle que soit l'intensité.

La distribution par âge du taux de difficultés psychologiques (seuil [2+]) chez les hommes et chez les femmes est donnée dans la figure 2 ci-dessous et la distribution des troubles psychologiques plus sévères (seuil [4+]), dans la figure 3.

Figure 2: Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant des difficultés psychologiques récentes, selon le score au GHQ-12 dichotomisé à [2+], par âge et par sexe, Enquête de Santé, Belgique, 2004.

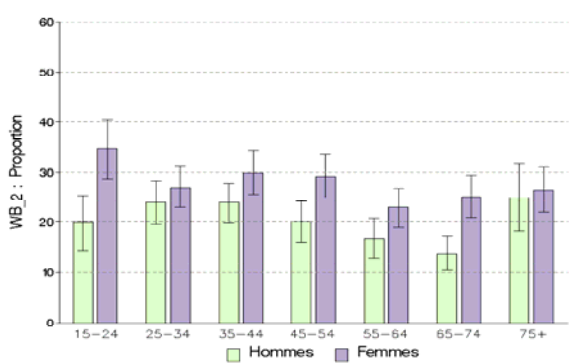
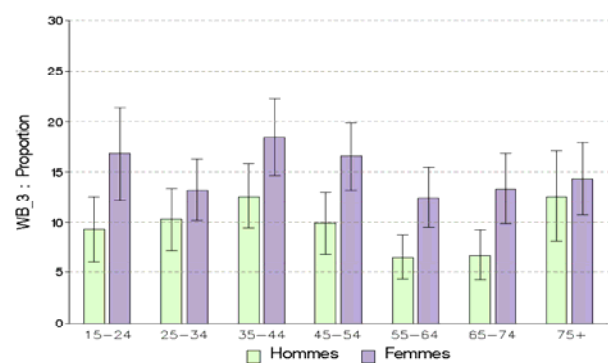


Figure 3: Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant un trouble psychiatrique probable, selon le score au GHQ-12 dichotomisé à [4+], par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 2004.



« La stratification par sexe révèle que les différences hommes-femmes face aux difficultés psychologiques (seuil [2+]) sont particulièrement importantes (et significatives) chez les jeunes de 15-24 ans (+15 % chez les femmes) et dans les groupes d'âge de 45-54 ans (+10 % chez les femmes) et 65-74 ans (+11 % chez les femmes). En revanche, après 75 ans, la proportion des hommes et des femmes qui connaissent des difficultés psychologiques est équivalente, et atteint une personne sur quatre. Ceci reflète une augmentation considérable du taux de difficultés dans le chef des hommes, qui passe de 7 % chez les 65 à 74 ans à 13 % chez les plus de 75 ans. La figure 3, qui se réfère aux troubles plus sévères (seuil [4+]), offre un profil similaire » .

Analyse par niveau d'instruction

« Le score moyen et les taux de difficultés psychologiques varient très peu en fonction du milieu socio-éducatif des individus. Les différences en fonction des niveaux scolaires ne sont pas significatives après standardisation pour l'âge et le sexe ».

Analyse par degré d'urbanisation

« Le mal-être psychologique semble plus important dans les milieux urbains (1,4) que dans les zones semi-urbaines et rurales (1,2) mais cette différence n'est pas significative après ajustement pour l'âge et le sexe ».

Evolution au cours du temps

« Le score moyen de bien-être psychologique a connu une diminution significative entre 1997 et 2001 (1,6 contre 1,3), mais les chiffres obtenus en 2004 (1,3) sont les mêmes qu'en 2001. Cette évolution dans le temps est dite "quadratique". L'évolution quadratique se vérifie également pour les difficultés psychologiques (seuil [2+]) et les troubles plus sévères (seuil[4+]) ».

Analyse par régions

« Les analyses du bien-être psychologique au niveau régional montrent une situation plus favorable en région flamande par rapport aux autres régions. En effet, le score GHQ moyen est de 1,1 en région flamande contre 1,6 à Bruxelles et 1,5 en Wallonie, et cette différence est significative après ajustement pour l'âge et le sexe. On recense aussi moins de personnes en difficulté psychologique en région flamande: 21 %, contre 31 % à Bruxelles et 30 % en Wallonie pour le seuil [2+] et respectivement 12 % contre 16 % et 15 % pour le seuil [4+]. Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe confirment ces différences ».

3.3. Suicide et tentatives de suicide²

Le **suicide abouti** se mesure via les données de mortalité: les décès et leurs causes.

Par contre, le recueil de données sur les **tentatives de suicide** est beaucoup plus délicat, dans la mesure où elles ne sont pas toutes orientées vers les services d'urgence des hôpitaux, ni même vers un médecin. En l'absence d'enregistrement systématique des tentatives de suicide aboutissant auprès d'un médecin, les données sur les tentatives de suicide sont souvent recueillies également par le biais d'enquête en population générale.

L'idéation suicidaire se mesure également, par le biais de questionnaires dans lesquels il est demandé à la personne interrogée s'il lui arrive de penser à se donner la mort. A côté des biais classiques de cette méthode, comme la dissimulation, l'effet Rosenthal, l'instrumentalisation... la formulation même de la question est importante. L'analyse des données disponibles sur la Belgique en est d'ailleurs une bonne illustration.

3.3.1. Le suicide

A. Comparaisons internationales du comportement suicidaire fatal:

Dans son chapitre 7 « la violence dirigée contre soi-même », le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS, mesure l'ampleur du phénomène du comportement suicidaire fatal, en comparant les taux dans différents pays et régions (75 zones) pour lesquels on dispose de ces données, sur base de l'année la plus récente (entre 1990 et 2000).

La Belgique, avec un taux de suicide de 24 pour 100.000 habitants, se situe au-dessus de la moyenne mondiale (14,5 pour 100.000 habitants).

² Extrait du rapport: Steinberg P. Les jeunes et la santé mentale en Belgique: le suicide. Centre collaborateur de l'OMS - Belgique ; 2005.

Tableau 2: Comparaison internationale du taux de suicide pour 100.000 habitants.
Source: « La violence et la santé », OMS, 2002.

Pays	année	Taux de suicide pour 100.000 habitants			Ratio homme/femme
		total	homme	femme	
Belgique	1995	24,0	36,3	12,7	2,9
France	1998	20,0	31,3	9,9	3,2
Pays-Bas	1999	11,0	15,2	7,1	2,1
Canada	1997	15,0	24,1	6,1	3,9
Danemark	1996	18,4	27,2	10,1	2,7
Finlande	1998	28,4	45,8	11,7	3,9
Allemagne	1999	14,3	22,5	6,9	3,3
Italie	1997	8,4	13,4	3,8	3,5
Fédération de Russie	1998	43,1	77,8	12,6	6,2
Thaïlande	1994	5,6	8,0	3,3	2,4
USA	1998	13,9	23,2	5,3	4,4

Les pays d'Europe de l'Est connaissent le plus haut taux, tandis qu'en Amérique latine, on observe les plus bas taux. L'Europe de l'Ouest, l'Amérique du Nord connaissant des situations intermédiaires. Il existe par ailleurs peu de données concernant les régions d'Afrique. Parmi les pays européens de l'Ouest, la Belgique, avec la Finlande, connaît les taux les plus élevés.

B. Au niveau national:

Les données les plus récentes concernant les décès par suicide au niveau de l'ensemble de la population belge datent de 1997.

Notons qu'il existe des données plus récentes pour la région flamande et pour Bruxelles. Les projections que nous pouvons réaliser sur base de ces données nous montrent une lente évolution du taux de suicide. Mais étant donné que le taux de suicide est parfois soumis à de fortes variations régionales ou locales, il nous paraît plus prudent de nous en tenir aux derniers chiffres disponibles pour toute la Belgique. Ces résultats sont disponibles pour la Flandre sur <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/sterfte/specifiek/uitwendig/suicide.htm> et pour Bruxelles sur <http://www.observatbru.be>.

Il serait nécessaire de prévoir un système d'enregistrement des décès par suicide permettant une mise à jour régulière de ces informations à un niveau fédéral.

Le suicide par rapport aux autres causes de décès

Avec 2146 suicides sur un total de 103.800 décès en 1997, au niveau de l'ensemble de la population, le suicide est la 10^e cause de décès (après et par ordre décroissant, les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies de l'appareil digestif, les maladies du système nerveux et des organes de sens, les maladies endocriniennes et du sang, les troubles mentaux, les symptômes et états morbides mal définis) (voir tableau 3).

Cela signifie que, pour l'année 1997, chaque jour, en moyenne six personnes se sont suicidées en Belgique.

Tableau 3 Causes de décès par âge.
Source: Données INS 1997.

	Total	Moins de 20 ans	De 20 à 39 ans	De 40 à 59 ans	De 60 à 79 ans	De 80 à 99 ans	100 ans et +
Total des décès (toutes causes)	103.800	1.265	2.853	10.341	42.371	46.577	393
Total causes internes	97.508	891	1.152	8.798	40.899	45.384	384
Maladies infectieuses et parasitaires (sauf tuberculose)	1.308	30	59	112	498	600	9
tumeurs	28.041	104	421	4.258	15.422	7.824	12
Maladies endocriniennes, maladie du sang	2.828	25	35	159	1.128	1.471	10
Troubles mentaux	2.464	4	61	163	561	1.664	11
Maladies du système nerveux et des organes de sens	3.419	58	73	195	1.268	1.818	7
Maladies de l'appareil circulatoire sauf maladies vasculaires cérébrales	28.501	20	180	1.875	11.117	15.157	152
Maladies vasculaires cérébrales	9.453	11	63	460	3.296	5.594	29
Maladies de l'appareil respiratoire	10.672	26	46	456	4.275	5.808	61
Maladies de l'appareil digestif	4.519	5	112	799	1.711	1.882	10
Maladies de l'appareil uro-génital	1.504	1	13	54	533	896	7
Complication de grossesse, accouchement, suites de couche	10	/	10	/	/	/	/
Malformations congénitales, maladies propres à la première enfance	565	492	27	32	11	3	0
Symptômes, signes et états morbides mal définis sauf sénilité sans mention de psychose	2.353	114	46	191	705	1.267	30
Autres causes internes	1.070	1	6	31	282	741	9
Total causes extérieures	6.292	374	1.701	1.543	1.472	1.193	9
Accidents de la circulation	1.483	177	640	292	293	81	/
Intoxications accidentelles	174	15	73	47	25	14	/
Accidents, complications lors d'actes médicaux ou chirurgicaux	194	2	8	27	83	74	/
Chutes accidentelles	1.293	11	50	136	367	722	7
Accidents provoqués par le feu	106	13	23	19	35	16	/
Accidents causés par submersion, suffocation et corps étrangers	259	36	21	53	82	66	1
Suicides	2.146	64	668	787	472	155	/
Homicides	177	22	83	51	19	2	/
Autres causes extérieures	460	34	135	131	96	63	1

L'INS (Institut national de Statistiques) distingue les causes internes, des causes externes. Il est à remarquer ici que le classement du suicide parmi les autres causes dépend du degré de finesse des catégories utilisées pour effectuer la typologie. Au plus on affine les catégories de décès autres que le suicide, au plus la catégorie « suicide » prend de l'importance dans le classement.

Il faut alors remarquer que si le suicide est la 10^e cause de décès au sein de la population générale, **c'est la première cause de décès dans la typologie INS des causes extérieures**. Toutefois, si on regroupe les causes couvrant la majorité des accidents domestiques (intoxications accidentelles, chutes accidentelles, accidents provoqués par le feu, accidents

causés par submersion, suffocation et corps étrangers et certaines des autres causes extérieures), le suicide passe au deuxième rang.

Le nombre de décès par suicide est donc bien supérieur au nombre de décès par accidents de la route, chutes accidentelles, et autres accidents. De plus, comme cela a déjà été dit, parmi les accidents de la route, des suicides sont parfois masqués. Toutefois, davantage de personnes meurent d'un accident domestique que d'un accident de voiture ou par suicide.

Tableau 4: Évolution de quelques causes de décès de 1994 à 1997.
Source: INS, statistiques démographiques.

Cause de décès	1994		1995		1996		1997	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Suicide	2,95	1,14	2,92	1,17	2,78	1,07	2,99	1,15
Tumeurs	30,79	23,06	30,81	23,16	30,57	22,66	31,10	22,93
Maladies de l'appareil circulatoire	33,33	41,47	33,22	41,37	33,80	41,31	32,82	40,30
Accidents de la route	2,58	0,90	2,23	0,79	2,09	0,74	2,05	0,75
Chute accidentelle	1,13	1,63	1,00	1,40	1,06	1,47	1,09	1,40
Accident provoqué par le feu	0,11	0,11	0,13	0,08	0,12	0,09	0,13	0,08
Homicide	0,20	0,15	0,19	0,13	0,20	0,19	0,19	0,15

Le tableau qui suit compare le suicide aux autres causes de décès en fonction de l'âge.

Tableau 5: Position du suicide dans les causes de décès.
Source: « Les jeunes et la santé mentale en Belgique: le suicide », P. Steinberg, Centre collaborateur de l'OMS, 2005.

Groupe d'âge	Position du suicide dans les causes de décès (typologie INS)
Population totale	Suicide = 10^e cause Mais 1 ^{ère} cause externe
Moins de 20 ans	Suicide = 4^e cause de décès (toutes causes confondues) 2 ^e cause de décès externe (après les accidents de la circulation)
20 à 39 ans	Suicide = 1^{ère} cause de décès externe avant les causes internes (toutes causes confondues)

Les données de l'INS permettent de ventiler les suicides enregistrés, en fonction du sexe et des groupes d'âges, ainsi que d'opérer une distinction selon le type de suicide.

Le suicide en fonction du sexe:

Il y a globalement trois fois plus d'hommes que de femmes qui se suicident.

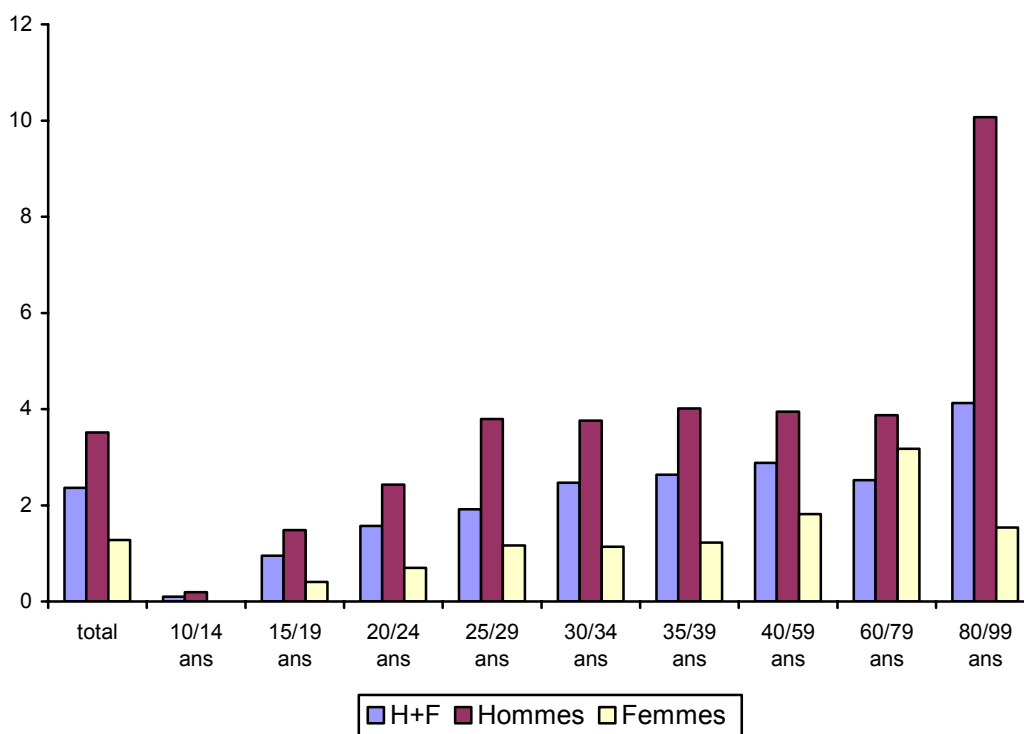
Tableau 6: Evolution du nombre de suicide en Belgique, en fonction du sexe.
Source: données INS de 1993 à 1997.

	1993	1994	1995	1996	1997
Total suicide	2.142	2.131	2.155	2.013	2.146
homme	1.552	1.543	1.550	1.458	1.551
femme	590	588	605	555	595
Total des décès	106.824	103.778	104.897	104.370	103.800
Pourcentage de suicide par rapport au décès	2,0 %	2,0 %	2,0 %	1,9 %	2,1 %

Le suicide en fonction de l'âge:

La fréquence des suicides augmente globalement de façon linéaire avec l'âge.

Figure 4: Fréquence des suicides par 10.000 personnes de la tranche d'âge.
Source: données INS, 1997.



Type de suicide:

En ce qui concerne les moyens qui sont mis en œuvre pour mettre fin à ses jours, des différences importantes existent en fonction du sexe de la personne décédée.

Tableau 7: Décès par suicide en Belgique, en fonction du sexe et des groupes d'âges et selon les méthodes utilisées
Source: données INS 1997

	Total			Moins de 20 ans			20 à 39 ans			40 à 59 ans			60 à 79 ans			80 à 99 ans		
	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F
total suicides	2146	1551	595	64	52	12	668	516	152	787	541	246	472	327	145	155	115	40
Par substances solides ou liquides	348	190	158	5	3	2	115	70	45	142	73	69	68	32	36	18	12	6
Par gaz à usage domestique	5	3	2	-	-	-	2	1	1	3	2	1	-	-	-	-	-	-
Par d'autres gaz	35	24	11	1	1	-	14	11	3	14	8	6	5	3	2	1	1	-
Par pendaison, strangulation et asphyxie	984	784	200	25	20	5	338	279	59	370	287	83	184	142	42	67	56	11
Par submersion	204	106	98	1	1	-	31	23	8	86	42	44	71	34	37	15	6	9

(noyade)																		
Par armes à feu ou explosifs	310	283	27	17	14	3	78	73	5	105	88	17	90	88	2	20	20	-
Par instrument tranchant et perforant	26	16	10	-	-	-	6	5	1	13	6	7	6	4	2	1	1	-
Par saut d'un lieu élevé	122	60	62	5	4	1	35	18	17	24	12	12	34	14	20	24	12	12
Par moyens autres et non précisés	111	84	27	10	9	1	49	36	13	30	23	7	13	9	4	9	7	2

Ainsi, les femmes privilégient comme moyen de mettre fin à leurs jours, le saut d'un lieu élevé, ainsi que l'absorption d'une substance. Les hommes quant à eux ont davantage recours à des méthodes qualifiées de « plus violentes », comme la pendaison, strangulation et asphyxie, et les armes à feu ou explosifs.

3.3.2. Les tentatives de suicide

S'il existe une série de biais à l'enregistrement des données sur le suicide, la récolte des données sur les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont d'un recueil encore plus difficile.

Plusieurs raisons interviennent:

- Une tentative de suicide n'implique pas forcément le passage par un établissement de soins. Dans certains pays, ce passage est également risqué dans la mesure où il peut engendrer des sanctions pénales. Le recueil de ces données est pourtant primordial dans la prévention, vu l'importance du facteur « récurrence ».
- Les données disponibles en milieu de soins sont donc partielles, et complétées par des enquêtes démographiques.
- Les données provenant des institutions de soins constituent un enregistrement partiel: l'OMS estime que seulement 1 personne sur 4 qui a fait une tentative de suicide, sera prise en charge par le milieu hospitalier.
- Les informations sont le plus souvent récoltées au travers d'enquêtes en population générale. D'autant plus que cet item intervient souvent dans les différents outils diagnostiques de santé mentale. Dans ce cas-ci, on demande à la personne interrogée si elle a déjà tenté de mettre fin à ces jours (tentative de suicide) ou si elle y a déjà pensé (idéation suicidaire). La formulation pouvant prendre des variantes. Il est clair que les réponses à ce type de questions sont souvent sous-évaluées, dans la mesure où les personnes interrogées peuvent être tentées avec ce type de questions de ne pas indiquer la bonne réponse. Il existe d'ailleurs pour ces cas-là toute une série de précautions méthodologiques qui permettent de diminuer cet effet (garantie de l'anonymat, mise en confiance de la personne interrogée, lieu de l'enquête, méthodologie de passation...).

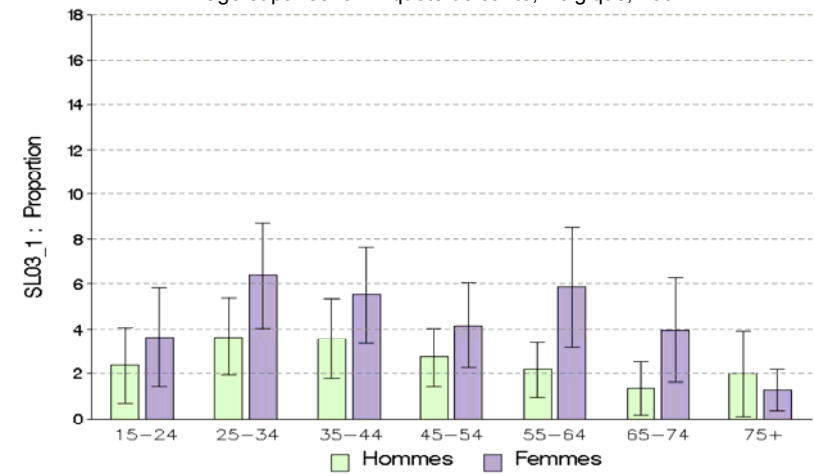
Cependant, certaines données telles que celles de l'enquête santé de 2004 déjà évoquée peuvent nous fournir quelques éléments d'information.

Analyse par sexe et par âge:

- « Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie (4,6 % contre 2,7 %).
- Les tentatives de suicide au cours de l'existence sont plus fréquemment rapportées par les individus de 25 à 44 ans (environ 5 % d'entre eux). Trois jeunes sur cent de 15-24 ans ont toutefois déjà essayé de mettre un terme à leur vie. Ils sont cinq pour mille (5 ‰) à avoir posé le geste dans les 12 mois précédant l'enquête. C'est dans le groupe d'âge de 25-34 ans que les tentatives de suicide récentes sont les plus courantes (8 ‰).

La distribution des tentatives de suicide sur une vie par âge et par sexe est donnée dans la figure ci-dessous:

Figure 5: Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant déjà tenté de se suicider, par âge et par sexe. Enquête de santé, Belgique, 2004.



Analyse par niveau d'instruction:

Le passage à l'acte suicidaire est plus courant dans les milieux les moins scolarisés (de 4 % à 5 %) par rapport aux milieux qui ont accédé à des études supérieures (3 %). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe. Les tentatives récentes révèlent clairement ce gradient socio-économique: leur prévalence passe de 0,9 % dans le milieu le moins scolarisé à 0,2 % dans le milieu le plus instruit. La différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Analyse par degré d'urbanisation:

Les tentatives de suicide au cours de la vie sont plus fréquemment rapportées par les habitants des villes (5 %, contre 3 % dans les zones moins urbanisées) et cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe. Ici, Bruxelles n'est plus la seule ville en cause: le degré d'urbanisation a également une influence sur le taux de tentatives de suicide en région wallonne. Quant aux tentatives de suicide récentes, la tendance montre qu'elles sont moins fréquentes dans les milieux ruraux, mais les différences n'atteignent pas le niveau de signification statistique, probablement dû au petit nombre d'effectifs.

Analyse par régions:

Les tentatives de suicide, que ce soit au cours de la vie ou commises récemment au moment de l'enquête sont moins fréquentes en région flamande (2 % et 0,3 % respectivement) que dans les deux autres régions (6 % et 0,6 % respectivement dans chacune des régions). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe ».

Données des médecins vigies (Institut Scientifique de Santé Publique):

Les médecins vigies constituent un réseau de médecins généralistes, dépendant des différentes communautés, qui enregistrent des données médicales dont, entre autres, les suicides et tentatives de suicide.

Plus ou moins 150 médecins généralistes, représentatifs en âge et sexe de leurs confrères y participent, sur une base volontaire, ce qui couvre 1,5 % des patients belges. Les données ainsi enregistrées sont extrapolées à l'ensemble de la population. La comparaison avec d'autres sources statistiques indique la bonne fiabilité de l'enregistrement des médecins vigies et de la méthode d'extrapolation à l'ensemble de la population.

La ventilation de la prévalence des tentatives de suicide par âge montre une prédominance à tout âge des tentatives de suicide chez les femmes. Elle indique également que les jeunes femmes de 15/29 ans constituent un groupe à risque.

Tableau 8: Prévalence des tentatives de suicide par âge.
Médecins vigies 2000/2001.

Age	homme	femme
0/14 ans	-	33
15/29 ans	75	173
30/64 ans	71	112
65/79 ans	28	38
80 et plus	52	118

Des différences régionales apparaissent, la population wallonne rencontre tant au niveau des suicides que des tentatives de suicide des chiffres plus importants, excepté au niveau du suicide abouti, pour lequel les femmes flamandes sont proportionnellement plus nombreuses à y arriver.

Tableau 9: Prévalence des suicides et tentatives de suicide en fonction du sexe et de la région. Médecins vigies 2000/2001.

Prévalence (sur 100.000)	Régions	homme	femme
suicides	Flandres	31	11
	Wallonie	43	8
tentatives	Flandres	53	100
	Wallonie	89	214

Les tentatives de suicide sont donc globalement quatre fois plus importantes que les suicides aboutis. De grandes différences existent en fonction du sexe de la personne: ainsi les hommes sont 2 fois plus nombreux à tenter de se suicider par rapport aux suicides « aboutis », alors que les femmes sont 14 fois plus nombreuses à tenter de se suicider par rapport aux suicides aboutis.

“A Four-Country Survey Regarding Suicide: consumer’s beliefs, attitudes and behaviours” (2003):

Test-santé (Joolen et al., 2003) a participé, en 2003, à une enquête internationale (Belgique, Italie, Portugal et Espagne), portant sur la représentation sociale du suicide, les méthodes utilisées, la prévalence des comportements suicidaires (tentatives, idées suicidaires...), et sur l'expérience et l'évaluation des personnes recherchant le soutien de professionnels.

Cette enquête a été conduite auprès d'un échantillon représentatif de la population belge adulte, âgée de 18 à 70 ans. Pour la partie belge, 2.034 personnes ont été interrogées (sur 12.356 individus au total).

Quelques éléments:

- 19 % des personnes interrogées déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année écoulée.
- 42 % des personnes qui pensaient souvent au suicide n'en ont pas parlé autour d'elles (22 % à des amis, 20 % à leur partenaire, 14 % à des connaissances et 5 % à leurs collègues).
- 20 % des personnes qui pensaient souvent au suicide ont fait appel à un professionnel de la santé.
- 10 % des personnes interrogées ont déjà fait une tentative de suicide. Ce sont les jeunes et en particulier les jeunes femmes qui attendent le plus fréquemment à leurs jours. 16,4 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans ont déjà essayé de mettre fin à leurs jours.

Parmi les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours:

- 32 % n'ont pas été dirigées vers un professionnel de la santé après leur tentative;
- 24 % ont eu un lavage d'estomac;
- 24 % ont bénéficié d'une psychothérapie ou de conseil psychologique;
- 19 % se sont vus prescrire des médicaments;
- 7 % ont subi une intervention chirurgicale.

L'enquête montre également qu'au niveau de la représentation sociale du suicide, beaucoup d'idées préconçues circulent:

- « Le risque qu'une personne, ayant raté son suicide, réessaye une seconde fois est minimale » (14 % le pensent).
- « Toute personne qui a eu un jour des idées suicidaires continuera à en avoir toute sa vie » (45 %).
- « Les tentatives de suicide ont principalement pour but d'attirer l'attention » (51 %).
- « Les personnes qui disent qu'elles vont se suicider passent rarement à l'acte » (45 %).
- « Discuter avec une personne de ses idées suicidaires aggrave la situation » (7 %).

De manière générale, les données ainsi récoltées indiquent:

- Même si les données ne sont pas toutes concordantes, il semblerait qu'il existe une plus grande prévalence des tentatives de suicide chez les jeunes (tant de manière relative qu'absolue).
- Le taux de « réussite » est estimé à 1 sur 2 ou 3 pour les plus de 65 ans, tandis qu'il serait de 1 sur 100 à 200 pour les moins de 25 ans. Ainsi, si les jeunes sont beaucoup plus enclins à tenter de se suicider, les tentatives de suicide sont nettement plus souvent fatales chez les individus plus âgés.
- Les tentatives de suicide non fatales sont deux à trois fois plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Le suicide étant quant à lui plus souvent « réussi » chez les hommes. Autrement dit, si les jeunes et les femmes essayent plus souvent de mettre fin à leurs jours, les hommes et les personnes âgées y arrivent plus souvent.

Récapitulatif des principales données épidémiologiques

Concernant la dépression, notons que la prévalence des troubles dépressifs est plus élevée:

- chez les femmes
- dans les couches de population les moins scolarisées
- chez les personnes séparées ou les veufs/veuves
- en Wallonie et à Bruxelles en comparaison avec la Flandre.

Concernant la dépressivité, elle semble plus importante:

- chez les femmes et en particulier les jeunes femmes (15-24 ans)
- dans la tranche d'âge 35-44 ans pour l'ensemble de la population
- en Wallonie et à Bruxelles.

Concernant le suicide,

- Le taux de suicide en Belgique est supérieur à la moyenne mondiale: 24 par rapport à 14,5 pour 100.000 habitants (fin des années nonante).
- D'après les statistiques, en 1997 chaque jour en moyenne 6 personnes se sont suicidées en Belgique.
- Dans la population totale, le suicide est la 10^e cause de décès, toutes causes confondues, mais la 1^{ère} cause externe. Chez les moins de 20 ans, c'est la 4^e cause de décès toutes causes confondues et la 2^e cause de décès externe (après les accidents de la circulation). Enfin, chez les 20-39 ans, le suicide est la 1^{ère} cause de décès externe avant les causes internes (toutes causes confondues).
- Les « suicides aboutis » sont globalement plus nombreux chez les hommes. Ils ont, de plus, recours à des moyens plus « violents » de se donner la mort que les femmes.
- Par contre, les tentatives de suicide sont bien plus nombreuses chez les femmes.
- Le nombre de suicides aboutis augmente avec l'âge de façon quasi linéaire.
- Par contre, c'est dans le groupe d'âge 15-29 ans que les tentatives de suicide récentes seraient les plus courantes.
- Les tentatives de suicide sont plus courantes dans les milieux moins scolarisés, dans les villes avec un degré d'urbanisation élevé et en Wallonie et à Bruxelles.

4. CONSTATS GENERAUX

4.1. Facteurs de risque/ facteurs de protection

Une approche classique en santé mentale consiste à tenter de définir des populations dites « à risque ». C'est ainsi que les jeunes, les personnes âgées, les allochtones ou encore les homosexuels sont souvent pointés comme des groupes spécifiques présentant un risque accru de passage à l'acte suicidaire. Si cette approche présente de prime abord l'avantage de cibler un groupe spécifique et de faciliter ainsi les approches possibles, elle comprend de nombreux écueils.

De fait, le problème de cette approche est qu'elle tend à réduire un individu à un comportement général. De plus, certaines caractéristiques de ces groupes à risque sont irréductibles. Aucune campagne de prévention ne changera le fait d'être jeune ou âgé. Cette approche présente également la problématique comme relevant d'un schéma causal. Or, la pratique nous démontre qu'en matière de dépression et de suicide, le schéma est beaucoup plus complexe et il ne suffit pas d'appartenir à un groupe à risque pour présenter au niveau individuel des risques accrus de passage à l'acte suicidaire.

Nous ne parlerons donc pas dans ce rapport de « populations à risques ». Les chiffres disponibles ne sont pas suffisamment fiables pour pouvoir déterminer avec certitude des « populations à risques ». Par ailleurs, ces groupes sont rarement homogènes et on ne peut dès lors pas en parler en termes de généralités (exemple: les allochtones; ce n'est certainement pas le fait « d'être allochtone » qui peut comporter des risques de dépression ou de suicide mais bien la rupture du lien social que peut, éventuellement, entraîner ce type de situation). Il est donc bien plus pertinent de parler de « facteurs de risque » (dont la rupture du lien social, par exemple) en même temps que des « facteurs de protection ».

Un programme de prévention devrait ainsi tendre à réduire les facteurs de risques et augmenter les facteurs de protection et ce, dans la population en général.

Nous présenterons donc dans cette section un résumé d'un modèle de facteurs de risque et de protection élaboré pour appréhender la dynamique liée à la dépression et, dans un second temps, un modèle des facteurs de risque et de protection plus spécifique au suicide du *Suicide Prevention Resource Center* de l'*American foundation for Suicide Prevention*. Enfin, le lien entre antidépresseurs et risque suicidaire accru sera analysé.

4.1.1. Facteurs de risque et de protection face à la dépression

Une récente publication belge a analysé cet aspect de la problématique (Corveleyn et al., 2005):

« Selon le concept biopsychosocial, la dépression est une forme de "vulnérabilité croissante". Ce qui se présente de façon clinique est considéré comme le résultat final d'une spirale négative qui s'installe si les facteurs de risque ne peuvent plus être contrebalancés par les facteurs de protection dont chacun dispose dans une certaine mesure.

L'individu doit donc disposer d'une certaine vulnérabilité pour la dépression, qui est le résultat essentiellement d'une prédisposition génétique et d'un processus de développement perturbé dans lequel les événements importants de la vie peuvent jouer un rôle crucial.

La personne vulnérable peut y faire face durant plusieurs périodes ou même toute sa vie grâce à des facteurs de protection, qui sont inhérents à la personne ou qui peuvent être acquis durant les événements de la vie qu'elle a vécus ou grâce au soutien de ses proches.

Les déclencheurs potentiels de stress, qui peuvent être de nature biogénétique, psychologique, somatique ou social-communautaire, peuvent interférer dans la vie. Beaucoup de personnes vulnérables à la dépression auraient déjà une hypersensibilité au stress intrinsèque, mais feront en plus une évaluation subjective très négative de certains événements, circonstances et messages. Si cela s'avère trop lourd, dure trop longtemps ou est trop peu en équilibre avec les réflexes protecteurs, des problèmes surgiront. Si certains facteurs de protection s'affaiblissent ou disparaissent, des problèmes surgiront également.

A un certain moment, une "spirale négative" se produit et conduit à la dépression. Tant les facteurs de perception que les événements interpersonnels jouent un rôle dans ce processus. »

4.1.2. *Facteurs de protection et facteurs de risque suicidaire* (Suicide Prevention Resource Center)

« Les facteurs de risque peuvent être considérés comme "menant à" ou "étant associés" au suicide; Cela veut dire que les personnes qui "possèdent" le facteur de risque courent un plus grand risque d'un comportement suicidaire. Les facteurs de protection, par contre, réduisent la probabilité de suicide. Ils renforcent la résilience³ et peuvent servir comme contrepoids pour les facteurs de risque. Les facteurs de risque et de protection peuvent être de nature biopsychosociale, environnementale ou socioculturelle. Même si cette division est quelque peu arbitraire, elle offre l'opportunité de considérer ces facteurs de différentes perspectives. Comprendre la relation interactive entre facteurs de risque et facteurs de protection dans le comportement suicidaire et comment cette interaction peut être modifiée, constitue des défis pour la prévention du suicide (Móscicki, 1997).

Malheureusement, les études scientifiques qui démontrent que modifier des facteurs de risque ou de protection spécifiques a un effet sur la prévention du suicide, sont toujours très peu nombreuses. Néanmoins, il est clair que l'impact de certains facteurs de risque peut être réduit par certaines interventions comme fournir du lithium pour les troubles maniaco-dépressifs ou renforcer le soutien social dans une communauté (Baldessarini, Tando, Hennen, 1999). Les facteurs de risque qui ne peuvent pas être changés (comme les tentatives de suicide antérieures) peuvent alerter les autres du risque accru de suicide durant des périodes de récurrence de troubles mentaux ou d'abus de substances à la suite d'un événement de vie particulièrement stressant (Oquendo et al., 1999). Les facteurs de protection sont assez variés et ils incluent les caractéristiques d'attitude et de comportement des individus, ainsi que des particularités de l'environnement et de la culture (Plutchik, Van Praag, 1994). Ci-dessous se trouvent certains des facteurs de risque et de protection les plus importants.

Facteurs de Risque suicidaire

Facteurs de risque biopsychosociaux:

- troubles mentaux, en particulier les troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux et certains troubles de personnalité;
- alcool et autres troubles d'abus de substances;
- désespoir;
- tendances impulsives et/ou agressives;
- histoire de trauma ou abus;
- certaines maladies physiques majeures;
- tentative de suicide antérieure;

³ Ce terme provient de la physique pour désigner la qualité des matériaux leur permettant de retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. Transféré à la santé mentale, la résilience désigne la capacité de l'individu à surmonter les traumatismes. Il s'agit d'un processus dynamique qui n'est donc jamais acquis une fois pour toute.

- histoire familiale de suicide.

Facteurs de risque environnementaux:

- perte de travail ou financier;
- perte relationnelle ou sociale;
- accès facile à des moyens mortels;
- clusters locaux de suicide qui ont un effet contagieux.

Facteurs de risque socioculturels:

- manque de soutien social et sentiment d'isolement;
- stigmatisation de la recherche d'aide;
- barrières pour accéder aux soins de santé, en particulier les soins de santé et le traitement d'abus de substances;
- certaines convictions culturelles et religieuses (par exemple, la conviction que le suicide est une solution noble pour un dilemme personnel);
- exposition aux suicides, y compris par les médias, et influence d'un suicide sur l'entourage.

Facteurs de Protection contre le Suicide

- soins cliniques efficaces pour les troubles mentaux, physiques et d'abus de substances;
- accès facile à toute une gamme d'interventions cliniques et soutien dans la recherche d'aide;
- accès réduit aux moyens très mortels de suicide;
- liens étroits avec la famille et soutien de la communauté;
- soutien par des relations continues de soins médicaux et de santé mentale;
- capacités à résoudre des problèmes et des conflits et à gérer des disputes de façon non-violente;
- des convictions culturelles et religieuses qui découragent le suicide.

Toutefois, la résistance positive au suicide n'est pas permanente, donc les programmes qui soutiennent et maintiennent la protection contre le suicide doivent être continus. »

De manière générale, **le développement des compétences psychosociales** des individus semble une stratégie générale de « protection » efficace reconnue. « *Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé* » (OMS, 1993). « *Il est crucial de permettre aux gens de faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes [...]* » (OMS, [Charte d'Ottawa](#), 1986).

Selon les groupes d'âge, d'autres facteurs de risque et de protection spécifiques peuvent être significatifs. Toutefois, les facteurs qui viennent d'être cités sont des facteurs de risque et de protection généraux et communément admis. D'autres peuvent être envisagés dans le cas de programme de prévention qui vise une population en particulier.

« L'information concernant les facteurs de risque et de protection pour les tentatives de suicide est plus limitée que pour le suicide. Un des problèmes dans l'étude du comportement suicidaire non-fatal est un manque de consensus sur ce qu'est exactement le comportement suicidaire (O'Carroll et al., 1996). Est-ce que le comportement d'automutilation sans l'intention de mourir doit être considéré comme un comportement suicidaire? Si l'intention définit le comportement suicidaire, comment peut-on quantifier l'intention d'une personne de mourir? Le manque de consensus dans cette matière fait qu'il est difficile de conduire une recherche valide. Par conséquent, il n'est pas encore possible de dire avec certitude que les facteurs de risque et de protection sont les mêmes pour le suicide et les formes d'automutilation non-fatales. Selon certains auteurs ce serait le cas, d'autres signalent des différences. (Duberstein et al., 2000; Linehan, 1986). » (*Suicide Prevention Ressource Center*)

4.1.3. Antidépresseurs: facteur de risque?

L'éventualité du lien entre les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) (un type d'antidépresseurs) et le suicide fait l'objet de nombreux débats. Dans un article de la revue *evidence based medicine* Minerva (février 2006), un spécialiste belge analyse cette éventualité: « Les ISRS sont considérés comme efficaces et sûrs dans le traitement de plusieurs affections. Dès 1990, le risque d'une possible association entre l'usage d'ISRS et un taux accru de suicide est mis en question. Depuis lors, une telle association a été montrée dans une synthèse méthodique de RCT's (*Randomized controlled trials*) chez les enfants » (Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data, *Lancet* 2004, 363: 1341-5).

Par contre, « les RCT's et les synthèses méthodiques chez les adultes arrivent à des conclusions contradictoires et souffrent d'un manque de puissance statistique ou d'autres insuffisances méthodologiques ». Il ressort de deux méta-analyses récentes évaluant le risque suicidaire accru chez l'adulte traité avec des ISRS que: « ces deux synthèses méthodiques montrent une possible relation entre le risque majoré de tentatives de suicide chez les adultes et un traitement par ISRS pour quelque indication que ce soit. Il est donc recommandé de préciser avec soin l'indication de prescription d'un ISRS et de suivre de près les patients traités avec ce médicament ».

« Une explication de la relation possible entre ISRS et risque suicidaire se trouve probablement soit dans l'effet (moteur) dynamisant à un moment où l'amélioration de l'humeur n'est pas encore manifeste, soit dans cette agitation, qui, principalement en début de traitement, peut aggraver les idées suicidaires et entraîner des tentatives de suicide ».

Dès lors, chez les enfants et les adolescents, il est primordial que le professionnel qui prend en charge le patient soit particulièrement averti et formé pour dépister à temps les signes précoces de dépression et a fortiori les symptômes de risque suicidaire. La prise en charge de tels symptômes doit se faire dans une approche pluridimensionnelle (enfant, famille, école, environnement, médication) et nécessite un traitement par un spécialiste (pédopsychiatre). Celui-ci suivra l'enfant ou l'adolescent de très près afin de prévenir toute tentative de suicide. En effet, en phase de maturation psychologique, les mécanismes de contrôle de soi et de son impulsivité étant encore fort limités chez les enfants et les adolescents, la potentialité du passage à l'acte doit être constamment surveillée.

Chez les personnes âgées, on constate le même phénomène de diminution du contrôle de soi pour des raisons cette fois d'invalidation. Une surveillance étroite en cours de traitement est donc également recommandée.

Chez les adultes, « en début de traitement avec un ISRS pour quelque indication que ce soit, un suivi intensif avec consultations fréquentes et collaboration de l'entourage ou d'autres sources de soins doit donc être prévu. Des doutes récents sur la validité des études évaluant l'efficacité des

antidépresseurs (tant les ISRS que les ATC) soulignent la nécessité de bien préciser leur indication (Moncrieff et al., 2005). En premier lieu, des interventions psychosociales, à efficacité basée sur des preuves, doivent être envisagées, en tenant compte des préférences du patient. »

Notons encore qu'il faut éviter de prescrire un anxiolytique seul pour soigner une dépression. Dans ce cas, alors que le niveau d'humeur n'est pas suffisamment rétabli, l'anxiété générale du patient étant calmée, on peut assister à des passages à l'acte suicidaire réalisé dans un climat de plus grande « sérénité ».

Il est bien connu en pratique clinique, et toutes les études vont dans ce sens, qu'en cas de prescription médicamenteuse, un minimum de suivi psychosocial améliore le pronostic. Dans certains cas, une psychothérapie appropriée contribue également à cette amélioration. L'efficacité des différentes orientations psychothérapeutiques habituellement reconnues et validées est présentée dans un rapport précédent du CSH « Psychothérapies: définitions, pratiques et conditions d'agrément »⁴.

En tout état de cause, il faut veiller à ce que l'accès aux antidépresseurs ne soit pas laissé à la discrétion des patients. Un contrôle de la prise doit toujours être assuré.

L'identification des facteurs de risque et des facteurs de protection est importante en termes de prévention des suicides et des dépressions. Un bilan de ces facteurs pourrait être communiqué à tout professionnel susceptible d'être confronté à la problématique du suicide ou de la dépression.

⁴ Rapport consultable sur le site Internet du CSH, sous le rubrique « Avis et recommandations », en introduisant « psychothérapies » dans le moteur de recherche – www.health.fgov.be/CSH_HGR/.

4.2. Troubles mentaux et suicide⁵

4.2.1. Liens entre troubles mentaux et suicide

Comme le point précédent l'a montré, les troubles mentaux sont un facteur de risque suicidaire important. Les maladies psychiatriques habituellement mises en lien avec le suicide sont les états dépressifs, les états anxieux, les états psychotiques aigus ou chroniques et les états psycho-organiques démentiels ou confusionnels. La prise de toxiques, alcool ou autre, qu'elle soit occasionnelle ou organisée en abus ou dépendance, en résonance avec une pathologie de l'axe I ou de l'axe II du DSM-IV, peut constituer un facteur de risque important.

Des études réalisées auprès de proches de décédés ont permis de mettre en évidence que les personnes ayant mis fin à leur jours ont connu, dans les mois ou années qui précèdent leur tentative de suicide fatale, des symptômes de troubles psychiatriques tels que:

- dépression majeure
- autres troubles de l'humeur, comme le trouble bipolaire
- schizophrénie
- anxiété et troubles du comportement et de la personnalité
- impulsivité
- sentiment d'impuissance.

La coexistence de plusieurs troubles accroît le risque.

En ce qui concerne la **schizophrénie**, le risque de suicide est plus marqué chez les patients masculins, dans les premiers stades de la maladie, en particulier auprès des patients particulièrement dynamiques avant la déclaration de la maladie, et auprès des patients avec des rechutes chroniques. On retient habituellement un chiffre de 10 % à 13 % de décès par suicide chez les schizophrènes, avec un nombre de tentatives de suicide qui en concernerait 18 % à 55 %.

Le risque suicidaire est également plus important chez les personnes souffrant **de troubles bipolaires**. Il ne s'agit évidemment pas uniquement des périodes de dépression majeure, mais bien des changements d'humeur, qui sont imprévisibles. La compliance et la comorbidité y jouent un rôle crucial.

Par ailleurs, il est bien connu que **les problèmes liés à l'alcool ou aux drogues** augmentent le risque suicidaire, en particulier chez les jeunes. Il y a des explications biologiques, psychologiques et sociales à la corrélation entre abus de substance et suicide. De plus, ce type de comportement d'abus n'est pas sans lien avec la dépression, qu'elle en soit la cause (l'abus est alors la « solution d'auto-médication » de l'individu) ou la conséquence (la consommation excessive induisant une dépression). Contrairement aux troubles dépressifs, la dépendance alcoolique produit ses effets sur le suicide plus tardivement dans la maladie, et souvent à un moment où d'autres facteurs interviennent (rupture, perte d'emploi, marginalisation sociale, détérioration physique...).

La **dépression** est le trouble psychiatrique le plus souvent associé au suicide. Certaines études montrent que 80 % des personnes qui font une tentative de suicide présentent plusieurs symptômes de la dépression (OMS, 2001). Divers travaux (Cremniter et al., 1998; Lejoyeux et al., 1994; Fawcett et al. 1990) ont pu montrer que le suicide était étroitement lié aux maladies psychiatriques et que généralement, quel que soit le trouble, la dépression est le chemin final commun vers le suicide.

⁵ Cette partie est largement inspirée du rapport « La Dépression: état des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique », K Bayingana & J Tafforeau, Institut Scientifique de la Santé Publique, 2002.

Toutefois, l'évaluation quantitative des liens existant entre dépression et suicide est approximative. Les raisons à cela sont d'ordre méthodologique: d'une part les données sont recueillies rétrospectivement et il n'est pas toujours aisé de déterminer le statut de dépressivité préalable des suicidés. D'autre part, les méthodes de diagnostic de la dépression et les seuils utilisés sont variés. La dépression est un facteur de risque important du suicide surtout chez les adolescents et les personnes âgées. Les personnes qui développent une dépression tardivement au cours de la vie sont à plus haut risque de faire un suicide. En outre, les rechutes de dépression et la comorbidité avec d'autres troubles comme l'anxiété augmentent le risque de suicide (Angst et al., 1999).

Des différences existent également dans la forme que peut revêtir la dépression, en fonction de l'âge: les enfants et les jeunes manifestent davantage que les adultes leur dépression, que ce soit au travers de leur scolarité (fréquentation et résultats), ou dans leur comportement (violence, consommation d'alcool et de substances psychotropes). Ils ont également tendance à manger et dormir davantage. Notons cependant que certains troubles alimentaires (anorexie) peuvent être associés à une augmentation du risque suicidaire.

La dépression chez les personnes âgées mérite une attention particulière. Pourtant fort répandue chez les personnes âgées, en particulier chez les femmes, la dépression est plus difficile à détecter et à diagnostiquer dans ce groupe d'âge. Des explications plus détaillées de ce phénomène se trouvent en annexe.

On a également pu observer des différences dans la forme que peut revêtir la dépression en fonction du sexe dans la mesure où les hommes sollicitent moins l'aide du monde médical que les femmes (plus enclines à faire appel aux médecins, par leur rôle de mère, et une « prédisposition » culturelle à formuler ce qu'elles ressentent); la dépression chez le sexe masculin est donc plus difficile à déceler. De plus, la dépression chez l'homme est souvent associée à des comportements violents et à l'abus de substances.

Le suicide constitue sans aucun doute la complication la plus grave de la dépression. Bien que le suicide soit considéré comme un acte multidéterminé, le groupe à plus haut risque reste celui des patients déprimés.

La présence de certains facteurs de risque envisagés dans la section précédente augmente le risque du passage à l'acte suicidaire chez les personnes souffrant de dépression (Stoff et al., 1997). A cela s'ajoutent les caractéristiques cliniques et évolutives de l'épisode dépressif (type de dépression, sévérité, présence d'une pathologie comorbide, antécédents personnels de tentatives de suicide). En ce qui concerne les facteurs biologiques, la diminution de l'activité sérotoninergique semblerait être un élément favorisant le passage à l'acte suicidaire violent (Stoff et al., 1997). La dopamine jouerait quant à elle un rôle potentiel dans la biologie du suicide dans la dépression (Pitchot et al., 2001).

Les constats établis sur les relations entre troubles mentaux et suicide montrent bien qu'une stratégie efficace de prévention des suicides est le diagnostic précoce et le traitement adéquat des troubles mentaux.

L'importance de cette conclusion est d'autant plus fondamentale que, comme l'a montré l'étude ESEMeD (cf. 3.1.), près d'un tiers des belges semblent avoir manifesté un trouble mental au cours de leur vie et près d'un dixième au cours de l'année précédant l'étude.

Un dernier aspect concernant les troubles mentaux vaut la peine d'être analysé dans le cadre de ce rapport. Il s'agit du recours aux soins et du traitement pour les troubles mentaux. En effet, il a été montré que la prévalence des troubles mentaux en Belgique est élevée et que ces troubles

représentent un facteur de risque suicidaire grave. Il semble donc pertinent d'analyser le recours aux soins et le traitement de ces troubles.

4.2.2. Recours aux soins et traitement des troubles mentaux

L'étude ESEMeD a également envisagé cet aspect de la problématique. Reprenons dès lors les résultats de cette étude:

- Le « recours aux soins » est défini dans l'enquête ESEMeD comme le fait d'avoir au moins un contact avec un prestataire de soins professionnel pour des raisons de problèmes émotionnels ou de santé mentale dans les 12 mois qui ont précédé l'interview: 33 % des personnes ayant souffert d'au moins un trouble ont eu recours aux soins.
- Recours en fonction du type de trouble: parmi les personnes ayant recours aux soins, on observe des différences en fonction du type de troubles: 43 % pour les troubles de l'humeur, 38 % pour les troubles anxieux, et 17 % pour les troubles liés à l'alcool.
- Jusqu'à 77 % des personnes qui cherchent une aide professionnelle sur le plan psychique le font auprès de leur médecin généraliste conjointement ou non avec un « psy » (psychologue, psychiatre, psychothérapeute).
- La présence de plus d'un trouble engendre un recours accru aux personnels de soins.
- Un nombre non-négligeable de personnes ne répondant pas aux critères des troubles demandent néanmoins assistance pour des problèmes émotionnels (6 %).
- Les femmes recherchent deux fois plus souvent que les hommes l'aide d'un prestataire de soins professionnel.
- Le recours à l'aide professionnelle pour des raisons émotionnelles est la moins fréquente dans les catégories d'âges de 18 à 24 ans (et chez les plus de 65 ans).

La conclusion de cette partie de l'étude affirme donc qu'en Belgique le recours aux soins est limité pour les personnes souffrant d'un trouble mental. En outre, une part importante des sujets ayant consulté n'a pas bénéficié d'un traitement adéquat.

Pour ce qui est du traitement des troubles, l'étude nous renseigne que:

- Le seul traitement médicamenteux est la réponse la plus fréquente: 34,9 % des personnes ayant demandé une assistance professionnelle pour des raisons émotionnelles reçoivent uniquement un traitement aux médicaments, ceci étant encore plus vrai pour les personnes souffrant de troubles liés à l'alcool et de troubles de l'humeur.
- Le seul traitement psychologique est suivi par 26,9 % de ces personnes, et ceci davantage encore pour les personnes souffrant de troubles anxieux.
- La combinaison d'un traitement médicamenteux et psychologique est offerte à 13,8 % des personnes demandant de l'aide pour des raisons émotionnelles.
- Et enfin, 24,4 % de ces personnes ne reçoivent aucun traitement. Ainsi, une personne sur quatre qui souffre d'un trouble mental n'a pas accès à une assistance professionnelle.

Et les auteurs de conclure:

*« En tout cas, nos observations ont sans conteste une grande valeur sociale: malgré le fait que la Belgique dispose d'une importante offre de soins pour les problèmes émotionnels et les troubles mentaux, les données ESEMeD révèlent que les ressources ne sont pas utilisées de manière optimale. **Non seulement une minorité de personnes fait appel à de l'aide professionnelle, mais une part non négligeable d'entre elles ne bénéficient d'aucune forme de traitement.** Concrètement, cela signifie que parmi 100 personnes qui souffrent d'un trouble mental, 33 demandent une assistance professionnelle et seules 27 reçoivent effectivement un traitement.[...] Le fait que 6 à 8 personnes sur 10 souffrant d'un trouble mental ne reçoivent pas de traitement indique que l'accès aux soins de santé mentale est parsemé d'embûches qui exercent un effet inhibiteur, comme l'attitude vis-à-vis de la santé mentale, l'accessibilité aux soins, des*

considérations économiques, ou la mesure dans laquelle les personnes estiment avoir besoin d'aide ». (Bruffaerts et al., 2004)

La promotion de la santé mentale et du recours aux soins pour troubles mentaux, la lutte contre la stigmatisation de ces troubles et l'accessibilité aux soins sont donc des axes d'actions prioritaires dans une politique de diminution de la dépression et du suicide.

4.3. Tentative de suicide et importance du suivi

La tentative de suicide constitue le plus important prédicteur du comportement suicidaire fatal. Autrement dit, le fait de tenter de mettre fin à ses jours est la meilleure variable qui puisse prédire un suicide aboutissant au décès de la personne.

Près de 10 % des tentatives de suicide aboutissent à un suicide fatal. Les risques sont plus importants dans les six mois qui suivent la tentative de suicide. Si une tentative antérieure de suicide augmente les risques de se suicider, cependant, la majorité des suicides aboutis n'implique pas une tentative préalable.

Selon une étude réalisée en 1998 par La Coordination des Urgences, la Ligue bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale et le département « Adolescence » du Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles, seulement une tentative de suicide sur six a fait l'objet d'un passage par un service d'urgence hospitalier. Toutefois, dans deux tiers des cas, ce passage n'a pas permis que le patient soit examiné par un psychiatre. Au total, ce sont donc seulement 5,68 % de l'ensemble des suicidants qui disent avoir été vus par un psychiatre ou un psychologue après leur tentative.

Lorsqu'on sait l'intérêt, sur le plan de la prévention secondaire, d'un suivi immédiat et intensif des tentatives de suicide, ce constat est très préoccupant.

Cette même étude mentionne que d'une manière générale, au moment de l'étude, les hôpitaux généraux n'avaient guère développé de procédures spécifiques formelles pour assurer une prise en charge adéquate des tentatives de suicide.

Si la symptomatologie psychiatrique n'est pas sévère ou si la tentative de suicide ne présente pas une gravité somatique trop importante, le psychiatre de liaison n'est souvent même pas appelé. Dès lors, les patients sont souvent renvoyés chez eux sans que leur souffrance psychique n'ait été prise en compte. Pourtant, nous savons que toute tentative de suicide, même celles ne présentant pas de risque médical important, devrait être prise au sérieux car exprimant une détresse bien réelle, une morbidité psychique risquant de perdurer. En plus, en n'agissant pas rapidement, les affects psychologiques mobilisés par le passage à l'acte se diluent. Le patient retient que la prise en charge est fonction de la gravité de l'« affect » somatique. Il s'ensuit une surenchère dans l'atteinte somatique lors d'éventuelles récives.

De plus, nous savons également qu'un nombre important de personnes ayant fait une tentative de suicide ne se rendent pas aux consultations psy après leur passage aux urgences. Cette situation vient de ce que le suivi thérapeutique doit se préparer et ne se réalise que peu et mal après une seule et courte intervention en urgence. Or, en l'absence de suivi, le risque de récive est élevé. En effet, renvoyé à sa vie d'avant, la personne retrouvera ses problèmes et son mal-être, mêmes causes risquant fort d'aboutir aux mêmes effets.

Le taux de récurrence est important après une première tentative de suicide et il croît de manière exponentielle après la troisième, et ce, principalement chez les sujets pour lesquels aucun suivi n'a été mis en place. Ce phénomène est d'autant plus inquiétant que la létalité augmente au fil des tentatives, le désespéré ayant recours à des moyens de plus en plus violents.

La tentative de suicide étant le facteur de risque du comportement suicidaire fatal le plus clair et le plus significatif en termes de prédiction, une attention toute particulière doit être portée à sa prise en charge et au suivi de celle-ci. D'autant plus que, comme il le sera montré dans le chapitre suivant, les actions visant l'optimisation de la qualité de la prise en charge et du suivi des tentatives de suicide se révèlent être particulièrement efficaces. Une systématisation de la prise en charge psychosociale des suicidants dans notre pays est d'une importance capitale.

4.4. Accessibilité aux moyens

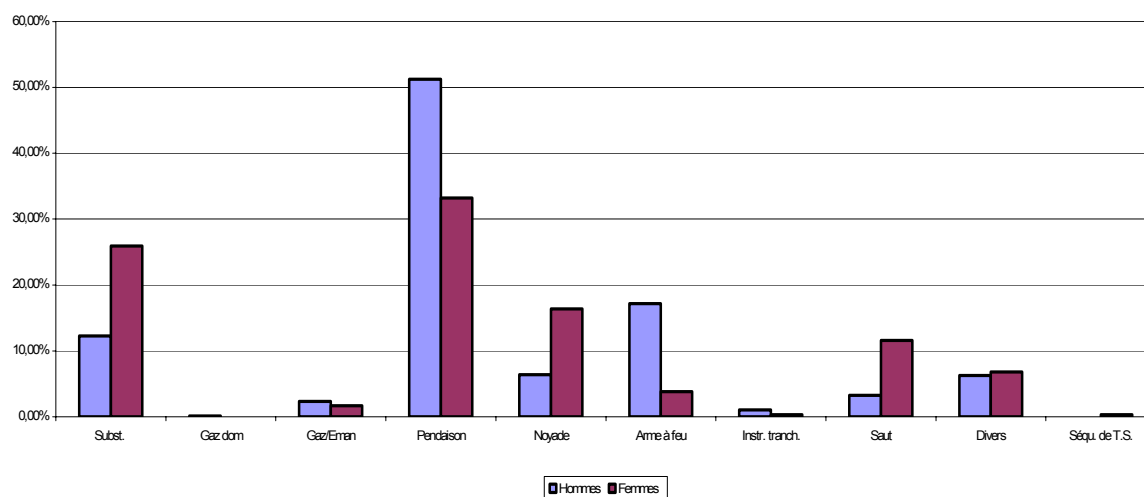
D'après certaines études, l'accès à des moyens de se suicider a un effet déterminant sur le taux de suicide. L'étude de ce phénomène a surtout porté sur les armes à feu; on a constaté une forte mortalité par suicide chez les personnes qui avaient acheté une arme peu de temps auparavant (Wintemute et al., 1999). De toutes les personnes décédées de blessure par arme à feu aux Etats-Unis d'Amérique en 1997, 54 % s'étaient donné la mort (Rosenberg et al., 1999).

De même, la consommation d'alcool (notamment en Fédération de Russie et dans les Etats baltes) ainsi que le libre accès à certaines substances toxiques (en Chine, en Inde et au Sri Lanka, par exemple) et aux armes à feu (à El Salvador et aux Etats-Unis d'Amérique, entre autres) semblent, d'après les études réalisées jusqu'à présent, associés de façon certaine aux taux de suicide dans tous les pays, industrialisés ou en développement. Encore une fois, les chiffres d'ensemble peuvent masquer d'importants écarts, par exemple entre zones rurales et zones urbaines (c'est le cas en Chine et en République islamique d'Iran).

Un autre aspect de ce constat qui relève de la relation entre dépression et suicide concerne le moyen utilisé pour commettre l'acte: les antidépresseurs prescrits pour le traitement de la dépression sont parfois utilisés à des fins suicidaires. Selon une étude réalisée en Suède, 4,4 % des suicides (232/5.281) seraient la conséquence d'une ingestion importante d'antidépresseurs (Isacsson et al, 1997). Cette constatation concerne néanmoins une minorité de suicides et les antidépresseurs ne sont pas les seuls médicaments utilisés lors des tentatives de suicide. Les problèmes les plus graves engendrés par les antidépresseurs sont le traitement non adéquat (*undertreatment*) et l'échec de traitement, plutôt que l'overdose liée à ces médicaments.

Par ailleurs, si dans certains pays comme les Etats-Unis ou la Colombie, l'accessibilité à des moyens comme les armes à feu pose un véritable problème, la réalité rencontrée chez nous est sensiblement différente. Le tableau suivant présente les moyens utilisés en Belgique. Il montre combien une réduction de l'accessibilité au moyen est difficile à mettre en place vu que les moyens les plus utilisés sont des moyens utilisés usuellement.

Figure 6: Comparaison entre sexes des pourcentages des moyens utilisés pour l'année 1995.



Si le résultat de ces études n'est pas remis en question, leur utilité en matière de prévention mais surtout leur efficacité réelle pour enrayer un phénomène aussi complexe que le suicide semble pour beaucoup relativement limitée dans le temps et ne permet en tout cas pas d'appréhender le sujet dans toute sa complexité. Des actions au niveau de l'accessibilité aux moyens risquent de n'agir que sur les causes externes de passage à l'acte sans prendre en compte les autres facteurs. Si une attention doit être portée sur l'accessibilité aux moyens, elle doit donc être intégrée dans une politique globale reprenant une multiplicité de stratégies.

4.5. Rôle central des professionnels de première ligne

Comme mentionné dans le point 4.2.2. « Recours aux soins et traitement pour les troubles mentaux », l'étude ESEMeD, comme d'ailleurs d'autres études, montrent la place privilégiée qu'occupent les soins de première ligne. Le médecin généraliste en particulier est une personne de référence dans le système de santé en Belgique. Les patients s'adressent plus souvent à lui qu'à des spécialistes, même pour des troubles qui relèvent de la santé mentale.

Les professionnels de santé de première ligne ont donc un rôle central dans la prévention des suicides en ce sens qu'ils peuvent plus facilement détecter des signes préoccupants et les envisager avec le patient et/ou son entourage. L'OMS a publié à cet égard un document très intéressant pour sensibiliser ces professionnels à cette problématique et pour les aider dans le diagnostic et la prise en charge: « La prévention du suicide. Indications pour professions de santé primaire ».

La prise en charge de patients souffrant de troubles mentaux ou ayant des idées suicidaires demande évidemment davantage de temps que la durée habituelle d'une consultation classique. Les pages précédentes ont montré l'importance de la prise en charge précoce de ces pathologies. Il serait donc indispensable de prévoir un code INAMI adapté pour les consultations de santé mentale. C'est ce qui est également recommandé dans un précédent rapport du CSH N°7814 « Aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne pour les questions de santé mentale »⁶:

⁶ Rapport consultable sur le site Internet du CSH, sous la rubrique « Avis et recommandations », en introduisant « médecins généralistes » dans le moteur de recherche – www.health.fgov.be/CSH_HGR.

« Il est évident qu'un médecin généraliste n'a pas le temps, dans une consultation de 10 à 15 minutes, de faire adéquatement son travail de première ligne avec un patient souffrant de troubles psychologiques voire psychiatriques. Une idée serait la valorisation financière d'une consultation spécifique faite par un médecin généraliste, à l'occasion de certaines consultations avec un patient souffrant de tels troubles. Ce type de consultation d'une durée plus importante que d'habitude pourrait s'appeler "consultation médico-psycho-sociale".

Un tel type de consultation pourrait être pris en considération lorsque la consultation comprend certains des éléments suivants:

- une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du patient
- un diagnostic médico-psycho-social (intégré et global)
- une prise en charge à visée psychologique assortie éventuellement
 - d'une orientation vers une psychothérapie
 - d'une prescription de médicaments psychotropes
 - d'une orientation vers le psychiatre
- une consultation d'une durée plus longue (+/- 40 minutes, par exemple)
- des contacts pluridisciplinaires.

Le médecin généraliste s'inscrivant dans une pratique de consultations médico-psycho-sociales devrait bien évidemment, à côté de sa formation initiale de spécialiste en médecine générale, acquérir

- une formation continuée dans le domaine;
- s'inscrire dans un réseau multidisciplinaire de soins de santé mentale. »

L'importance du rôle du médecin généraliste dans le cadre de cette problématique est telle que différentes initiatives se sont déjà développées afin de renforcer les compétences de ce dernier ou de l'aider dans sa pratique. Elles seront présentées dans le point 5.

Le généraliste reste le prestataire de soins le plus consulté, même pour des raisons émotionnelles. Il a donc un rôle clé:

- dans le diagnostic précoce et le traitement de la dépression et autres troubles mentaux
- dans la prévention des suicides
- dans le suivi des tentatives de suicide.

Il faut néanmoins lui fournir les moyens lui permettant d'assumer ce rôle (formation continuée, support, valorisation financière des consultations psycho-médico-sociales...).

4.6. Prise en charge par les services d'urgences

Actuellement en Belgique, la qualité de l'accueil et de la prise en charge de patients suicidaires aux services des urgences ainsi que la prévention des rechutes dépend entre autres de l'hôpital dans lequel la personne qui a tenté de mettre fin à ses jours a été orientée.

Dans beaucoup de situations, la personne qui pose une tentative de suicide est orientée vers un service d'urgence. Si la prise en charge somatique et les soins médicaux qui sont posés lors de cette admission ne diffèrent pas des autres situations d'urgence en qualité, nous savons que la prise en charge de la crise suicidaire pose une série de difficultés qui elles ne sont pas ou mal prises en compte par certains services d'urgence:

- ◆ **un manque de formation:** démuné notamment d'un bagage théorique suffisant sur la question ou d'outils pratiques d'intervention comme une grille d'analyse, le personnel soignant ne peut repérer les éléments « parlants » d'un entretien.
- ◆ **une indisponibilité:** les services de garde sont débordés par des urgences plus psychiatriques (voire psychosociales) que médicales. Par ce manque de disponibilité, l'intervention se limite souvent à un vague diagnostic nosographique et à une décision d'hospitalisation en service de psychiatrie (dont on aurait pu faire l'économie) ou d'envoi en consultation, portant leur attention sur le seul « patient désigné » plutôt que d'amorcer un véritable suivi thérapeutique avec l'ensemble du système.
- ◆ **une méconnaissance des ressources du réseau psychosocial:** « *Travailler avec des structures ambulatoires et essayer de trouver des solutions alternatives demande du temps, ce dont manquent cruellement les intervenants de garde occasionnelle* » (De Clercq, 1997). Ainsi, des carences de collaborations sont à noter entre l'hôpital général et les autres professionnels de la santé.
- ◆ **une attitude contre-transférentielle négative** face à une tentative de suicide:
 - 1) Les urgentistes peuvent se sentir en décalage avec leurs rôles habituels, mal comprendre ce qui est attendu d'eux ou se sentir vaguement manipulé. Ils sont susceptibles de réagir avec désarroi et parfois avec une sorte d'agressivité « sadique-punitif » (cf. vigoureux lavage gastrique, suture sans anesthésie, etc.).
 - 2) L'aspect parfois agité, bruyant et agressif de ces patients peut amener un sentiment de surcharge « gratuite ».
 - 3) Un autre aspect amenant le personnel soignant à éprouver un certain malaise face à ces patients tient au fait que, d'une part, la souffrance psychique est moins tangible que la souffrance somatique et que, d'autre part, les éventuelles lésions à soigner ont été provoquées par le patient lui-même.
 - 4) Le rôle salvateur et la gratification accompagnant habituellement les urgences à caractère somatique sont mis en péril en cas de tentative de suicide. En effet, la signification première de ce geste exprime, en apparence du moins, un désir de mort.
 - 5) Il est difficilement pardonné au suicidant de manipuler, à travers son geste suicidaire, des fantasmes de mort qui angoissent l'entourage et les soignants. Ces derniers, en retour, risquent d'exprimer de l'agressivité.
- ◆ **Stress, fatigue nerveuse liée à ce type de problématique**

La nécessité de mettre en place un accueil, une prise en charge et un suivi post-hospitalier adéquats des suicidants est apparue fondamentale à travers différentes études et expériences.

L'acte suicidaire traduit une souffrance insupportable à laquelle le suicidant veut mettre un terme à tout prix. Par son geste, il n'exprime pas (dans la plupart des cas) un désir de mort en tant que

tel, mais un besoin d'apaisement que seule la mort semble pouvoir lui apporter. Il importe donc d'avoir clairement conscience de ce processus car il détermine la réponse devant être apportée au dit acte suicidaire. Soigner le corps ne peut en effet suffire; il convient également de mettre en place les moyens qui permettront d'entendre et apaiser la souffrance psychique ayant généré le passage à l'acte. Sans quoi, renvoyé à sa « vie d'avant », le suicidant y retrouvera ses problèmes et son mal-être, mêmes causes risquant fort d'aboutir aux mêmes effets.

Il faut donc offrir au suicidant un réel accompagnement thérapeutique. Celui-ci visera, d'une part, à décrypter les aspects intrapsychiques et interpersonnels de la crise et, d'autre part, à faciliter l'expression des émotions et des difficultés liées à la décompensation suicidaire. Il permettra au suicidant de replacer le sens de sa crise dans son histoire de vie, de percevoir les fonctionnements répétitifs auxquels lui-même et son entourage sont confrontés et, partant de là, d'opérer des réaménagements personnels et familiaux. Le travail portera sur le contexte dans lequel le symptôme a émergé plus que sur ce symptôme en tant que tel. Un tel accompagnement thérapeutique ne peut être assuré par le service d'urgence. Il lui appartient néanmoins de le garantir grâce à diverses collaborations.

Dans le chef du suicidant, de sa famille et du personnel hospitalier, la banalisation, la dramatisation ou le déni de l'acte doivent en tout cas être évités au profit de la recherche de solutions.

Ces dernières années, certains services d'urgence ont considérablement amélioré l'accueil et la prise en charge des suicidants. Des micro-réseaux se sont formés de manière informelle. Il est néanmoins nécessaire de généraliser, de systématiser ces pratiques afin qu'un patient ne soit pas simplement renvoyé chez lui après une tentative de suicide, sous prétexte que sa santé physique est rétablie. Des formations/sensibilisations pour le personnel des urgences ainsi qu'un soutien pour évacuer le stress lié à ces situations pourraient également être envisagées.

4.7. Les proches

4.7.1. Post-intervention: les proches après un suicide

Les proches après un suicide constituent un groupe important et sont pourtant souvent oubliés. Selon des estimations prudentes, il y a par suicide en moyenne six proches qui restent et dont la vie a changé pour toujours. Chaque année ce groupe de proches augmente sensiblement. Le tabou sur le suicide se transforme en stigmatisation pour les proches. Eux-mêmes n'ont souvent pas l'énergie pour chercher de l'aide ou du soutien et l'entourage ne sait souvent pas comment réagir. Par conséquent, durant leur deuil beaucoup de proches sont livrés à eux-mêmes ou à un cercle très réduit. Des sentiments de tristesse, désespoir, culpabilité, honte, rage et la question « pourquoi » sont fréquents, des sentiments qui peuvent également surgir chez d'autres personnes en deuil. La postvention est le nom général pour les activités, les soins et l'aide qui se font avec ou pour les proches avec le but de les soutenir ou de les accompagner dans la recherche d'un nouvel équilibre et d'un sens dans leur vie. Les proches constituent un groupe à risque suicidaire spécifique. La postvention est dès lors une forme de prévention pour la décennie suivante et pour les générations postérieures.

4.7.2. Le professionnel d'aide en tant que proche

« Pour les professionnels, le suicide est également une confrontation, tant au niveau personnel que professionnel. Il peut être envahi par le chaos de sentiments auxquels les proches sont

confrontés. Un suicide reste ancré dans la mémoire et peut avoir une influence profonde et prolongée sur le comportement professionnel. Il est important d'être conscient qu'un professionnel peut également avoir besoin de post-intervention. En fonction de la durée et de l'intensité de la relation entre le professionnel et le patient décédé, les réactions émotionnelles de beaucoup de professionnels sont similaires à ceux de la famille et des amis: tristesse, colère, peur, remords, et parfois même soulagement si le suicide était précédé d'un long calvaire.

Outre ces réactions de deuil, la compétence professionnelle est également remise en question. Un suicide donne souvent le sentiment d'échec professionnel. Chaque proche – et surtout le professionnel – semble devoir se battre avec la question “Le suicide aurait-il pu être évité?”, et “dans quelle mesure est-on personnellement responsable du fait que le suicide s'est quand-même produit?”

Parler du suicide avec son propre entourage et avec d'autres professionnels, semble indispensable pour accélérer la gestion du trauma. De cette manière, le professionnel peut également éviter en partie que le passé ait une influence négative sur ses actions médicales lors de nouvelles demandes d'aide similaires.

4.7.3. Le rôle du médecin généraliste après un suicide

Lorsqu'un suicide survient, le généraliste est souvent un des premiers présents sur le lieu de l'événement. Le généraliste a un rôle clé dans les contacts avec les proches directs. Il est souvent la personne la mieux placée pour accueillir les proches comme généralement il connaît bien la famille. Il peut informer les proches de certaines formalités. Il est conseillé au généraliste de faire des pas actifs envers les proches durant cette période. Le fait de faire une visite à domicile peu après le suicide peut signifier un soutien important. Il est important pour tous les proches, y compris le généraliste, de parler du suicide avec d'autres personnes concernées. Des études (Van Dongen, 1991 et Gradat et al, 1996) démontrent que la plupart des proches apprécient très fort la visite du généraliste après un suicide. Cependant, le généraliste doit être préparé à ce que les proches, à cause de leurs sentiments de colère et de la tendance à chercher un coupable, puissent réagir de façon agressive. Pourtant, ce type de réactions n'est pas habituel et généralement le fait d'être triste ensemble est ressenti comme positif. Ceci peut également aider le généraliste à surmonter son trauma.

Offrir du soutien signifie surtout donner aux proches l'opportunité de parler du suicide, de la stupéfaction, la culpabilité, la honte, le soulagement et l'isolement par rapport à l'entourage. Il devrait être possible de parler également des préjugés par rapport au suicide.

Les proches peuvent être stimulés à chercher eux-mêmes le contact avec les autres et à demander du soutien, car l'entourage a souvent tendance à adopter une attitude réservée. En outre, le généraliste peut également évaluer le souhait des proches d'être dirigés vers un groupe de discussion pour les proches.» (<http://www.zelfdoding.be>).

Les études démontrent clairement que les proches d'une personne qui s'est suicidée constituent un groupe à risque suicidaire important. Il est dès lors primordial de mener des actions visant à apporter un soutien à ces personnes.

4.8. Les médias

Nous savons que la façon dont les médias présentent les cas de suicide, peut en précipiter d'autres. La recherche scientifique a montré que la diffusion de l'information sur un suicide par les médias a un impact plus grand sur la méthode de suicide utilisée que la fréquence de suicide elle-même. Mais par ailleurs, une information claire et bien dirigée peut augmenter la compréhension que le grand public a de cette problématique et par là, renforcer les facteurs de protection.

L'OMS a depuis quelques années édité une série de recommandations pour les professionnels des médias. Ces indications ont pour but de mettre en évidence l'impact des reportages sur le suicide, d'indiquer les sources d'information fiables, de suggérer comment rapporter le suicide aussi bien dans des circonstances générales que spécifiques, et de préciser les pièges à éviter dans un reportage sur le suicide.

Globalement, les préoccupations spécifiques qui doivent être prises en compte dans l'information sur le suicide sont les suivantes:

- les statistiques doivent être interprétées avec prudence et correctement;
- les généralisations basées sur des petits nombres demandent une attention particulière, et des expressions telles que « épidémie de suicide » ou « l'endroit qui possède le taux de suicide le plus élevé du monde », doivent être évitées;
- on ne doit pas rapporter un comportement suicidaire comme une réponse compréhensible aux changements sociaux et culturels ou à une récession;
- un suicide ne doit pas être présenté comme une méthode pour trouver une solution à ses problèmes personnels tels que faillite, échec à un examen ou abus sexuel;
- le reportage doit prendre en considération l'impact du suicide sur les familles et sur les proches touchés à la fois par la douleur psychologique et morale.

Par ailleurs, l'OMS recommande que l'information soit limitée autant que possible. Tout doit être mis en œuvre pour éviter des déclarations exagérées. Les photographies du défunt, de la méthode employée ou du lieu du suicide doivent être évitées.

5. ACTIONS DEJA MISES EN PLACE EN BELGIQUE

La question de la dépression, du suicide et de la prévention relève du domaine de la santé, matière en partie régionalisée en Belgique. Dès lors, les initiatives mises en place diffèrent selon les communautés et les régions.

Du côté néerlandophone, la question a fait l'objet d'un vaste débat et d'une prise en charge par les pouvoirs publics. En décembre 2002, les autorités flamandes organisaient une Conférence de Santé sur ce thème (www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie). En 2003, un **plan d'action** visant à réduire de 8 % le nombre de suicide à l'horizon 2010 a été développé. Diminuer le nombre de suicides est donc devenu une des priorités de la politique de santé en Flandre.

Du côté de la communauté Wallonie-Bruxelles et de la région wallonne, cette question n'a pas encore fait l'objet d'un débat public. Les différents projets développés le sont soit sur base d'initiatives privées, soit subsidiées et mises en place à un niveau local (communes, province...).

La présentation qui suit ne vise donc pas à dresser un inventaire exhaustif de toutes les initiatives déjà prises à tous les niveaux de pouvoir mais bien de regrouper à partir des axes d'actions principaux divers exemples d'initiatives prises dans le domaine.

5.1. Promotion de la santé mentale

L'expérience qui suit vise à mettre en relation les jeunes avec la santé mentale, en offrant la possibilité, via les écoles de l'enseignement néerlandophone, de rencontrer autour d'activités diverses des personnes souffrant de troubles mentaux. « *Hoe anders is anders?* » est un projet de la VVGG (*Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid*) qui a pour finalité de briser la stigmatisation liée aux maladies mentales et de permettre aux jeunes de se construire une meilleure image de la santé mentale.

5.1.1. « Hoe anders is anders? »: une expérience de la Communauté flamande

Mis en place par la VVGG en 1991, ce projet s'adresse aux jeunes élèves des deux dernières années de l'enseignement secondaire, toute filière confondue.

L'objectif de ce projet est que ces jeunes fassent connaissance avec les patients des soins de santé mentale au travers d'activités diverses auxquelles ils peuvent prendre part. L'interaction avec les patients prend une place centrale, ce qui permet aux jeunes de prendre conscience que la santé mentale n'est pas un monde clos mais bien qu'elle fait partie de la société. En partageant leurs activités avec des patients, en nouant des contacts enrichissants, les jeunes peuvent surmonter leurs craintes et préjugés, apprendre à se connaître au-delà des différences et découvrir les ressemblances.

Comment cela fonctionne-il?

- Chaque année, un représentant du VVGG rend visite à toutes les classes participantes pour fournir des informations sur la santé mentale, comme les différents troubles de santé mentale, les traitements, la localisation des institutions de santé mentale. Chaque élève reçoit un dépliant avec les éléments les plus importants, et les enseignants reçoivent une brochure plus détaillée.
- Dans un deuxième temps, un patient ou un parent de patient vient en classe pour parler de son expérience personnelle de la santé mentale.
- Ensuite, un projet est mis en place auprès d'un groupe de patients vivant dans des centres de santé mentale, des institutions ou des structures hospitalières. Ces derniers ont la possibilité

de refuser de participer au projet, ce qui est rare. Ce projet a une durée équivalente de 3 jours consécutifs.

- A la fin de l'année scolaire, une conférence a lieu à Bruxelles, rassemblant tous les élèves et patients participants pour présenter leurs projets.

Ces activités sont très variées, comme l'organisation d'un tournoi de basket-ball, la préparation d'une soirée de Noël dans une institution, des tours en vélo, une exposition de peinture...

Durant l'année scolaire 2003/2004 plus de 1.500 jeunes, provenant de 46 établissements scolaires, y ont participé.

Les bénéficiaires de ce projet se marquent autant pour les jeunes que pour les patients. Les patients peuvent ainsi briser l'isolement dont ils font l'objet, pas seulement physique, mais aussi social et affectif. Quant aux jeunes, il s'agit d'un apprentissage tant au niveau du développement émotionnel, social que moral. Le fait de côtoyer des patients psychiatriques pendant la durée du projet contribue à améliorer leur image des troubles mentaux. Ce projet s'inscrit clairement dans une démarche de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale.

Le projet « *Hoe anders is anders* » est une initiative intéressante de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux.

5.1.2. *Information et sensibilisation concernant le suicide (Centrum ter Preventie van Zelfmoord/ Centre de Prévention du Suicide⁷)*

L'information et la sensibilisation concernant la santé mentale et le suicide se font également via le *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* (CPZ) néerlandophone et le Centre de Prévention du Suicide (CPS) francophone. Ces deux centres:

- disposent d'une bibliothèque spécialisée sur le suicide et sa prévention;
- distribuent des brochures qui informent sur le suicide et la manière d'y faire face;
- organisent des actions de sensibilisation.

La sensibilisation du public est importante dans le cadre d'une prévention primaire. Il s'agit avant tout de rompre la loi du silence, d'oser affronter le tabou lié au suicide, d'aborder les multiples préjugés qui l'entourent.

Sensibiliser est donc avant tout parler du suicide; c'est créer un espace, un temps, un lieu où la parole, les interrogations, les craintes, les émotions puissent trouver à se dire et à être entendues.

Pour pouvoir agir, une prévention nécessite notamment de l'information: diffuser une information de qualité par les médias, colloques, conférences, débats; c'est-à-dire répéter inlassablement des notions simples, parler d'expériences de vie, de mort dans lesquelles chacun peut, s'il se le permet, se reconnaître ou y reconnaître quelqu'un.

Ces informations s'adressent à tous, dans la mesure où chacun peut à son niveau, dans son cadre de vie, être questionné par la problématique suicidaire. L'intérêt et l'efficacité d'une prévention primaire résident dans sa prise en charge par la population, prise en charge débouchant sur la création, à tous les niveaux, de relais constitués de personnes ressources.

Le CPZ prépare actuellement un rapport sur les attitudes des Flamands envers le suicide.

⁷ Le CPZ et le CPS ont un site web www.zelfmoordpreventie.be et www.preventionsuicide.be avec plus d'info sur le suicide et sa prévention.

Par ailleurs, le CPS organise chaque année les « Journées de la Prévention du Suicide en Communauté française de Belgique », large campagne d'information et de sensibilisation à la problématique du suicide. Ces journées s'articulent autour de deux axes:

- conduire avec les acteurs concernés une réflexion sur l'acte suicidaire et sur l'accompagnement des personnes suicidaires autour de journées d'étude thématiques;
- sensibiliser le public à la question du suicide par des rencontres avec des professionnels de la prévention, autour des questions qui les préoccupent dans leur vécu personnel.

La journée d'étude et la rencontre avec des professionnels de la prévention prennent place traditionnellement autour du 5 février, date choisie par différents partenaires internationaux au niveau de la francophonie (en France, en Suisse, au Canada).

*5.1.3. Campagnes de sensibilisation du grand public par rapport à la dépression:
La Dépression en Question: deux campagnes de « 30 spots radio » initiées par la Ligue belge de la Dépression asbl*

En 2004, la quinzaine de la dépression « La Dépression en Question: 15 questions fondamentales » s'est déroulée du 15 au 30 novembre. L'action visait à sensibiliser et informer le public de ce qu'est la dépression, de ce qu'elle n'est pas, de qui elle peut toucher, de ce qu'il faut faire et ne pas faire quand on y est confronté malgré soi.

L'objectif était d'inciter le public à parler à qui peut l'aider avec efficacité et donc nullement d'amener les personnes à se diagnostiquer ou à consommer des traitements non justifiés ou inappropriés.

La cible visée par l'action était bien la population belge dans son ensemble. Ceci explique une structure nouvelle utilisant des messages d'intérêt très général (15 questions – 15 réponses) à destination de tous les auditeurs de tous âges dont notamment les personnes isolées, celles qui ne lisent pas les journaux et magazines, qui ne suivent pas non plus les émissions consacrées à la dépression qui appellent à un choix et une sélection personnelle au départ.

Vu le succès recueilli lors de son lancement en novembre 2004, une deuxième quinzaine de la dépression a été organisée aux mêmes dates en 2005 sur le thème de: « Dépression et maladies physiques: Soigner sa dépression, c'est aussi prendre soin de sa santé ».

L'objectif était cette fois de démontrer que « le corps et l'esprit ne font qu'un », que, à côté de la maladie, de la douleur, de la chronicité, il y a aussi l'épuisement moral du malade, voire parfois une dépression qui se cache.

Les deux campagnes ont été relayées par la presse et par un site (www.depressionenquestion.be); les résultats ont été marquants au niveau de la progression des visiteurs du site de la Ligue et des appels au cours de ces périodes.

5.2. Programme d'intervention en matière de dépression: un projet de l'*European Alliance Against Depression*

L'*European Alliance Against Depression* est un programme d'intervention européen avec un terme de 4 ans (2004-2008), et qui a pour but d'améliorer la prévention et la prise en charge de la dépression et de réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide. C'est le résultat d'un projet pilote effectué à Nuremberg (Allemagne) par l'Université de Munich (01/2001 – 12/2002). L'évaluation positive du projet a conduit à son élargissement à d'autres régions au sein de l'Allemagne et en dehors. Pour l'instant le projet EAAD est en cours dans 16 régions de 15 pays européens et est financé par l'Union européenne. En Flandre, le projet a lieu dans la région Bruges-Ypres. Les actions et leur évaluation se font selon un cadre et une méthodologie communs aux différentes régions participantes. Cette approche commune permet d'échanger des expériences et de comparer et regrouper les résultats de différentes régions. Ce dernier aspect est un avantage, en particulier en ce qui concerne le suicide, vu le nombre relativement réduit de suicides et de tentatives de suicide.

Le cadre commun sur le plan du contenu consiste au lancement d'interventions à 4 niveaux différents, comme ce fut le cas pour le projet pilote à Nuremberg:

- Niveau 1: développement des compétences des médecins généralistes
Le médecin généraliste est souvent la première personne de contact pour les personnes souffrant d'une dépression. Pour arriver à un bon traitement, il est important que le généraliste soit assez compétent pour détecter et diagnostiquer la dépression. Dans ce projet, les généralistes sont formés à la détection et au diagnostic de la dépression et de la suicidalité. On leur fournit entre autres des instruments qui leur permettent de détecter et de diagnostiquer la dépression de façon facile et rapide.
- Niveau 2: développement des compétences des figures clés dans la société
Des sessions de formation sur la dépression et le suicide sont offertes à différents groupes professionnels qui entrent en contact avec des personnes souffrant d'une dépression ou d'idées suicidaires, mais qui n'ont pas eu de formation spécifique. A ce groupe appartiennent des pharmaciens, des professeurs, des centres PMS, des agents pastoraux, le personnel d'hôpitaux, des agents de police, des agents pénitentiaires, etc. Ces professionnels peuvent contribuer à un meilleur soutien pour ces personnes, détection précoce de problèmes et orientation éventuelle.
- Niveau 3: information du public sur la dépression et le suicide
Il existe toujours un grand tabou sur les problèmes psychiques (et sur le fait d'en parler). Ceci a un effet stigmatisant sur les personnes souffrant d'une dépression ou d'idées suicidaires, ce qui rend plus difficile l'accès à l'aide. L'EAAD veut entre autre stimuler les connaissances et la compréhension en diffusant de l'information correcte et adaptée aux groupes cibles sur les symptômes, les causes et les possibilités de traitement de la dépression et la suicidalité. Cette sensibilisation se fait grâce à des brochures d'information, un site internet, des articles de presse et des événements publics.
- Niveau 4: amélioration des soins pour les patients et leur entourage
Les soins pour les patients souffrant de dépression ou de problèmes suicidaires peuvent être améliorés entre autres grâce à l'optimisation de la collaboration entre les intervenants et en introduisant des plans de crise. Dans cet axe d'action de l'EAAD, des groupes d'entraide sont également soutenus et des cours de psycho-éducation sur la dépression et le suicide sont offerts aux patients, leur entourage ou leurs proches.

Le choix de ces axes d'intervention est basé sur l'étude Gotland, qui prouve qu'une formation continue extensive chez les médecins généralistes peut résulter en une meilleure détection et un meilleur traitement de la dépression par les généralistes et en une réduction du nombre de suicides et de tentatives de suicide (Rutz, 2001; Rutz et al., 1989; Rutz et al., 1990). A Nuremberg, on optait pour une approche plus large, dans laquelle des interventions étaient également effectuées à d'autres niveaux et dans laquelle on évaluait ainsi également d'autres déterminants de la dépression et du suicide. Les actions aux différents niveaux étaient liées et s'influençaient les unes les autres, provoquant des effets synergiques. Dans toutes les régions qui participent, les interventions se réalisent sur les 4 niveaux susmentionnés. Le but n'est pas de développer une offre complètement nouvelle s'il existe déjà des activités et des programmes. En effet, les effets au long terme sont meilleurs si les actions sont menées de manière structurelle par les acteurs locaux, au lieu d'être organisées de façon temporelle par des externes. L'EAAD veut plutôt stimuler la collaboration et éviter la fragmentation en harmonisant l'offre existante et en regroupant les forces dans un même cadre. Pour y arriver, un réseau d'acteurs locaux régionaux est développé. Les coordinateurs régionaux peuvent donner des impulsions pour des interventions innovatrices et pour combler d'éventuelles lacunes. Enfin, le but n'est pas de créer une nouvelle structure de soins ou d'offrir de l'aide directe.

En vue de l'évaluation du projet EAAD, une méthodologie commune a été développée pour mesurer les effets. Ceci implique d'un côté les résultats épidémiologiques comme le nombre de suicides et de tentatives de suicide, et de l'autre côté les effets sur le plan des connaissances, attitudes et aptitudes des professionnels et de la population entière. Grâce à ces évaluations d'effets, on peut obtenir des informations sur l'efficacité de telle ou telle intervention. Ces résultats peuvent mener à des directives pour une implémentation ultérieure de programmes d'action dans d'autres régions.

Tous les partenaires EAAD n'effectuent pas le programme dans la même mesure. La Flandre participe au projet EAAD comme « *level-1 partner* », tout comme des régions en Estonie, Islande, Italie et Slovénie. Ceci implique que les activités soient réalisées aux quatre niveaux et qu'une évaluation du programme soit effectuée.

Le Projet EAAD en Flandre:

En Flandre, le centre de recherche interfacultaire LUCAS (KU Leuven) est le coordinateur du projet EAAD. La région Bruges-Ypres a été choisie comme région d'intervention. Cette région comprend les arrondissements de Bruges, Ostende, Ypres, Dixmude et Veurne. Le Westhoek, les villages côtiers et l'agglomération de Bruges constituent des régions avec des caractéristiques sociodémographiques spécifiques. Le choix de cette région est basé sur les arguments suivants:

- L'argument le plus important est que la problématique de la dépression et du suicide est plus grande dans la province de Flandre Occidentale comparée avec le reste de la Flandre, le Westhoek enregistrant le taux le plus élevé.
 - Selon l'Enquête de Santé de 2001 (Demarest et al., 2002) la prévalence de la dépression rapportée par le patient lui-même est plus haute (7,1 %) en Flandre Occidentale que dans la Communauté Flamande en sa totalité (5,3 %).
 - Alors qu'il y a relativement moins de décès dans la province de Flandre Occidentale, le *standardized mortality ratio* (SMR) par suicide pour la période 1990-1999 y est plus élevé que dans le reste de la Flandre, surtout chez les hommes. Environ la moitié des communes, en majorité dans le Westhoek, se trouvent dans le quartile supérieur de ce taux de suicide.
 - L'étude de monitoring *Eenheid voor Zelfmoordonderzoek* (Unité pour la Recherche sur le Suicide) de l'université de Gand démontre que le nombre de tentatives de suicide par 100.000 habitants est considérablement plus haut dans le AZ St. Jan AV de Bruges, par rapport aux autres services d'interventions d'urgence en Flandre.

- Grâce aux projets *Tussen de Lijnen* et *Stepped Care*, LUCAS a acquis une grande expérience dans le développement des compétences de médecins généralistes dans cette région. Le projet EAAD permet d'élargir cette expérience à plus grande échelle. Cette expérience offre également des avantages pour le développement de réseaux, ce qui est très important dans le cadre de ce projet.
- Avec environ 630.000 habitants cette région compte largement le minimum de 250.000 établi dans le cadre de l'EAAD. La délimitation sur base d'arrondissements correspond pour une large part avec le territoire opérationnel des acteurs locaux tels que les cercles de médecins généralistes, les mutuelles et les régions d'affluence des hôpitaux régionaux.

Il existe dans cette région une collaboration particulière de la part de quelques figures clés qui ont déjà collaboré avec LUCAS dans d'autres projets.

Pour la création d'un réseau régional, on a d'abord inventorié tous les acteurs significatifs de la région. Ceux-ci ont reçu de l'information sur le projet, on leur a demandé s'ils étaient intéressés et ils ont été invités à une *Invitational Conference* qui a eu lieu à Bruges le 29 octobre 2004. Lors de cette réunion les objectifs et la méthode de travail du projet ont été présentés et environ 80 participants de plus de 40 organisations étaient présents, dont 15 ont présenté leurs activités sur le terrain de la prévention et la prise en charge de la dépression et du suicide. Sur base de ces partenaires intéressés, le *Vlaams Netwerk tegen Depressie* a été composé. Une large gamme d'acteurs, dont plusieurs organisations coupoles, sont représentés dans ce réseau, comme les *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* (CGG: centres de santé mentale), les hôpitaux psychiatriques et généraux, les cercles de médecins généralistes, les mutuelles, les SIT (services intégrés de soins à domicile), les CAW (centres pour le bien-être général), services de soins à domicile, les PMS, pharmaciens, agents de police, agents pastoraux, organisations d'entraide, organisations de patients et centres spécialisés comme le *Centrum ter Preventie van Zelfmoord*.

En collaboration avec le réseau régional, des actions sont organisées aux 4 niveaux du cadre EAAD. Celles-ci développent les actions et les initiatives existantes. Jusqu'il y a une dizaine d'années, la prévention dans les soins de santé mentale en était encore à ses débuts en Flandre, mais depuis quelques années un changement est en cours. Surtout dans le domaine de la prévention de la dépression et du suicide, avec notamment la *Gezondheidsconferentie* et le *Project Suïcidepreventie* des CGG (Projet de Prévention du Suicide des CSM) ont donné lieu à un certain nombre d'initiatives. Le projet EAAD continue à soutenir les actions existantes et stimule l'échange, la collaboration, l'harmonisation et l'élargissement. Par ailleurs, des initiatives innovatrices sont établies et une campagne médiatique est menée autour du thème dans la région. L'accent est mis sur le fondement et l'évaluation scientifique pour assurer que le projet EAAD constitue une réelle plus-value.

Pour évaluer le projet EAAD en Flandre, la même méthodologie d'évaluation des partenaires EAAD européens est utilisée.

D'un côté les données épidémiologiques sur les suicides et les tentatives de suicides avant et après la période d'intervention sont observées. Vu les diverses limitations méthodologiques, ces données ne constituent pas le point central de l'évaluation. D'un autre côté des indicateurs plus proximaux sont rassemblés pour évaluer l'effet de certaines interventions spécifiques, comme les connaissances, les attitudes et les compétences. LUCAS veut également utiliser le projet EAAD pour faire des recherches approfondies et ainsi faire une contribution innovatrice dans ce domaine.

Réalisations du projet EAAD en Flandre (2004-2006):

1) *Développement des compétences des médecins généralistes*

En septembre 2005 LUCAS, en collaboration avec le groupe de travail « Dépression » du Psychiatrisch Centrum St.-Hiëronymus (Sint-Niklaas), a réalisé une enquête auprès de tous les médecins généralistes de la région du Waasland. Cette recherche jugeait le processus de diagnostic de la dépression, de traitement et d'orientation par les généralistes. L'attitude des généralistes envers la dépression a également été examinée, ainsi que la collaboration avec le *Psychiatrisch Centrum*.

La dynamique positive créée par le programme de formation sur la dépression *Tussen de Lijnen* a inspiré la création d'une formation similaire sur le suicide pour les médecins généralistes de la région de Bruges. Celle-ci a eu lieu au printemps de 2006 et comprenait 4 sessions. Le point de départ sont les expériences personnelles, l'échange avec des collègues-généralistes, la stimulation de la collaboration entre les lignes de soins et la formation de médecins de référence pour la prévention du suicide.

Les expériences de l'enquête et des formations ont également servi de base pour un manuel sur la dépression pour les médecins généralistes qui doit paraître prochainement.

2) *Développement des compétences des figures clés*

- Pharmaciens

Pour que la formation continue corresponde un maximum aux besoins des pharmaciens, une enquête préalable a été organisée auprès d'un échantillon représentatif de 200 pharmaciens de la région de Bruges-Ypres. Lors de cette enquête, la pratique des rapports entre pharmaciens et patients souffrant d'une dépression ou d'idées suicidaires a été examinée, et les points à travailler en ont été dégagés. Ensuite, un brainstorming avec quelques pharmaciens très impliqués sur le contenu et l'organisation d'un programme de formation continue sur cette problématique a été organisé. Ce programme de formation continue comprend 3 sessions (conférence sur la dépression et le suicide axée sur la pratique; développement des compétences de conversation pour le soutien psychosocial des patients, échange d'expériences avec des partenaires de la région) et a eu lieu durant la première partie de 2006 à Bruges et à Courtrai. Les rôles qui pourraient être attribués aux pharmaciens dans la problématique sont: savoir reconnaître les facteurs de risque comme une tentative de suicide antérieure ou l'abus de médicaments problématique, l'orientation vers des intervenants en cas de soupçon de début de dépression, et dans une certaine mesure également, le suivi de la compliance et l'information sur les effets secondaires des médicaments. Les pharmaciens disposent d'instituts de formation continue qui fonctionnent bien (www.sspf.be pour la Wallonie, www.ipsa.be pour la Flandre) où les pharmaciens d'officine sont formés de façon efficace pour les tâches qui leur sont attribuées.

- *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)*

Dans le cadre de l'EAAD, les autorités flamandes subsidient un projet qui étudie et renforce le rôle des *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* relatif à la prise en charge de la dépression et du suicide. Ce projet d'action a lieu dans les 4 regroupements des CGG en Flandre occidentale. En 2005, la manière dont les CGG remplissent le rôle lors de l'accueil, du diagnostic et du traitement de la dépression a été analysée. Pour y arriver on a examiné d'un côté les données d'enregistrement des patients des CGG souffrant de dépression en 2004 (traitement), et de l'autre côté, on a suivi les nouveaux patients qui se sont présentés en 2005 (accueil). Sur base des résultats de cette enquête, des pistes d'améliorations sont proposées, des initiatives de collaboration sont élaborées et des formations sont offertes aux intervenants de ces *Centra*.

3) *Information du public sur la dépression*

LUCAS était le co-organisateur d'une journée d'information sur la santé mentale qui a eu lieu le 19 janvier 2006 à Nieuport. Cette journée d'information était adressée aux jeunes du dernier cycle (16-17 ans) de l'enseignement secondaire et avait pour thème spécifique la dépression et le suicide. Le programme contenait un marché d'information, un débat forum, des témoignages et une conférence le soir. LUCAS est également consultant de la *10-Stappen Campagne* contre la dépression organisée par les autorités flamandes et d'autres initiatives qui concernent l'image de la dépression et les directives pour les médias sur la façon d'informer sur la dépression et le suicide.

4) *Soutien pour les patients et leur entourage*

Dans la région de Bruges, l'initiative de démarrer la collaboration autour de la prévention du suicide a été prise en premier lieu entre les hôpitaux et les médecins généralistes. Un bon suivi et la prévention de récurrence revêtent une grande importance chez les suicidants, vu qu'une tentative de suicide est le plus important facteur de risque d'aboutir à un suicide réussi. Cette prévention de récurrence n'est pourtant pas facile, étant donné que les patients suicidaires ont généralement une compliance très basse et un contact difficile avec les dispositifs de santé. La collaboration entre les différents acteurs est donc souhaitable afin d'accorder les soins le mieux possible. Le médecin généraliste peut être une figure-clé importante dans le réseau autour du patient suicidaire, vu ses contacts relativement fréquents avec ces patients, tant avant qu'après une tentative de suicide. Afin de faciliter cette collaboration, l'option consistant à travailler avec un case-manager pour les patients suicidaires a été privilégiée. Les tâches de ce case-manager comprennent 1) le suivi de l'*assessment* et l'encadrement des patients suicidaires à l'hôpital; 2) l'information du médecin généraliste; 3) la coordination du suivi post-hospitalier; 4) des avis aux médecins généralistes sur la prévention du suicide.

5) *Recherches dans le cadre de l'EAAD*

- Expériences de stigmatisation vécues par des patients souffrant de dépression

Dans le cadre de l'EAAD, LUCAS participe à une étude internationale (INDIGO) sur l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination par des personnes ayant des problèmes psychiques. Cette enquête se réalise dans 24 pays européens. A l'aide d'une enquête structurée, les patients sont interrogés sur les domaines (comme le travail, les amitiés, le mariage, le logement, les loisirs et la religion) dans lesquels ils éprouvent de la discrimination et dans quelle mesure. Les données ont été analysées de façon quantitative et qualitative. Ceci a permis de comprendre la nature et la prévalence de cette stigmatisation et comment elle est vécue par les patients. Les expériences des personnes souffrant de schizophrénie sont comparées avec celles des personnes souffrant de dépression.

- Développement d'un instrument de mesure des capacités de prise en charge du suicide

Dans le cadre du projet EAAD, plusieurs formations sont organisées pour développer les compétences des intervenants dans la prise en charge des patients suicidaires. Afin d'évaluer ces formations, il est souhaitable de disposer d'un instrument pour mesurer le niveau de ces compétences chez les intervenants. De cette manière, il est possible d'évaluer le progrès que les participants ont réalisé grâce à cette formation. Ce type d'instrument n'est pas disponible en Flandre. Il existe un instrument anglophone, le Suicide Intervention Response Inventory (SIRI-2), qui possède de bonnes qualités psychométriques. LUCAS est en train de développer une version néerlandophone de la SIRI-2, adaptée au contexte flamand.

- Méthodologie pour une évaluation systématique du risque suicidaire

Dans les soins aux personnes souffrant de dépression ou d'idées suicidaires, évaluer le risque suicidaire est un aspect très important. Cependant, faire une évaluation fiable et prédictive de ce risque est très difficile, vu la complexité des facteurs de risque, le caractère imprévisible d'une

tentative de suicide et la fréquence relativement basse des décès par suicide. Vu le manque d'un instrument néerlandophone standardisé pour l'évaluation du risque suicidaire, ceci se fait généralement à l'aide de questionnaires établis ad hoc ou est laissé au jugement clinique de l'intervenant. LUCAS a étudié la littérature sur les instruments de mesure disponibles et les questions prioritaires dans l'évaluation de ce risque (contexte, objectif, attitude et compétences des intervenants...). A l'aide d'interviews, la pratique actuelle à ce sujet en Flandre est évaluée. L'interview se fera auprès de différents groupes professionnels (médecins généralistes, pharmaciens, collaborateurs des CGG, collaborateurs des lignes d'aide téléphonique...) et auprès des étudiants. Chez certains groupes, une mesure est effectuée avant et après les programmes de formation concernant le suicide, en collaboration avec le *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* (CPZ), qui organise diverses formations sur ce thème.

5.3. Centres d'aide par téléphone ou via Internet

Un suicide survient rarement de manière brutale, imprévisible; il est le plus souvent l'aboutissement d'un processus long et complexe au cours duquel l'individu essaie, en vain, de trouver aide et solutions. Ses échecs répétés augmentent progressivement sa tension et son anxiété. Il suffit qu'un événement malheureux – disparition d'un être cher, perte d'emploi, rupture amoureuse, conflit avec les parents, dispute conjugale, maladie... – vienne s'ajouter aux problèmes préexistants et aux difficultés non résolues pour que cet individu se trouve précipité dans une angoisse pouvant le conduire au suicide, lequel lui apparaît comme le moyen de mettre fin à un état devenu insupportable. A cet instant, il se trouve privé d'autres possibilités de réagir; il traduit en acte son désespoir, sa colère, ses peurs.

Avant ce stade ultime, aussi longtemps que l'individu dispose du langage comme exutoire, on peut (tenter de) prévenir son geste suicidaire. C'est là, dans cet espace de communication, que les lignes d'écoute téléphonique interviennent (Centre de Prévention du Suicide, la *Zelfmoordlijn* du *Centrum ter Preventie van Zelfmoord*, Télé-Accueil, *Tele-Onthaal*...).

Basées sur l'anonymat et le secret du dialogue, ces lignes téléphoniques ne donnent pas de conseils thérapeutiques, mais apportent une aide psychologique. Elles constituent une intervention de crise: le dialogue qui s'établit aide l'appelant à traverser des instants de tension extrême; en raccrochant, il peut se sentir apaisé, moins angoissé, prêt à envisager d'autres solutions que le suicide.

Dans un premier temps, il importe d'entendre le mal être de la personne en ligne. Ensuite, il s'agit d'instaurer un dialogue et un climat de confiance, exempt de jugement, où l'on reconnaît sa souffrance. Avec les éléments que la personne qui appelle communique, on tentera alors de clarifier sa situation en cherchant, avec elle, comment évoluer dans ce qu'elle présente et ressent comme une impasse. Il ne s'agit ni de décider à sa place, ni de chercher à résoudre ses problèmes sans sa participation, mais bien de l'accompagner pour lui faire découvrir d'autres perspectives de la situation.

A l'origine, les appels provenaient essentiellement des personnes suicidaires elles-mêmes. Comme si, isolées par le tabou et la peur, elles étaient les seules concernées par la problématique du suicide. Peu à peu, cette perception a changé. Le tabou a vacillé, révélant les peurs, les questions, les souffrances et permettant, chez les suicidaires comme chez ceux qui les côtoient, un début de mise en mots. Les uns ont pu commencer à entendre, les autres ont pu commencer à dire.

Désormais, le suicidaire n'est plus/est moins contraint à l'isolement, paria dont il faut à tout prix se protéger; il a des proches, le plus souvent un entourage professionnel et social. Ces personnes souffrent, essaient de comprendre, voudraient savoir quoi faire... Parfois, le drame est consommé, le suicide est survenu et il faut traverser un deuil particulièrement douloureux... Dans chaque cas, le dialogue, la possibilité de parler sans crainte du jugement et des conséquences, constitue une aide inestimable.

Répondre à toutes ces catégories d'appelants, entendre le désespoir du suicidaire, les inquiétudes, l'incompréhension ou la culpabilité des proches, c'est une expérience qui bouscule, désarçonne et fait vivre aux répondants de constants paradoxes. Les remises en question sont nombreuses et les capacités d'adaptation sont sans arrêt sollicitées. Dès lors, le personnel de ces centres a un rôle capital à jouer pour permettre que les bénévoles qui travaillent pour ces centres puissent assurer, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, une écoute de qualité. Un travail important de recrutement, de sélection et de formation de nouveaux candidats est à recommencer continuellement.

Il n'y a pas que les personnes suicidaires qui appellent les lignes d'écoute téléphonique; leurs proches et ceux qui les soignent font également appel au soutien et à l'avis offert par ces lignes.

La psycho-éducation des proches et le travail de déstigmatisation est très important. L'aide par téléphone y joue un rôle primordial. En plus, lors de chaque conversation avec un tiers, le répondant analysera quels conseils et quel avis il peut donner à l'appelant dans son approche de la personne suicidaire de son entourage ou pour son orientation éventuelle. Néanmoins, il est très important lors d'un appel d'un tiers de ne pas concentrer la conversation uniquement sur la situation problématique et/ou les idées suicidaires du tiers. Chaque conversation, peu importe le sujet dont on parle, comprend un appel d'une personne en besoin:

- Il se peut que l'appelant se présente comme quelqu'un qui considère la situation d'un tiers d'une façon objective, alors que c'est l'appelant même qui traverse une crise.
- Etre confronté au comportement suicidaire d'un proche a un grand impact sur la personne qui appelle: celle-ci se sent responsable ou coupable, est inquiète, est elle-même désespérée, se sent impuissante...

Outre l'assistance téléphonique, plusieurs services (*Zelfmoordlijn*, *Tele-Onthaal*, *Kinder- en Jongerentelefoon*) offrent également de l'assistance *online*, car Internet devient le moyen de communication par excellence. Ce médium est également utilisé de plus en plus pour trouver quelqu'un qui écoute, surtout chez les jeunes. De plus, le seuil pour chercher de l'aide en cas de problèmes de santé mentale se situe généralement très haut. Or, il semble que le comportement de recherche d'aide chez les jeunes fait souvent défaut. Ils seront donc plus facilement amenés à faire appel à de l'aide grâce à un moyen dont le seuil est plus bas, comme par exemple l'aide téléphonique ou, plus souvent encore, internet.

Les personnes avec un défaut de prononciation ou avec un handicap auditif, qui ne savent pas se faire aider par téléphone, peuvent trouver l'aide dont ils ont besoin grâce aux conversations *online*.

De Zelfmoordlijn online

L'assistance *online* de la *Zelfmoordlijn* atteint surtout des jeunes filles (77 % est une femme). Ce groupe d'âge constitue le plus grand groupe à risque pour commettre des tentatives de suicide. L'analyse des conversations *online* de 2005 nous montre à quel point elles sont sérieuses. Tous les appelants avaient des idées suicidaires et 27 % avaient des plans de suicide concrets, ce qui fait que le risque de suicide est très élevé. 2 chatters sur 3 ont déjà effectué une tentative (contre 1 sur 4 appelants de la *Zelfmoordlijn*).

Parler de ses idées suicidaires avec ses proches est difficile. Seulement 1 appelant sur 4 en parle avec ses proches, ce qui met encore plus en évidence l'importance d'une aide anonyme et à seuil bas.

Ce seuil très bas de l'aide *online* fait que les jeunes osent aborder leurs problèmes très sérieux. Il s'avère que 13 % des chatters a un passé d'abus sexuel.

Cela fait quelque temps qu'il existe un éventail de sites web et de forums sur lesquels les gens peuvent exprimer leurs problèmes et leurs sentiments. Il est préoccupant que beaucoup de ces sites et forums ne sont pas suivis par des experts. Le CPZ prête en revanche beaucoup d'attention à la formation et au développement permanent des compétences des volontaires de la *Zelfmoordlijn* et de l'aide *online*. Les répondants de l'assistance *online* sont recrutés dans le groupe des répondants de la *Zelfmoordlijn* et ont donc reçu une formation non seulement dans le domaine des techniques de conversation et du coping, mais également pour prendre en charge le comportement suicidaire (p.ex. *lethality assessment*, rendre possible le fait de parler de ses idées suicidaires...).

Les volontaires de l'aide *online* sont formés à la communication *online*. Ils ne reçoivent pas uniquement une explication sur le médium et le programme, mais ils apprennent également les

pièges les plus importants du médium et les manières de les éviter. Communiquer par ordinateur demande une approche quelque peu différente que par téléphone. Comme on a encore moins d'input sur l'appelant que par téléphone (on ne peut ni le voir ni l'entendre), la distance entre les deux personnes est plus grande sur le plan sentimental et la possibilité de mauvaises interprétations est plus grande. La langue typique des jeunes, l'utilisation des émoticons, abréviations, signes de ponctuation, sont traités en détail durant la formation.

Le forum du Centre de Prévention du Suicide

Depuis 2004, le Centre de Prévention du Suicide développe également un outil de prévention spécifique à Internet, utilisant l'écriture comme médiateur et les ressources propres à Internet que sont les mises en relation « virtuelles » des utilisateurs. L'objectif étant de toucher un public qui n'utiliserait pas le téléphone et plus particulièrement une population à la fois plus jeune et plus masculine.

Un autre argument est qu'à l'heure actuelle, il existe sur la toile bien plus de sites faisant l'apologie de l'acte suicidaire ou encore des pages personnelles relatant des pensées ou des actes suicidaires de manière « brute ». De fait, le secteur psycho-médico-social, par peur ou par méconnaissance du médium, n'a que fort peu investi cet espace.

Partant de ce constat, la démarche du centre de prévention du suicide a été d'une part de proposer directement sur leur site un forum d'expression libre. Le postulat de base étant que le passage par l'écriture constitue une première mise à distance susceptible d'avoir un effet apaisant – certains diront même thérapeutique – en soi, le fait de partager son vécu avec d'autres pouvant s'avérer intéressant et, surtout, ces « autres » pouvant apporter une réponse adéquate aux questions soulevées.

Opérationnel sur le site www.preventionsuicide.be, l'espace Forum propose donc un espace de dialogue et d'échange entre les utilisateurs, espace dans lequel les gens ont la possibilité de s'interpeller et de se répondre les uns les autres.

Dès son ouverture, alors qu'aucune publicité ni communication particulière n'avait été faite sur sa création, le forum a rencontré un franc succès: un grand nombre de visiteurs et de messages mais surtout la découverte de la création d'une authentique « communauté de soutien » au travers des réponses échangées. Succès également quant au respect des règles de fonctionnement: rares sont les messages qui doivent être « médiés » (c'est-à-dire renvoyés à leur expéditeur pour correction avant d'être diffusés sur le net).

5.4. Formation, soutien aux professionnels et développement des compétences et des collaborations

5.4.1. Le projet Zelfmoordpreventie

Le projet *Zelfmoordpreventie* des *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* vise une politique et une pratique de prévention du suicide qui s'inscrit dans une vision à long terme. Depuis 1997, il a développé plusieurs stratégies visant:

- le développement des compétences;
- l'optimisation des soins au sein des CGG (protocolisation, formation au sein des équipes CGG, journées d'ateliers pour les intervenants des CGG) – et en dehors des CGG (promouvoir et réaliser des accords de coopération, des circuits d'aide et la continuation des soins);
- la prise en charge des proches après un suicide.

En 2000, le projet a lancé la stratégie du développement des compétences via la conférence « *Zelfmoordpreventie in Vlaanderen: van machteloosheid naar gerichte actie?* ». Le projet des CGG était le premier à développer des modules de formation spécifiques (développement des compétences) pour les groupes cibles intermédiaires et les figures clés comme les médecins généralistes, les hôpitaux, la police et les accompagnateurs des jeunes.

L'expertise du *Zelfmoordpreventieproject* des CGG a été utilisée dans d'autres projets comme le projet Cera-Domus Medica et l'EAAD (cf. point 5.3.). Sur le terrain, ce sont les travailleurs de prévention du *Zelfmoordpreventieproject* des CGG qui visitent les *locale kwaliteitsgroepen* (LOK) (groupes locaux d'évaluation médicale ou GLEM) des médecins généralistes et qui donnent les formations. Dans la stratégie d'e-learning, le projet a aidé au développement du helpdesk pour les médecins généralistes et les cours de formation thématiques interactifs pour médecins généralistes (iTOL) sur la prévention du suicide; des collaborateurs de projets des CGG interviennent également comme facilitateurs dans ces cycles de formation. Le projet est présent dans plusieurs commissions d'experts, groupes de travail et consultatifs au niveau local et régional flamand.

Le concept de la campagne « *Fit in je hoofd goed in je vel* » a été développé au sein du projet de prévention du suicide des CGG. Cette campagne cible la population générale et veut relier la « vie normale » à la santé mentale. Cette campagne a été lancée au printemps de 2006.

Le projet de prévention du suicide s'est engagé dans le développement et l'implémentation de projets pilote « *Recidivepreventie in samenwerking met huisartsen bij suïcidepogers na ontslag uit het AZ* » et « *Psychosociale opvang en evaluatie van suïcidepogers* » (voir plus loin dans ce rapport).

Développement des compétences des hôpitaux, des médecins généralistes, des accompagnateurs de jeunes, des services policiers et des centres de soins de santé mentale (*Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* - CGG):

Le *Project Zelfmoordpreventie* ambitionne une prévention la plus intégrée possible pour des effets à long terme. C'est dans cette optique que les formations offertes sont généralement des formations de plusieurs jours pour un groupe réduit de participants: de cette façon il est possible de travailler de façon approfondie et interactive autour de la thématique. Les expériences personnelles des participants forment le point de départ. Ces formations sont souvent le début ou le résultat du développement d'un réseau autour du patient suicidaire.

Les modules de formation traitent dans les grandes lignes des thèmes suivants:

- information de base par rapport au suicide: chiffres, historique...;
- le processus suicidaire;

- facteurs de risque et signaux de comportement suicidaire;
- rendre discutable le comportement suicidaire;
- intervention de crise;
- scénario: « Comment réagir au comportement suicidaire dans le contexte du travail? »;
- prise en charge des proches;
- développement d'un réseau.

Formations très interactives: discussions en groupe, exercices, jeux de rôle, observation vidéo...

A. Développement des compétences dans les hôpitaux

Module de formation

Le Groupe de travail *Ziekenhuizen* a développé une formation « *Suicidepreventie in Ziekenhuizen* » (Prévention du Suicide dans les Hôpitaux). Cette formation comprend de l'information théorique et des directives didactiques. Les membres du projet peuvent l'utiliser comme base pour les formations dans les hôpitaux. Ce module de formation a été révisé en partie à la fin de l'année 2005 et sera totalement adapté et intégré dans une présentation Powerpoint en 2006.

Partenaires pour l'implémentation

Dans plusieurs régions une offre de formation a été proposée pour le personnel des hôpitaux. Cette offre était orientée surtout vers les hôpitaux généraux, mais à certains endroits également vers les hôpitaux psychiatriques. Ces formations sont dans presque tous les cas données par les collaborateurs du projet, éventuellement en collaboration avec le personnel hospitalier. Si c'est possible, ceux qui ont suivi la formation peuvent transmettre les connaissances acquises au personnel de leur hôpital. Les groupes à qui les formations sont données sont souvent composés d'un public hétérogène, de formation de base différente et travaillant dans différents départements. Tout est fait pour que les formations soient intégrées dans une collaboration plus large avec les hôpitaux au niveau de la prévention du suicide.

Réalisations

Dans chaque province, des formations ont été données au personnel hospitalier. Parfois une offre active avait été faite, mais parfois elle était le résultat d'une demande spontanée de la part des hôpitaux mêmes. A certains endroits, la manière d'organiser les formations aux hôpitaux de façon plus structurée a été envisagée. Dans la province d'Anvers, c'est déjà le cas. En 2005 plus de 450 membres du personnel des hôpitaux en Flandre ont suivi une formation organisée par le projet.

En 2005, les activités du projet autour des hôpitaux ont été davantage intégrées dans un contexte plus large de développement de réseaux. Continuer le développement de collaborations intégrant une formation avec des hôpitaux est un objectif important pour 2006. Un nouveau module de formation est également en préparation.

B. Développement des compétences chez les médecins généralistes

Module de formation

Dans le cadre du soutien et du développement des compétences des médecins généralistes les organisations de médecins généralistes suivantes ont collaboré: le *Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut* (VHNI), l'*Interuniversitair Centrum voor Huisartsenvorming* (ICHO) et la *Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen* (WVVH), récemment intégrées dans *Domus Medica*, ainsi qu'avec les médecins « LOGO ». Un module de formation offert aux cercles de généralistes et aux GLEM a été créé. Les collaborateurs du projet se sont chargés des soirées de formation.

Un cours électronique ITOL sur la prévention du suicide est opérationnel. Un grand nombre de médecins ont déjà suivi ce programme intensif d'e-learning sur la prévention du suicide.

Partenaires pour l'implémentation

En 2005, la collaboration avec l'ICHO et la WVVH s'est poursuivie. Ces partenaires reçoivent de l'aide financier de la part de la Cera Foundation et des autorités flamandes pour l'implémentation de la Conférence de la Santé: Prévention de la dépression et du suicide, stratégie présentée et approuvée du helpdesk électronique. Une commission d'experts – avec des représentants du projet CGG – encadre les travaux.

Depuis 2001, le *Project Zelfmoordpreventie* s'occupe, en collaboration avec l'ICHO, du développement d'un programme d'e-learning (*Internetondersteunde Thematische Opleidingslijn*: ITOL) pour médecins généralistes en formation professionnelle (HIBO). En décembre 2003, l'ITOL *Zelfmoordpreventie* a été finalisé et un premier cours a été organisé. En 2004, des modifications ont été effectuées pour adapter l'ITOL aux besoins des généralistes dans leur pratique. Ce cours de 3 semaines a été offert 5 fois en 2005, des collaborateurs du projet agissant comme « facilitateurs ». Ceux qui suivent cette formation sont encadrés grâce à un forum de discussion et de casus et ils reçoivent un feedback sur les « devoirs » qu'ils renvoient. Cette nouvelle méthode de formation continue a été reconnue par la commission d'accréditation dans la rubrique « éthique et économie ».

Le projet poursuit encore d'autres pistes. Avec la WVVH, il a collaboré à l'étude Delfi qui veut faire un bilan des points faibles dans la collaboration des différentes lignes de soins de santé au niveau des patients présentant un risque suicidaire. On veut arriver à un consensus sur la prise en charge des patients à risque. Des médecins généralistes, du personnel hospitalier, des psychiatres, des psychologues (aussi dans les CGG) ont été interrogés. Sur base de cette consultation, un avis sera donné pour améliorer la collaboration.

Par le biais des CGG, des collaborations régionales avec des médecins généralistes ont été développées dans le cadre du développement de réseaux. Des sessions d'information et de formation pour des groupes de généralistes locaux dans deux régions (Anvers Nord et Limbourg) ont été organisées en collaboration avec les médecins LOGO.

Nouveaux accents

Au sein de l'ITOL *Zelfmoordpreventie* un nouveau parcours de cours est en train d'être développé, destiné aux psychiatres pratiquants et en formation.

Un helpdesk électronique interactif a également été développé. Sur www.gachet.be les généralistes et les autres intervenants peuvent trouver des explications sur des incidents critiques (p.ex. une tentative de suicide d'un patient), une liste de textes étrangers recommandés, une liste d'adresses utiles, et même un vrai helpdesk d'experts qui répondent à des questions supplémentaires.

Projets d'avenir

En 2006, en collaboration avec l'ICHO et la WVVH, l'optimisation des soins aux patients suicidaires, aux suicidants et à leur famille sera poursuivie. Ce projet global pionnier et innovateur doit mener à une augmentation du nombre de personnes qui sont effectivement aidées par leur généraliste et également à une amélioration de la collaboration avec les soins spécialisés. Dans les réseaux et collaborations qui seront implémentés dans les régions, il sera tenu compte du rôle crucial que jouent les médecins généralistes dans le suivi du patient suicidaire.

C. Développement des compétences des accompagnateurs des jeunes

Module de formation et scénario

Au sein du groupe de travail pour les jeunes, lors du démarrage du *Project Zelfmoordpreventie*, un module de formation « prévention de suicide chez les jeunes » a été développé. Il a été profondément révisé et complété en 2003. Ce module de formation approfondi contient de l'information et offre diverses méthodes de travail didactiques. De cette façon, les collaborateurs du projet peuvent commencer immédiatement à préparer des conférences ou des formations de plusieurs jours. Il peut également servir de base pour composer un dossier pour les participants. Des directives ont été établies pour composer un scénario « Prévention du suicide chez les jeunes » pour le milieu scolaire. Le scénario donne des indications sur comment réagir en cas d'un(e) tentative de suicide à l'école. Les directions des écoles et les intéressés sont encadrés lors de la rédaction du scénario.

Partenaires pour l'implémentation

A Anvers et au Limbourg, il existe une commission d'experts provinciale « *suicidepreventie bij jongeren* » (prévention du suicide chez les jeunes) qui développe des initiatives autour de ce thème. Plusieurs partenaires concernés font partie de cette commission: des collaborateurs du projet, des collaborateurs des PMS, des équipes d'enfants et de jeunes des CGG, des collaborateurs de la cellule prévention du *Bijzondere Jeugdzorg* (Service d'Aide à la Jeunesse).

Réalisations

Dans quatre régions (la province du Limbourg, Anvers, Malines, Turnhout) des formations « *zelfmoordpreventie bij jongeren* » de trois jours sont organisées. Cette formation est donnée par 2 formateurs qui utilisent différentes méthodes (ex cathedra, conversation en groupe, jeu de rôle, vidéo...). Cette formation est orientée vers le personnel d'encadrement des élèves, directions, PMS, SAJ, CGG et CIJ. A Anvers, les personnes responsables de l'aide aux victimes et la brigade de la jeunesse peuvent également se joindre.

L'idée de travailler avec des groupes mixtes semble judicieuse et les participants partagent cet avis. La demande pour cette formation est toujours très grande, aussi dans les régions où la formation est donnée depuis plusieurs années. Une étudiante en ortho-pédagogie de la VUB a fait une évaluation de ces formations de trois jours. Les participants qui ont pris part à cette étude étaient très satisfaits de la forme et du contenu de la formation qu'ils ont suivie. La plupart d'entre eux déclaraient que la formation a amélioré leurs connaissances et leurs attitudes. Depuis 2004, un deuxième objectif de la commission d'experts « *zelfmoordpreventie bij jongeren* » au Limbourg est le développement d'une vidéo éducative sur la prévention du suicide chez les jeunes. Le but est que cette vidéo soit utilisée lors des formations de trois jours à partir de fin 2006.

En plus de ces formations de trois jours pour un public mixte, des formations spécifiques pour le milieu scolaire ont également été organisées (provinces du Brabant flamand, la Flandre Orientale, le Limbourg). Des ateliers et des conférences ont été organisés dans les écoles (généralement dans le cadre de la préparation d'un scénario « *zelfmoordpreventie bij jongeren* ») ainsi que des formations de deux jours pour le personnel des centres PMS.

Trois collaborateurs du projet ont participé au suivi d'un forum Internet sur le suicide chez les jeunes créé par le magazine Klasse. On a constaté que ce site était très visité et qu'apparemment beaucoup de jeunes l'utilisent pour exprimer leurs pensées et idées par rapport à ce thème. Un suivi professionnel est conseillé. Les collaborateurs de projet suivent les messages sur ce forum et si besoin ils donnent des réponses et de l'information sur l'aide possible.

Une école a fait appel au collaborateur local du projet pour encadrer la pièce de théâtre intitulée « *Spiegelschrift* », dont le thème est le suicide chez les jeunes. Le collaborateur a

donné de l'information sur la manière raisonnable d'aborder ce thème et de prendre en charge les élèves suicidaires.

Les collaborateurs du projet sont également souvent contactés par téléphone par le personnel d'encadrement des élèves et par des collaborateurs des PMS à l'occasion de cas concrets et ils soutiennent les écoles dans des situations de crise. Répondre aux questions des élèves fait également partie de leurs tâches.

Projets d'avenir

La *Eenheid voor Zelfmoordonderzoek* Gent, le CPZ, et le Groupe de Travail *Verder*, ont évalué conjointement quel message sur la prévention du suicide il faut donner au milieu scolaire. Il a été décidé d'écrire une lettre commune qui explique quelles interventions sont efficaces, lesquelles n'ont (presque) pas d'effet et quels programmes risquent d'avoir des conséquences négatives. Cette action a débuté en 2005 et est poursuivie en 2006. C'est un premier pas vers une offre plus structurée pour le milieu scolaire. Les écoles secondaires et les PMS seront contactés concernant une prévention du suicide de qualité dans l'école.

D. Développement des compétences de la Police

Module de formation

Le module de formation existant a été adapté au groupe cible de la police. Il a été opté pour la composition d'un dossier étendu. De cette manière les collaborateurs de la police pourront, à terme, donner eux-mêmes des formations. Les textes de travail ont également été révisés. Grâce aux exercices, la formation est un événement très interactif adapté à l'environnement de la police.

Les formations ont été données à un public très varié au sein du monde policier. Il s'agit de personnes prenant en charge les victimes, mais également des policiers qui entrent en contact avec des personnes suicidaires. Comme le suicide dans les propres rangs de la Police est pour beaucoup de corps un thème actuel, il est utile qu'également des personnes des cadres moyens suivent cette formation afin de pouvoir détecter de manière précoce les signaux chez les policiers eux-mêmes. De cette façon, ils apprennent à gérer ce genre de situations de façon adéquate.

Partenaires pour l'implémentation et activités dans les régions

Le groupe de travail police continue à se pencher sur les pistes possibles pour atteindre le groupe cible que constitue la police dans toutes les régions. Les voies d'accès sont les écoles provinciales pour policiers, les personnes prenant en charge les victimes, les conseils d'arrondissement, les équipes de stress et les corps.

Etant donné que les écoles pour policiers sont organisées au niveau provincial, le groupe de travail a contacté différentes écoles. En fonction de la politique menée et des priorités, différents types de formation ont été offerts aux différentes écoles.

Au sein du groupe de travail police un dossier de reconnaissance a été créé pour la formation continue de l'école pour policiers de Flandre Orientale OPAC. Cette *good practice* peut être copiée pour les autres provinces. Entre-temps, plusieurs formations de deux jours ont été organisées. Les évaluations démontrent que ces formations sont adaptées à la réalité concrète et elles sont très positives.

Dans l'Académie de Police de la Flandre Orientale (OPAC) le sujet « Gestion du suicide et des tentatives de suicide » fait également partie de la formation pour les personnes prenant en charge les victimes.

Au Limbourg il existe une bonne collaboration avec la *Provincie Limburg Opleiding en Training* (PLOT). Dans la formation de base pour les policiers un module de cours de 2 heures a été élaboré et donné 2 fois en collaboration avec l'enseignant. L'enseignant permanent a entre-temps intégré cette matière. En collaboration avec PLOT tous les corps ont reçu une offre de formation continue. Une journée de formation continue a également été organisée.

Les corps mêmes reçoivent également une formation, qui a déjà eu lieu dans le passé en Flandre Occidentale et au Limbourg. A Bruxelles des contacts ont également été établis.

Les conseils d'arrondissement analysent les possibilités de collaboration. Dans le cadre de l'aide aux victimes, un conseil d'arrondissement a été créé dans chaque arrondissement. Tout ce qui touche à l'aide aux victimes est réuni dans ce conseil: police, officiers prenant en charge les victimes, les services d'aide aux victimes, les centres pour enfants maltraités, maisons refuge, maisons de justice, le barreau, le service d'accueil des victimes et le parquet.

Au Limbourg, une journée de formation a été organisée pour les personnes prenant en charge les victimes sur le thème des proches après un suicide, ainsi qu'une session de debriefing avec la cellule soutien collégial de la zone de police HAZODI (Hasselt-Zonhoven-Diepenbeek).

Pour finir, durant la 4^e *Dag van de Nabestaanden Na Zelfdoding*, une journée de conférence et de rencontre pour les proches après un suicide, les professionnels des soins, l'enseignement et la police, un workshop « la police/les personnes prenant en charge les victimes en contact avec les proches » s'est organisé. On s'est penché de manière interactive sur la manière de prendre en charge les proches après un suicide. Les principaux points d'attention étaient comment annoncer la mauvaise nouvelle après un suicide, l'accueil et l'orientation, les premières réactions de deuil et comment les responsables de l'accueil des victimes peuvent gérer eux-mêmes leurs émotions.

Projets d'avenir

Les formations pour la police demandent une stratégie multiple. Répondre aux demandes des écoles de police et promouvoir la formation continue (comme l'a fait l'OPAC en Flandre Orientale) dans toutes les provinces sont des stratégies complémentaires. Les conseils d'arrondissement sont également un canal important qui peut être sollicité dans d'autres régions. Rencontrer les demandes des corps reste un point d'attention. Plus concrètement, le groupe de travail police analysera quelle offre supplémentaire, à part la formation, peut être donnée par les collaborateurs de projet en fonction de la politique de prévention du suicide menée dans les corps mêmes; la police étant elle-même un groupe à risque. Des contacts ont été établis avec l'équipe « stress » de la police fédérale et plusieurs possibilités de collaboration ont été évaluées. En collaboration avec les partenaires, des formations seront offertes dans les différentes régions, et dans la mesure du possible, ces formations seront également ancrées dans les structures de formation locales.

E. Développement des compétences dans des centres de soins de santé mentale (*Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – CGG*):

L'optimisation de l'aide aux patients suicidaires dans les CGG est un des objectifs du *Zelfmoordpreventieproject des Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* (www.zelfmoordpreventievlaanderen.be).

Journées atelier

Tous les deux ans le *Zelfmoordpreventieproject* des CGG organise des ateliers pour tous les professionnels des CGG autour du suicide et de la suicidalité. Evaluation de risque, implications juridiques, prise en charge des proches, les propres émotions, etc. sont abordés.

Formation interne

Dans plusieurs équipes CGG, les collaborateurs de projet locaux ont offert une formation sur le thème de la prévention du suicide. Sont également abordés les problèmes dans l'aide aux patients suicidaires dans un environnement ambulatoire, le rôle des CGG dans le développement d'un réseau autour du patient suicidaire...

Protocole

Un protocole sur la prévention du suicide a été développé pour les CGG. Ce protocole s'intéresse au rôle des CGG dans la collaboration autour du patient suicidaire, les démarches à suivre dans des situations de crise... Pour les équipes des CGG qui s'occupent des enfants et des jeunes, un protocole a été créé pour les patients suicidaires mineurs et leurs proches.

5.4.2. Soutien aux professionnels de la santé: le projet EOLE

Eole est un service d'aide téléphonique pour tous les professionnels de la santé confrontés aux urgences et crises psychiatriques et psychologiques de la Région de Bruxelles-Capitale. L'objectif de cet appui téléphonique est:

- ◆ d'analyser la situation avec l'appelant;
- ◆ de mettre à disposition des informations tant théoriques que pratiques sur les soins en santé mentale;
- ◆ de faciliter l'accès aux ressources thérapeutiques existantes;
- ◆ de construire avec l'appelant un réseau de soins personnalisés pour le patient;
- ◆ de garder contact pour aider à la mise en place d'un projet thérapeutique durable en Région de Bruxelles-Capitale.

Les médecins généralistes peuvent dès lors demander des conseils en matière de santé mentale à tout moment et correctement réorienter leur patient si nécessaire.

5.4.3. Soutien au milieu scolaire

Différentes études ont mis en avant la difficulté pour les directeurs d'école et les enseignants de faire face à des situations de crise consécutives au suicide ou à la tentative de suicide d'un élève ou d'un de ses proches.

A la suite d'un acte suicidaire abouti ou non, on constate que l'entourage subit un véritable choc psychologique. Dénégation, culpabilité, retrait, révolte constituent des réactions individuelles et collectives qui créent des tensions dans l'entourage et empêchent la mise en place de réactions adéquates.

Par ailleurs, lorsqu'un suicide survient, il arrive que les plus vulnérables de l'entourage posent à leur tour un geste de désespoir. Le risque de contagion est particulièrement élevé chez les jeunes dont un pair ou un parent s'est suicidé ou a tenté de le faire.

Partant de ces constatations et des demandes en ce sens adressées par les établissements scolaires, la Province de Liège, par le biais de sa Commission Provinciale de Prévention du Suicide et le Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles ont mis en place différents moyens d'action.

La Province de Liège a ainsi décidé de mettre en place « une équipe de première intervention suicide » qui intervient à la demande des directions des établissements scolaires, tous réseaux confondus, suite à un suicide ou à une tentative de suicide mettant en difficulté la classe et/ou l'équipe pédagogique. Cette équipe, composée de personnes de formations différentes (médecin psychiatre, psychologues, infirmière, criminologue) intervient pour assurer, auprès de l'institution scolaire, information, suivi et soutien nécessaires. Elle a aussi pour mission d'assurer, en cas de nécessité, les orientations qui s'imposent vers les personnes ou les services de ressources les plus habilités (PMS, PSE, Centres de Santé Mentale...) et ce, après concertation avec ses partenaires.

L'objectif de ces dispositifs est d'établir une réflexion saine visant à mettre en place les modes de réaction et d'action. Ainsi si l'absence totale de réaction de la part de la direction et de l'équipe éducative n'est pas conseillée en cas de suicide, les initiatives de professeurs « de bonne volonté » ont parfois des effets pervers.

Après un décès, il apparaît important de resituer le cadre institutionnel par rapport à certaines réactions émotionnelles démesurées et rétablir la fonction première de l'école ainsi que de s'appuyer sur les énergies présentes dans et autour de l'établissement tels les Centres Psycho-Médico-Sociaux, les Services de Santé Mentale...

Un guide pour aider les professionnels du monde scolaire:

Par ailleurs et complémentirement à l'équipe mise en place par la Province de Liège, un guide intitulé « *Le risque suicidaire et les adolescents – Quelques repères pour les directeurs et enseignants du secondaire face à une problématique complexe* » a été publié en 2001. Le texte a été conçu et réalisé par l'ASBL CLIPS, Centre Liégeois d'Interventions Psycho-Sociales / Clinique des comportements violents - Liège).

Cette brochure de 24 pages a été diffusée dans tous les établissements scolaires de la Province de Liège, tous réseaux confondus, dans les centres psycho-médico-sociaux, les équipes de Promotion de la Santé à l'Ecole et les services de santé mentale. A ce jour, plus de 5000 brochures ont été distribuées.

Ce guide ne se contente pas de fournir quelques repères pour mieux comprendre le phénomène, il offre également des pistes d'actions concrètes pour les différents intervenants, ainsi que des relais vers les spécialistes de santé.

Le *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* et la *Eenheid Zelfmoordonderzoek* ont également développé un module global pour les écoles secondaires. Tant les directions, les professeurs que les élèves contribuent à ce projet. Pour le module « professeurs », collaboration avec le *Project Zelfmoordpreventie* tel que décrit plus haut.

- directions: information et sensibilisation;
- professeurs: développement des compétences (détecter des signaux, comment réagir, réorienter...) pour lequel on fait appel entre autre à l'expertise du *Project Zelfmoordpreventie*;
- élèves: module pédagogique (santé mentale et soins de santé mentale, coping, comportement de recherche d'aide...).

Guide pratique pour les professeurs: que faire si un élève veut faire un travail sur le suicide?

Le *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* et les autres organisations flamandes actives dans la prévention du suicide (*Project Zelfmoordpreventie*, *Eenheid Zelfmoordonderzoek*, *Werkgroep*

Verder) sont confrontés à des questions d'élèves qui veulent faire un travail sur le suicide. L'expérience de ces organisations est que les élèves ne sont pas assez conscients de combien ce thème est délicat. Il se peut notamment qu'il y ait des élèves à risque dans la classe (des jeunes avec un comportement suicidaire antérieur, avec une dépression, des élèves qui ont perdu un proche par suicide...) qui auront très difficile si ce thème est abordé en classe de façon imprévoyante et non réfléchi. Les professeurs ne sont pas toujours au courant des règles à suivre lorsqu'on aborde le suicide.

Selon des recherches il est important de:

- présenter le suicide dans un cadre plus large, à savoir la santé mentale;
- proposer des alternatives au suicide (avec l'accent sur le comportement de recherche d'aide);
- éviter de dramatiser et de romantiser.

Cet avis et d'autres sont expliqués dans le Guide pratique, qui offre un soutien aux professeurs. Ceux-ci qui peuvent évidemment faire appel au *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* pour d'autres questions et du soutien.

Les avis les plus importants sont:

- décrivez des objectifs;
- essayez de comprendre la motivation de l'élève;
- soyez votre propre soutien, celui de l'élève et celui de la classe;
- consacrez une attention particulière aux élèves à risque;
- évitez de dramatiser, des détails et l'idéalisation;
- placez le suicide dans un contexte large (soins de santé mentale);
- prenez le temps de faire une discussion avec la classe;
- donnez les adresses des services d'aide importants.

5.4.4. Développement des compétences des figures clés auprès des personnes âgées, p.ex. les soins à domicile

Nous vivons de plus en plus longtemps et il y a de plus en plus de personnes âgées. Mais apparemment, il n'est pas évident pour ces personnes âgées de vivre une vie longue et « heureuse ». Même si dans la catégorie d'âge des 65+ le pourcentage des décès pour cause de suicide est relativement bas, le chiffre absolu des suicides chez les personnes âgées est très élevé. Chez les hommes, les chiffres des suicides culminent à partir de 75 ans.

Les raisons de ces chiffres élevés sont la dépression, la solitude, un mauvais état de santé, l'isolement social, la perte de son indépendance, la perte du partenaire ou des proches... Les personnes âgées forment un groupe à risque pour la dépression et le suicide, mais trop souvent la dépression n'est pas détectée à temps entre autre car on croit que les « petits bobos » des personnes âgées sont dûs à un processus « normal » de vieillissement. De plus, les chiffres de suicide chez les personnes âgées sont souvent perdus de vue à cause du souci -pourtant justifié- au sein de la société du nombre élevé (exprimé en pourcentage) de suicides chez les jeunes.

Grâce à une formation le *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* veut informer les intermédiaires qui donnent des soins aux personnes âgées sur la prévention du comportement suicidaire. Cela veut dire: augmenter la vigilance (« à quels signes dois-je faire attention? »), l'ouverture (« quelle est ma propre attitude par rapport au suicide? ») et l'expertise (« comment dois-je réagir et vers qui est-ce que je peux réorienter la personne? ») de ces intervenants par rapport au comportement suicidaire chez les personnes âgées. Par l'intermédiaire de VIAC (un institut de formation) cette formation est offerte aux aides à domicile (aide ménagère et infirmières).

5.4.5. Développement des compétences des répondants du 112 et des lignes d'aide

Une enquête modeste dans la province de Flandre Orientale a démontré qu'en moyenne 3 appels suicidaires sont enregistrés dans la Centrale-100 en Flandre Orientale. Les jours dits « difficiles », comme par exemple le 30 décembre 2003, ce chiffre s'élevait à 7. Une bonne prise en charge des personnes suicidaires par les répondants est dès lors indispensable.

La formation de base des répondants a pour but d'améliorer la vigilance, l'ouverture et les compétences du personnel par rapport aux appelants suicidaires. Cette formation est donnée par une équipe de deux instructeurs du *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* vzw.

Les participants à cette formation sont les répondants du futur Numéro de Secours unique 112 (déjà utilisé comme numéro international de secours). Ils répondront à l'appel, ils analyseront (qui, quoi, quand) et transmettront les données immédiatement au dispatching par ordinateur. Le dispatching mettra au courant l'intervenant adéquat (pompiers, police, intervention médicale), mais il se peut également que les répondants s'occupent eux-mêmes du dispatching. Jusqu'à présent dans une première phase, les données de l'appel sont transmises oralement, d'où l'importance d'une communication de bonne qualité.

Le but de cette formation est de sensibiliser à la problématique du suicide et du processus suicidaire et d'apprendre les bonnes techniques de la discussion afin de réagir de façon correcte dans une certaine situation. Les situations les plus courantes sont:

1. personne en crise aiguë – tentative de suicide en cours
2. personne en besoin d'une conversation réconfortante
3. appel pour un tiers
4. appel pour un tiers postfactum (après une tentative, mortelle ou pas).

D'autres lignes téléphoniques comme le *Kinder- en Jongerentelefoon* et le *Holebifoon* (pour les homosexuel(le)s), et les lignes plutôt informatives tels que la *Druglijn*, reçoivent également des appels de personnes suicidaires et font appel au *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* pour une formation en prévention de suicide.

5.5. Prise en charge des suicidants et suivi post-hospitalier – Développement d'un travail en réseaux

Comme expliqué dans le point 4.6., la nécessité de mettre en place un suivi post-hospitalier des suicidants est très importante. Il ne suffit pas de traiter les conséquences physiques de l'acte posé. Différentes initiatives se sont mises en place en réaction face à ce constat. Nous en décrirons quelques-unes.

5.5.1. *La Cellule d'Intervention Psychologique de Crise du Centre de Prévention du Suicide*

Le Centre de Prévention du Suicide a mis en place une Cellule d'Intervention Psychologique (CIP) dont la spécificité se situe à deux niveaux:

- un rôle d'interface entre les intervenants hospitaliers et les intervenants thérapeutiques;
- un travail ponctuel sur la crise.

But de ce projet:

Le but de cette cellule est d'assurer au suicidant un réel accompagnement thérapeutique. Celui-ci visera, d'une part, à décrypter les aspects intrapsychiques et interpersonnels de la crise et, d'autre part, à faciliter l'expression des émotions et des difficultés liées à la décompensation suicidaire. Il permettra au suicidant de replacer le sens de sa crise dans son histoire de vie, de percevoir les fonctionnements répétitifs auxquels lui-même et son entourage sont confrontés et, partant de là, d'opérer des réaménagements personnels et familiaux. Le travail portera sur le contexte dans lequel le symptôme a émergé plus que sur ce symptôme en tant que tel.

Le projet se réalise en partenariat avec plusieurs services hospitaliers de Bruxelles. Il est envisagé après analyse exploratoire, évaluation et étude de faisabilité d'exporter ce projet dans d'autres villes de la Communauté française et de l'adapter pour répondre à la spécificité des régions rurales.

Déroulement:

- le service hospitalier confronté à un patient suicidant transmet à la CIP les coordonnées de la personne (qui a préalablement accepté la démarche);
- dans un délai maximum de 48 heures, la CIP contacte le suicidant pour lui proposer son intervention;
- en cas d'accord, un premier rendez-vous est fixé;
- suite à ce premier rendez-vous, de nouvelles rencontres sont organisées (au maximum 7) afin de travailler la crise et, le cas échéant, favoriser l'émergence, dans le chef même du suicidant, d'une demande de suivi thérapeutique sur la durée;
- si le suicidant manifeste le souhait d'un suivi thérapeutique, la cellule assure une orientation de traitement soit au sein d'une institution hospitalière, soit auprès d'un service de santé mentale, soit avec un thérapeute indépendant;
- au terme du suivi et de l'orientation éventuelle, un contact téléphonique est repris avec le suicidant (pour autant qu'il ait manifesté son accord) à l'échéance d'un mois / trois mois / six mois / un an afin de maintenir le lien et jauger l'évolution générale de la personne.

Quelques constats et réflexions:

Le projet a reçu un accueil mitigé, sceptique voire parfois hostile du milieu hospitalier, peu enclin à voir des intervenants extérieurs empiéter sur son territoire, qui plus est pour traiter une problématique sensible au sein du monde médical, le suicide. Le travail d'information et d'explication mené a toutefois permis de lever les ambiguïtés et de recentrer le débat sur la notion de partenariat et de complémentarité qui est au cœur du projet.

La pratique de partenariat avec les hôpitaux du groupe met en évidence plusieurs avantages pour les différents acteurs:

- il est sécurisant pour le personnel hospitalier de savoir que le patient suicidant qu'il laisse sortir va pouvoir bénéficier d'un suivi spécifique – la « réponse » qu'il apporte au suicidant via la CIP le reconnecte en outre au caractère « réparateur » fondamental de sa profession;
- la sensibilisation dispensée par la CIP semble avoir un effet global au sein du service hospitalier où elle paraît notamment avoir généré une plus grande et une meilleure mobilisation des ressources psychiatriques;
- pour le patient, l'importance de la situation hors de l'hôpital est garante d'une flexibilité optimale et d'un environnement moins connoté.

Plus concrètement, la pratique a mis en évidence l'importance d'un contact téléphonique rapide avec le suicidant afin de fixer un premier rendez-vous. Plus ce contact est tardif, plus le taux de refus est élevé. Le délai maximal de 48 heures instauré par la CIP constitue donc bien un plafond à ne pas dépasser.

A l'échéance de trois mois, période considérée comme la plus à risque, le taux de récurrence est proche de 0 chez les suicidants pris en charge par la CIP. Il s'agit donc là d'une stratégie efficace.

5.5.2. Projet-pilote dans le Limbourg: Prévention de récurrence en collaboration avec les médecins généralistes chez les suicidants après leur sortie de l'hôpital

La mise en place de ce projet part du constat que le facteur de risque clinique le plus clair concernant le suicide est la tentative de suicide. Par ailleurs, les risques de récurrence sont les plus importants pendant les deux-trois premiers mois. Ce projet-pilote est donc testé dans le cadre d'une stratégie de prévention des récurrences. Il s'agit de l'optimisation des soins par un meilleur travail en réseau entre hôpitaux et médecins généralistes. Ce projet implique une participation active du médecin généraliste après la sortie d'hôpital du patient. Il lui est demandé de « prendre en charge » le patient et d'assurer la coordination des soins. A cette fin, il peut suivre une formation adaptée ou trouver de l'appui. Une réelle volonté de promotion du professionnalisme des médecins généralistes est liée à ce projet. Ce dernier est financé par les autorités flamandes depuis le 1^{er} novembre 2003.

Le but de ce projet:

Ce projet a pour but d'améliorer – par l'intermédiaire du médecin généraliste – le suivi des personnes ayant commis une tentative de suicide. Le projet doit permettre à celui-ci de prendre le plus rapidement possible contact avec son patient afin d'en assurer le suivi.

Beaucoup de personnes ayant commis une tentative de suicide sont conduites directement vers des hôpitaux généraux, sans passer par leur médecin généraliste:

- 16 % des patients ayant commis une tentative de suicide sont amenés par leur médecin vers le service des urgences.
- Parmi les 84 % de patients ayant commis une tentative de suicide et qui arrivent aux urgences, seuls 11 % en ont informé leur médecin.

La prise en charge psychosociale optimale y est cependant difficile, notamment du fait qu'un nombre important de patients quittent rapidement l'hôpital. De plus, les prescriptions vers d'autres spécialistes ou traitements pour les problématiques sous-jacentes sont rarement suivies par ces patients, après l'accueil aux urgences. Dans ce projet, il est demandé au médecin généraliste de suivre le patient activement et de l'encourager à profiter du suivi post-hospitalier (éventuellement proposé par l'hôpital).

Le rôle du médecin généraliste peut être ici fondamental dans l'aide qu'il peut apporter à son patient. Cependant, il n'est pas toujours mis au courant que son patient a commis une tentative de suicide et de plus, il ne se sent pas toujours à l'aise dans l'approche de cette problématique.

Déroulement:

Une procédure est établie afin que l'hôpital prenne contact avec le médecin généraliste, pour le tenir au courant de la tentative de suicide de son patient, à la sortie de celui-ci.

Il est demandé au patient de reprendre contact avec son médecin généraliste dans la semaine qui suit son retour à la maison. Si ce n'est pas le cas, le médecin reprend de son initiative le contact, dans la deuxième semaine de la sortie de l'hôpital. Parallèlement, un appui est proposé au médecin sous la forme d'une formation et d'informations.

Des chercheurs suivent de près l'évolution de ces différents contacts. Après 2 semaines, le patient est appelé et on lui pose les questions suivantes: Y a-t-il eu contact avec le médecin généraliste dans les 2 semaines et si ce n'est pas le cas, pour quelle raison; si oui, comment ce contact a-t-il été ressenti? Après six mois, le patient est recontacté par l'équipe de recherche pour déterminer le nombre et la fréquence des contacts de soin, la satisfaction des patients par rapport à l'offre d'aide, leur intention en cas de crise de consulter leur médecin généraliste, leur fonctionnement psychosocial actuel, et les éventuelles récurrences. Le fonctionnement psychosocial est mesuré à l'aide des instruments suivants (validés internationalement): *General Health Questionnaire* (GHQ12), l'échelle de *Beck*, qui évalue l'anxiété et la dépression, *Positive and Negative Affectivity Scale* (PANAS). Les chercheurs se rendent au domicile de la personne interrogée.

Le rapport final a été présenté au *Vlaams Ministerie voor Gezondheid, Welzijn en het Gezin* en janvier 2006 et contenait:

1. les résultats d'une enquête chez tous les hôpitaux généraux en Flandre sur leur compte rendu aux médecins généralistes
2. les résultats de l'enquête sur les effets
3. les résultats de l'évaluation du processus
4. l'inventaire des facteurs critiques de succès du projet.

En ce moment, une deuxième stratégie est testée dans 6 hôpitaux généraux en Flandre (Limbourg), intitulé « *Pilootproject Psychosociale Opvang en Evaluatie van suïcidepogers* » (le Projet-pilote Prise en Charge Psychosociale et Evaluation des suicidants).

Le projet-pilote « Prise en charge psychosociale et évaluation des suicidants dans les hôpitaux généraux »:

Ce projet-pilote était financé du 1er juin 2005 au 1er juillet 2006 par les autorités flamandes (*ministerie van Gezondheid en Welzijn*). La prise en charge psychosociale et l'évaluation comprennent notamment l'inventaire des facteurs de risque d'une récurrence de suicide et les besoins en soins et l'orientation du patient vers un suivi post-hospitalier après sa sortie. Tous les suicidants, même ceux qui quittent rapidement l'hôpital, doivent bénéficier de cette prise en charge. Même dans les hôpitaux où le personnel spécialisé (psychiatres, psychologues) n'est pas présent 24/24 et 7 jours/semaine, cette prise en charge doit être réalisée.

Une aide pour une prise en charge et un screening de bonne qualité est en préparation: l'*Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang* (IPEO, Instrument pour l'évaluation et la prise en charge psychosociale). Dans 6 hôpitaux généraux du Limbourg, cet Instrument pour Evaluation et Prise en charge Psychosociale est testé. Les 6 hôpitaux (3 avec division psychiatrique et 3 sans) développent un parcours clinique pour que la prise en charge psychosociale soit garantie, que les processus de soins se suivent parfaitement et qu'un bon

suivi post-hospitalier soit mis en place. Un compte rendu rapide au médecin généraliste, durant lequel celui-ci est prié de faire le suivi du patient endéans les 2 semaines après sa sortie, est lié au projet (intégration avec le projet précédent). Les médecins généralistes sont informés et reçoivent une offre de formation. Via une annexe au rapport de l'hôpital, des directives de base sont données ainsi qu'un lien vers « GACHET », le helpdesk électronique pour médecins généralistes.

Une étude d'implémentation, qui évalue l'instrument et examine l'effet sur le patient, est liée à ce projet. De plus, l'effet du training et de l'utilisation de l'instrument sur les attitudes et connaissances du personnel et sur l'efficacité ressentie par eux-mêmes est évalué. Ce projet est effectué par l'Université de Gand, l'Université de Hasselt et le projet *Zelfmoordpreventie* des CGG⁸.

Ces expériences nous montrent qu'il existe différentes manières d'assurer le suivi post-hospitalier des suicidants. La nécessité d'un dispositif assurant ce suivi est incontournable. Sa mise en place, par contre, peut-être assurée localement, en fonction de la culture locale, des habitudes de collaboration, des impératifs, etc. Il s'agit, au niveau local, d'analyser la meilleure manière de travailler pour qu'il y ait réseaux, concertation et intégration.

⁸ Le rapport « Project "recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen" » est consultable via le lien suivant: <http://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/942/1/Eindrapport.pdf>.

5.6. L'entourage après un suicide

5.6.1. *Le Groupe de travail Verder, Nabestaanden na zelfdoding*

La mission du groupe de travail *Verder* comprend la défense des intérêts des proches après un suicide par la coordination, l'organisation et le soutien d'initiatives par et pour les proches en Flandre. Le but du Groupe de travail est de sensibiliser, d'améliorer la prise en charge des proches et de faire en sorte qu'on puisse parler dans notre société du thème « le deuil après un suicide » afin de réduire ainsi le tabou. Pour y arriver, des actions sont entreprises pour les proches, les prestataires de soins et autres organisations qui entrent en contact avec les proches, mais également pour le grand public, dans le but de rompre le tabou et de rendre discutabile le thème du deuil après un suicide.

On plaide ainsi pour une plus grande implication de la famille et le cercle large d'amis, et donc également la société dans sa totalité dans la prise en charge et le soutien des proches après un suicide. De cette façon, les proches après un suicide reçoivent le soutien dont ils ont besoin de leur entourage direct et ils savent et peuvent parler de ce qui leur est arrivé. Les proches après un suicide courent le risque d'être isolé, de vivre un travail de deuil complexe, de développer des problèmes psychosociaux et de perdre la vie également après un suicide. Le groupe de travail *Verder* veut également illustrer que les proches après un suicide veulent et peuvent jouer un rôle dans la politique et donner leur avis sur la prévention du suicide.

Le groupe de travail *Verder, Nabestaanden na Zelfdoding* existe depuis début 2000. Le groupe de travail est une collaboration avec des prestataires de soins de différents secteurs: des collaborateurs du *Project Zelfmoordpreventie* (CGG), *Similes*, *Trefpunt Zelfhulp*, *Tele-Onthaal*, *Centrum ter Preventie Van Zelfmoord* (CPZ), *Slachtofferhulp* (CAW), *Eenheid voor Zelfmoordonderzoek* de l'Université de Gand et des experts par leur vécu (les proches) qui encadrent des sessions d'entraide ou des discussions en groupe pour les proches après suicide. Le groupe de travail *Verder* entretient également des contacts intensifs avec des organisations internationales et il est membre de l'*International Network for Suicide Survivors* et de l'*International Association for Suicide Prevention*.

Grâce à la *Vlaamse Gezondheidsconferentie over zelfdoding en depressie* (2002), le groupe de travail *Verder* est actuellement financé par les autorités flamandes, à savoir par le *ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* de la ministre Inge Vervotte.

Un aperçu des réalisations:

Les groupes de discussion reçoivent un soutien logistique et au niveau du contenu, grâce à l'organisation de formations et de moments d'intervention pour ceux qui encadrent ces groupes, et par l'élaboration et la distribution de la brochure « *De WegWijzer* » qui contient entre autre un inventaire de tous les groupes d'entraide et de discussion pour les proches après un suicide.

Des groupes se sont également créés spécifiquement pour les jeunes et les jeunes adultes. Fin 2005, une brochure a été publiée contenant des directives pour la création et l'encadrement de groupes d'entraide pour les proches après un suicide.

Dans chaque province, il existe également des associations entre différents services qui s'occupent de la prise en charge des proches (p. ex. entre les *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* et les groupes d'entraide et de discussion). La continuité des groupes d'entraide est ainsi assurée et les proches peuvent être orientés plus facilement vers des professionnels des soins.

En collaboration avec les proches, la charte « *De Rechten van de Nabestaanden na Zelfdoding* » a été réalisée et distribuée. Cette charte contient 10 droits des proches après un suicide. C'est un livret d'instructions pour les professionnels de l'aide et l'entourage pour la prise en charge des

proches. Ce dépliant contient un coupon-réponse sur lequel on peut indiquer qu'on veut être tenu au courant des activités du groupe de travail *Verder*.

Depuis 2002, le groupe de travail *Verder* organise chaque année un « *Dag van de Nabestaanden na Zelfdoding* », une journée de conférence et de rencontre pour les proches après un suicide et pour les professionnels des soins. Chaque année environ 350 – 400 personnes participent à cette journée. Cette journée consiste en une séance plénière le matin (avec entre autre un témoignage, une contribution du ministre...) et l'après-midi il y a la possibilité de rencontrer des compagnons d'infortune, et de participer à des ateliers, des conférences et une promenade. Durant la journée, un espace silencieux, un espace de conversation et une cafétéria sont ouverts aux participants. En 2005, il y avait pour la première fois une offre pour les enfants (à partir de 6 ans) en collaboration avec le service d'aide aux victimes qui travaille avec les enfants.

La campagne d'affiches « *Iemand verloren door Zelfdoding* » est une des manières d'atteindre les proches qu'on ne sait pas contacter via les organismes d'aide habituels. 10.000 affiches ont été réparties auprès de tous les médecins généralistes et pharmaciens flamands et doivent orienter les proches vers le groupe de travail *Verder* et le site Internet.

Dans le même but, a été créé la pièce de théâtre éducative « *Uit het Leven - Over Leven en Zelfdoding* » (entre-temps plus de 2.500 personnes ont vu le spectacle) et un spot radio. En 2005 et 2006 ce spot a été programmé sur Radio 1, Radio 2, StuBru, Donna et Klara et a provoqué une vague de réactions positives, ainsi qu'un nombre record de visiteurs sur le site Internet. Le spot radio a été réalisé par le groupe de travail *Verder*, en collaboration avec des proches (e.a. l'acteur Pol Goossen), la maison de production La Vita e Media et avec le soutien de la ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille.

Le site Internet (www.werkgroepverder.be) est d'ailleurs un instrument essentiel pour le groupe de travail *Verder*. Non seulement pour annoncer des actions et pour diffuser de l'information, mais également parce qu'il permet aux proches d'entrer en contact (« *leg contacten* » – « Forum ») de façon anonyme et par e-mail, ce qui, pour beaucoup de gens, diminue le seuil pour réellement s'en servir.

Le groupe de travail collabore également à la représentation positive et véridique dans les médias du travail de deuil et des proches après un suicide. Pour y arriver, il a développé des directives et il existe une 'liste de presse' de gens qui sont prêts à témoigner.

En 2004 et 2005, durant la « *Dag van de Nabestaanden* », la *Media-Onderscheiding* (Prix des Médias) a été remise. Avec ce prix on veut stimuler l'information raisonnable et constructive sur le suicide et les proches.

Enfin, le groupe de travail *Verder* s'occupe également du développement des compétences des intermédiaires, en organisant des conférences et des formations sur le thème du suicide et des proches après un suicide. Il est demandé de prêter plus d'attention aux donneurs de soins qui ont perdu un patient à cause d'un suicide. Les problèmes financiers et juridiques (e.a. après un suicide sur les voies ferroviaires) sont également traités.

5.6.2. « *L'Autre Temps* »

Lorsqu'on évoque le suicide on pense d'abord à la souffrance de celui ou celle qui s'est donné la mort, occultant souvent celle de ses proches. Pour l'un la souffrance s'arrête avec la vie, pour les autres elle perdure et prend une ampleur d'une tragédie recouvrant tous les aspects de leur existence.

Généralement, lors d'un décès, famille et amis évoquent la vie du disparu, se remémorent ses qualités et des moments vécus ensemble, relatent ses derniers instants. Lorsque la mort résulte

d'un suicide, les réactions diffèrent. Le malaise règne: on ne sait comment réagir, que dire, que faire... Alors, par ignorance, par peur, on évite le contact avec les personnes endeuillées, les abandonnant seules, à la douleur et aux interrogations. Rapidement, en effet, après le choc de la nouvelle, surgit pour celles-ci la culpabilité avec son cortège lancinant de: « qu'ai-je fait? » ou « que n'ai-je pas fait? », « j'aurais dû », « si j'avais dit... ». Les « pourquoi » affluent. Ceux qui n'ont pas reçu de lettre d'adieu le déplorent, les autres cherchent tout autant une impossible explication. Les interrogations torturent sans trêve l'esprit, les réponses d'un jour sont rejetées le lendemain. Culpabilité, honte, panique, révolte, tristesse, désespoir, peur, deviennent ainsi les compagnons fidèles, trop fidèles de jours sans fin et de nuits sans sommeil. Beaucoup d'entre eux seront traversés, voire tentés, à leur tour, de choisir la mort pour sortir de la tourmente.

Ces constatations ont amené le Centre de Prévention du Suicide à proposer des groupes de parole baptisés: « Autre Temps ». Ces groupes sont encadrés par deux professionnels formés à l'accompagnement du deuil. Les participants ont en commun la perte d'un proche par suicide. Ce vécu partagé facilite la levée des tabous qui, à l'extérieur, condamnent quasi au silence. Là, personne ne juge. Les sentiments peuvent s'extérioriser, les questions se poser le nombre de fois nécessaire. Chacun à son rythme dépose sa souffrance et parle avec ses mots de ce qu'il vit, pense, ressent. Chacun est reconnu sans condition. Au fur et à mesure des réunions, des fils se tissent, à l'intérieur et à l'extérieur d'eux, des liens se nouent pour ébaucher des réponses nécessaires au travail de deuil.

► Les groupes sont ouverts à toute personne endeuillée par le suicide d'un proche dans un délai minimum de 5 mois après le suicide. Afin de garder l'équilibre relationnel du groupe, un seul membre d'une famille peut y participer.

► Il s'agit d'un accompagnement du processus de deuil et non d'une thérapie. Les rencontres se déroulent sans thème préétabli, selon un processus de dynamique propre au groupe.

► Procédure:

- prise de contact téléphonique avec le centre de prévention du suicide;
- entretien individuel avec chaque animateur;
- inscription au groupe (maximum 8 personnes et minimum 5 personnes);
- engagement pour une période de 6 mois dans un groupe fermé (c'est-à-dire sans nouvel arrivant pendant cette période);
- participation aux rencontres bimensuelles;

Réseau d'Accompagnement du Deuil après Suicide

Le Réseau d'Accompagnement du Deuil après Suicide a été constitué et existe officiellement depuis septembre 2002. Sa mise en place a bénéficié d'un soutien financier de la Fondation Cera. Cette structure rassemble les associations et organisations actives dans le domaine du deuil ainsi que des plannings familiaux ayant accepté d'intégrer cette activité au sein des services qu'ils proposent. Ces différents partenaires adhèrent à une Charte fondatrice et aux statuts édictés par le Centre de Prévention du Suicide, lequel assure en outre la coordination générale du réseau. Ils ont tous reçu une formation spécifique à la problématique suicidaire et proposent une gamme d'accompagnement répondant à différentes attentes possibles: entretiens individuels, groupe de parole ouvert ou fermé, en *self help* ou animé par des professionnels, pour enfants, adolescents et adultes.

Le Réseau vise à proposer à la personne endeuillée par suicide un éventail aussi large que possible de services d'accompagnement parmi lesquels elle choisira le mieux adapté à ses besoins et attentes.

Le projet se fonde sur la conviction qu'il n'y a pas de solution unique pour « faire un deuil » et qu'il est dès lors primordial de conjuguer les aides afin que la personne en souffrance puisse trouver sa meilleure voie pour réinvestir la vie.

Le Réseau n'existe que par et pour la mise en commun des ressources offertes par chaque membre. Il se veut un « plus » non seulement pour les personnes concernées par les services qu'il relaie mais également pour les partenaires qu'il fédère. En y adhérant, une association s'engage certes à respecter un certain nombre de règles indispensables à un travail en commun mais elle n'abdique en rien son indépendance et son identité propre. Elle garde sa spécificité, son organisation et ses méthodes de travail.

5.7. Médias

5.7.1. Brochures

Des brochures ont été rédigées à l'attention des journalistes tant dans la partie francophone que dans la partie néerlandophone du pays (Suicide et Presse; Réflexions à l'usage des médias – *Zelfdoding en de pers; Aanbevelingen voor journalisten*⁹). Ces brochures rappellent à la presse les dangers potentiels liés à la manière de relater les suicides, l'exigence de respect de la vie privée et émettent une série de recommandations de bonnes pratiques.

5.7.2. Prix

1) Le CPZ décerne un prix biennal à une bonne initiative dans la prévention du suicide. En 2004 le prix a été remis au magazine Klasse.

2) En ce qui concerne la problématique de la dépression, la Ligue belge de la Dépression a également lancé en mars 2006 auprès de la Presse néerlandophone et francophone, le « Prix de l'Information sur la dépression ». Un jury, composé de membres psychiatres, psychologues cliniciens, médecins généralistes, personnes membres d'Associations de patients ou d'entourages de dépressifs, personnes représentant des institutions de santé mentale, est invité à scorer les articles et dossiers publiés durant l'année 2005 et envoyés par les journalistes participant à ce Prix.

Quelques critères d'évaluation sont: « effet déstigmatisant », « objectivité et crédibilité », « clair et compréhensible », « intérêt à long terme », « apport d'éléments nouveaux » « titre, reflet de son contenu ». La plupart des articles proposés pour le prix abordent la question du lien entre dépression et suicide (plus particulièrement chez les adolescents), entre la prise d'antidépresseurs et un comportement suicidaire.

⁹ http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie/zelfdoding_pers.pdf.

6. RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS D' ACTIONS EN TERMES DE SANTE PUBLIQUE

Les données et les opinions réunies dans ce document soutiennent le point de vue selon lequel le suicide et la dépression qui le précède souvent, sont des problèmes très importants qui menacent la santé publique. Il est clair également que de très nombreux professionnels de la santé, divers services et organisations sont concernés par cette problématique et ont une contribution spécifique à offrir. Des exemples pratiques montrent qu'en Belgique les thérapeutes individuels et les organisations, très engagées, offrent une grande qualité. On constate surtout un manque de collaboration, coordination et de répartition des tâches.

C'est pourquoi, notre recommandation globale est que les autorités développent **un large programme de soins cohérent** autour de la problématique de la dépression et du suicide. Un programme de soins est un ensemble cohérent et ciblé d'objectifs, comprenant une répartition des tâches, des moyens et des mesures, qui assurent que chaque professionnel de la santé impliqué puisse offrir la compétence spécifique au moment où cela s'avère nécessaire. Ceci requiert une directive de soins optimaux, reprenant des indicateurs nécessaires pour évaluer le suivi de la qualité des soins, un inventaire des différentes personnes impliquées et leurs compétences spécifiques, une répartition des tâches, y compris une stratégie de communication et une mission de coordination, une liste précise des professionnels de la santé et des organisations concernés, et les moyens adéquats pour soutenir la finalisation des tâches.

6.1. Promotion de la santé mentale, éducation à la santé et prévention

Promotion de la santé mentale positive par:

- Politiques nationales de santé mentale qui doivent renforcer la valeur de la santé mentale, reconnaître et tenter de résoudre les grands problèmes affectant la santé mentale dans tous les secteurs de la société: réfugiés, victimes de catastrophes, exclus sociaux, handicapés mentaux, personnes très âgées et infirmes, femmes et enfants victimes de mauvais traitement, ainsi que les personnes financièrement démunies; et à cette fin, adapter l'organisation de la Communauté (mass media, services de santé, autres organisations, industries et commerces, législation).
- Des programmes visant à améliorer la qualité des interactions parents et enfants/adolescents peuvent favoriser leur développement affectif, social, cognitif et physique. Il est évident aussi que les écoles doivent avoir plus activement un rôle éducatif complet favorisant le développement social et affectif sain des élèves (cf. programme d'enseignement de connaissances OMS).
- Un accent particulier devrait être mis sur ce qui, au travail, est susceptible de promouvoir la santé mentale. Selon l'OMS, huit domaines d'action ont été recensés à cet égard: sensibilisation accrue de l'employeur aux problèmes de santé mentale; identification de buts communs et d'aspects positifs du travail; équilibre entre la demande d'emploi et les compétences professionnelles; formation aux aptitudes sociales; développement du climat psychosocial du lieu de travail; conseils dispensés aux travailleurs; amélioration de la capacité de travail et stratégies de réadaptation précoce, amélioration des opportunités d'emploi.
- Programmes assortis d'une amélioration de la qualité de vie de ceux qui ont atteint – ou atteignent – un âge avancé, pour que le vieillissement soit une expérience positive.

- Programmes de promotion de la santé qui doivent permettre aux individus de mieux faire face aux périodes de transitions qu'ils vivent tout au long de leur vie, mettre l'accent, entre autre, sur le soutien social.
- Interventions qui visent à améliorer le sens de cohérence relativement au rôle que les individus ont à jouer dans la vie, leur participation et le partage de valeurs communes, ainsi que de renforcer leurs capacités de gestion au changement, leur crédibilité et confiance dans nos sociétés afin de faciliter l'adaptation aux changements rapides de nos sociétés.

6.2. Un programme de soins avec des acteurs locaux qui collaborent dans une région spécifique pour offrir les soins concrets aux personnes concernées

Un programme de soins doit être conçu de façon centrale, mais structuré et réalisé localement. Au bout du compte, la qualité des soins dépend de la collaboration locale entre médecins généralistes, psychologues, psychiatres, centres de santé mentale, et tous les dispositifs liés à la prise en charge de la dépression et du suicide. Ce qui compte c'est qu'ils conviennent entre eux comment organiser la prise en charge, qui donne quel soutien et quel complément pour ces soins, quelles procédures concrètes mettre en place et quels accords concernant la prise en charge, l'orientation et la gestion des rechutes peuvent être réalisés dans cette région. Pour y parvenir, les autorités peuvent envisager le soutien de programmes locaux, le suivi des données régionales et la coordination des professionnels de la santé locaux. La formation continue, différentes formes de soutien mutuel souple via la concertation téléphonique, la remise d'avis, la reprise temporaire des soins, constituent toutes des nouvelles formes de collaboration locale qui se nouent de préférence entre professionnels de la santé qui collaborent réellement pour un patient concret. Les autorités peuvent demander aux personnes concernées de soumettre un plan de soins local en matière de dépression et de suicide.

6.3. Installer et ancrer un réseau efficace de disciplines et structures complémentaires pour la prise en charge des dépressions et des suicides

Une collaboration efficace, où chacun joue un rôle complémentaire, est également très importante pour la prise en charge de la dépression et du suicide. Actuellement, chacun travaille encore beaucoup trop sur son propre terrain, dans le cadre de sa propre offre de soins. Les secteurs deviennent de plus en plus larges et polyvalents, souvent en parallèle. Les dispositifs de première, deuxième et troisième ligne sont de mieux en mieux structurés, mais dans leur propre approche. On pense en termes de « son propre terrain et sa propre mission ». Tout au plus, on essaie de coordonner et d'englober les autres groupes. La transversalité, la collaboration transsectorielle, la concertation autour du patient et d'autres formes de *care-sharing* sont des notions nouvelles trop peu soutenues par l'INAMI.

Des mesures devraient soutenir la collaboration ouverte entre hôpitaux, centres de santé mentale, cabinets de médecins généralistes et leurs cercles locaux, psychiatres de liaison et psychiatres ambulatoires, et divers psychologues dans les différentes structures. Ceci est crucial surtout dans le domaine de la prise en charge des dépressions et du suicide. Des liens systématiques devraient être créés, des moments de réflexion soutenus et la concertation à des moments cruciaux stimulée.

La complexité et la confusion sont trop grandes actuellement. On devrait accorder plus d'importance à l'efficacité, la clarté et la transparence. Une trajectoire de soins devrait pouvoir mener du médecin généraliste au spécialiste et aux dispositifs adéquats, mais également de l'hôpital au suivi post-hospitalier au travers des dispositifs, en collaboration avec ou par le généraliste.

Ces considérations justifient largement l'initiative actuelle des Autorités de la Santé publique de mieux mettre en réseaux les activités de l'ensemble des professionnels de la santé mentale.

6.4. Identification précoce des situations à risque dont les troubles mentaux et la dépression en particulier

La prévention du suicide passe par le traitement efficace des troubles mentaux et le contrôle des facteurs de risque environnementaux. Les progrès dans le traitement de la dépression influencent positivement la prévention du suicide lors de la prise en charge.

En cas de traitement médicamenteux, on doit veiller à ce que le patient observe sa thérapie (*compliance*), car les problèmes les plus graves engendrés par les antidépresseurs sont le traitement non adéquat (*undertreatment*) et l'échec de traitement. La plus grande préoccupation des médecins, pharmaciens et autres prestataires de soins de santé est d'informer les patients sur l'importance d'une posologie correcte et de les informer (par exemple en attirant l'attention sur des possibles effets secondaires d'un traitement entamé et en expliquant que les antidépresseurs ne commencent à être effectifs qu'au bout de quelques semaines).

La prévention du suicide passe par:

- L'identification précoce des sujets et situations à risque: la reconnaissance de certains signes (explicites, ambigus ou implicites), le contrôle des facteurs environnementaux, l'exploration de l'indicateur d'évolution de l'idée suicidaire autorisent de réelles possibilités de prévention. Si une tentative de suicide antérieure est le facteur de risque le plus important pour une nouvelle tentative de suicide, et si une minorité de patients font appel à l'aide professionnelle après une première tentative (seulement 1 sur 4 est pris en charge par le milieu hospitalier selon l'OMS), c'est une condition absolue qu'un maximum de prestataires de soins (médecins, spécialistes, pharmaciens, infirmières à domicile, etc.) soient formés de façon adéquate pour reconnaître les risques de suicide et pour orienter vers le prestataire de soins professionnel adéquat.
- Les progrès dans les traitements de la dépression: ils permettent d'aider le dépressif à donner un sens à sa souffrance et à l'idée suicidaire, lui proposer de s'investir dans un projet de soins adapté pour contenir sa détermination à passer à l'acte.
- La recherche d'une alliance thérapeutique avec la famille.

6.5. Interventions de crise

Il est capital de profiter du moment de crise et de passage à l'acte suicidaire pour mobiliser de manière intensive la problématique du patient mais aussi de tout le système dans lequel il s'intègre. Ce moment libère en effet une énergie propice au changement dont il faut se saisir afin de recréer un espace de parole et de communication avant que les défenses habituelles ne reprennent leur place.

Pour que le service des urgences ne se réduise pas à une simple gare de triage ou à une simple prise en charge symptomatique, il est important d'intervenir, déjà à ce stade, au niveau d'une prise en charge psychosociale.

Trois axes devraient ainsi être développés:

1. Une formation spécifique du personnel des services d'urgence leur permettant d'appréhender au mieux les enjeux de la problématique suicidaire.
2. Un meilleur accueil de la personne ayant posé un acte suicidaire afin qu'il se sente reconnu dans sa souffrance, sans jugement ni discours moralisateur.

3. La mise en place immédiate d'un bilan psychosocial visant dans un premier temps à comprendre les raisons de l'acte suicidaire et à tenter d'évaluer les risques de récurrences pour, dans un second temps, réorienter la personne et assurer une prise en charge spécifique à plus long terme.

En conclusion, il s'agit de mettre en place, dès l'arrivée au service d'urgence, un véritable travail de « crise » dont l'enjeu principal est de reconnecter l'événement déclenchant, perçu trop souvent comme la cause unique de l'acte, à la trajectoire existentielle du sujet. Le caractère dramatique de l'événement s'éclaire une fois reconnecté avec des souffrances d'un même ordre qui n'ont pas pu être métabolisées dans le passé. Ce discernement des enjeux cachés et cette mise en perspective peut aider la personne à sortir peu à peu de son sentiment d'impuissance. Des réaménagements personnels, relationnels et familiaux peuvent alors devenir ou redevenir possibles.

6.6. Formation

La formation des acteurs susceptibles d'être confrontés à la problématique de la dépression et du suicide est fondamentale dans un plan de lutte contre la dépression et le suicide. Elle permet aux divers intervenants de détecter des signes annonciateurs, de savoir comment agir lorsque ces situations se présentent.

Ces formations doivent toucher un public très large:

- médecins généralistes
- personnel des centres de santé mentale
- personnel des hôpitaux
- assistants sociaux
- enseignants
- police
- ambulanciers
- infirmières/aides soignantes à domicile
- personnel des maisons de repos et des maisons de repos et de soins
- personnel pénitentiaire
- ...

A l'heure actuelle, différentes initiatives existent déjà et ont fait l'objet pour certaines d'une évaluation.

L'enjeu actuel est de définir pour chaque groupe professionnel le niveau minimum de formation à atteindre. Partant de là, il s'agira d'évaluer ce qui est du ressort de la formation de base à intégrer dans les différents cursus de ce qui relève de la formation continuée.

Enfin, sur base de ce qui s'est fait dans d'autres pays européens, une formation de base en gestion de la crise suicidaire pourrait faire l'objet d'une validation et d'une certification au niveau fédéral et/ou communautaire.

6.7. Soutien aux professionnels

Bien qu'individuel, le passage à l'acte suicidaire d'une personne ébranle son tissu relationnel de façon plus ou moins étendue et touche bien plus de personnes que ses seuls proches. Toute collectivité est susceptible d'être confrontée un jour à un comportement suicidaire, voire à un décès par suicide.

Au-delà de la formation, il y a lieu de tenir compte de cette charge émotionnelle à laquelle un nombre important de professionnels sont confrontés dans leur pratique.

Afin d'éviter tout risque de *burn-out* et pour aider les professionnels à mieux gérer leur stress qui résulte inévitablement du contact permanent avec des patients dépressifs, déprimés et/ou suicidaires, il y aurait lieu d'envisager différentes possibilités de sortir de ces situations:

- un temps d'arrêt (un lieu, un espace et un temps) pour faire le point et penser les interventions avant de les agir, surtout en cas de crise avec les personnes concernées;
- un service ressource disponible aux questions des professionnels dans la continuité;
- des possibilités de supervisions individuelles;
- des temps de supervisions d'équipe.

6.8. Actions visant les proches

Les membres de la famille des patients déprimés ou ayant fait une tentative de suicide, doivent être considérés non comme des victimes mais comme des protagonistes à part entière de la crise. Un suicide ou une tentative de suicide au sein d'une famille peut entraîner une série de troubles psychologiques, souvent majeurs. C'est un événement traumatisant pour l'ensemble de l'entourage de la personne suicidée ou ayant fait une tentative de suicide.

Trop souvent, le dispositif de prise en charge tant à l'hôpital qu'en ambulatoire se limite au seul patient. La famille, le conjoint, les amis étant mis de côté soit par manque de temps ou de ressources physiques (manque de personnels, manque de formation adéquate...), soit par manque de discernement (jugement hâtif ou victimisation).

En d'autres termes, il s'agit d'établir une **alliance thérapeutique** tant avec le patient qu'avec la famille, dont il faudra utiliser les compétences pour parvenir à un changement. Ceci implique de ménager un temps d'accueil et de parole à chacun, leur permettant d'exprimer le ressenti par rapport à la situation.

Dans les cas de suicides aboutis, une prise en charge et un suivi des proches par le médecin généraliste, par exemple, est recommandé.

6.9. Communication et médias

Les médias jouent un rôle significatif dans la société d'aujourd'hui en fournissant une large somme d'informations avec des moyens variés. Elles influencent profondément la communauté dans ses attitudes, ses croyances et ses comportements et jouent un rôle majeur dans la vie politique, économique et les pratiques sociales. En raison de cette influence, les médias peuvent également jouer un rôle actif dans la prévention du suicide.

Le suicide est peut-être le moyen le plus tragique de terminer sa vie. La majorité des personnes qui envisagent le suicide est ambivalente. Elles ne sont pas sûres de vouloir mourir. Un des nombreux facteurs pouvant conduire une personne fragile au suicide, pourrait être la publicité dans les médias à propos du suicide. La façon dont les médias présentent les cas de suicide, peut en précipiter d'autres.

A côté des risques que présente l'abord de questions aussi délicates dans les médias, ceux-ci peuvent aussi jouer un rôle très actif dans la prévention du suicide en publiant des informations dans le cadre d'un reportage sur un suicide.

Dès lors, il est important de transmettre aux médias les recommandations édictées par l'OMS et de les inviter à ajouter aux informations habituelles les données suivantes:

- o la liste des services de santé mentale et d'assistance téléphonique avec leurs

- coordonnées téléphoniques et leurs adresses les plus récentes;
- les symptômes d'alerte d'un comportement dépressif et / ou suicidaire;
- faire savoir que la dépression est souvent associée à un comportement suicidaire et que la dépression est curable afin de déstigmatiser cette maladie;
- communiquer les coordonnées téléphoniques de groupes de soutien spécifiques.

6.10. Recherche épidémiologique, recherche scientifique et évaluation

La recherche scientifique est importante pour comprendre les phénomènes de dépression et de suicide et dès lors agir en connaissance de cause.

Un premier aspect est la recherche épidémiologique. Quelle est l'occurrence du comportement suicidaire dans la population générale, quelles sont les tendances à travers le temps, au niveau des facteurs sociodémographiques et des facteurs de risques cliniques? Quelle est la particularité des jeunes?

Toutes ces questions et bien d'autres devraient pouvoir être évaluées et quantifiées au moyen de méthodes testées et standardisées au niveau national mais également régional et provincial. A ce propos, une première évaluation récente des taux de suicide en Belgique devrait rapidement être envisagée.

Un deuxième aspect de la recherche scientifique consiste à s'interroger sur les causes biologiques, psychologiques et/ou sociales du phénomène. Comment se fait-il que la Belgique se trouve dans le top 10 pour les femmes et dans le top 13 pour les hommes au niveau des statistiques internationales de suicide? Comment peut-on expliquer les différences existantes entre la Wallonie et Bruxelles et la Flandre?, etc.

Enfin, il s'avère qu'il serait nécessaire de créer des moyens pour évaluer les programmes et les actions entreprises dans tout le pays. Il paraît essentiel de pouvoir tester l'efficacité, l'efficience et la réponse aux attentes de chaque action afin d'en améliorer la qualité et de la diffuser plus largement si elle s'avère intéressante. Il est alors nécessaire de disposer de moyens financiers et techniques suffisants.

7. BIBLIOGRAPHIE

Actes de la journée d'étude 2004 organisée dans le cadre des premières journées de la prévention du suicide en Communauté française: Du suicide aux suicides.

Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad: Beleidsplan. Preventie van Depressie en Zelfmoord. 2003.

A Four-Country Survey Regarding suicide: consumer's beliefs, attitudes and behaviours. Santos O, Sermeus G, Anelli M, Kuypers P, Martin E; December 2003 <http://www.test-achats.be/map/src/296191.htm>.

Alvoet M. Note de politique relative aux soins de santé mentale: La Psyché: Le cadet de mes soucis? Soins de santé mentale: les voies de la participation et de la concertation. Ministère de la santé publique, de la Protection et de l'Environnement et Ministère des Affaires Sociales et des Pensions (Eds); 2001.

Angst J, Angst F, Stassen HHJ. Suicide risk in patients with major depressive disorder. Clin Psychiatry 1999; 60 Suppl 2:57-62.

Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van den haute M, Vander mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders 2004; 78: 49-55.

Anseau M, Reggers J. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province de Liège et leur prise en charge. Plate-Forme psychiatrique Liégeoise, dossier juin 1998.

Anseau M, Reggers J, Nickels J, Magerus S, Pull C. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province du Luxembourg. Plat-Forme de concertation psychiatrique de la Province de Luxembourg 1999.

Avis du CSH N°7514. Aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne pour les questions de santé mentale.

Baechler J. Les suicidés. Calmann-Lévy. 1975.

Baldessarini R, Tondo L, Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. Journal of Clinical Psychiatry 1999; 60 (Suppl. 2): 77-84.

Bartholomeeusen S, Buntinx F. Depressie in de huisartspraktijk: Epidemiologische kenmerken van depressie in de huisartspraktijk in Vlaanderen. In: Gezondheidsindicatoren 2000. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2002: 170-173.

Bayingana K, Drieskens S, Tafforeau J. La dépression: Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Institut Scientifique de Santé Publique – Ministère de la Communauté française; 2002.

Belgian National Report on Drugs 2001. D/2002/2505/01. IPH / EPI reported. Brussels. Nr. 2002-001.

Bouckaert F. Depressie bij ouderen: Diagnostische, preventieve en therapeutische aspecten. Congres Ouderenpsychiatrie. Brugge; Maart 2005.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Prévalence des troubles mentaux dans la population belge. Résultats de l'european study on epidemiology of mental disorders. (ESMeD) . Louvain Med. 122:321-334, 2003.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demaret S, Demyttenaere K. Recours aux soins pour les troubles mentaux en Belgique. Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) in Rev Med Liège 2004; 59: 3: 136-144.

Buntinx F, De Lepeleire J, Heyrman J, Fischler B, Vander Mijnsbrugge D, Van den akker M. Diagnosing depression: what's in a name? European Journal of General Practice, December 2004; Volume 10:162-165.

Buntinx F, Kester J, Bergers J, Knottnerus JA. Is depression in elderly people followed by dementia? A retrospective cohort study based in general practice, Age and Ageing 1996; 25: 231-233.

Cassiers L. Les urgences et les hospitalisations psychiatriques de courtes durées. Brochure de la Fondation Roi Baudouin; 1995.

Choquet M, Ledoux S, Hassler C, Pare C. Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé. INSERM U 472, Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse; 1998.

Corten PH, Arch B. Trajectoires des suicidants et types de gardes d'hôpitaux généraux. Med. Soc., Hyg., Med. tr. & Med. Leg. 1984; 42: 525-538.

Corveleyn J, Luyten P, Blatts ED. The Theory and Treatment of Depression: towards a Dynamic Interactionism Model. Leuven University Press; 2005.

Cremniter D, Despierre PG, Batista G. The risk of suicide. Presse Med 1998; 27 (40):2151-2156.

Cyrułnik B. Ethology and the biological correlates of mood. Dialogues in clinical neuroscience 2005;7(3):217-21.

De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris, Bruxelles: De Boeck, Larcier; 1997.

De Lepeire J, Buntinx F. The link between depression and dementia in the elderly. Clinical Geriatrics 1997; Volume 5, n°6: 82-90.

De Leval N. L'échelle du désir de mort inexprimé du dépressif. EDMID. Psychologie et Psychométrie 2000; Vol. 21, N° 4: 23-49.

De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K. Suicide attempts in adolescents and young adults. 1996-2002: a hospital referred population in the catchment area of Ghent. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Demyttenaere K, Hemels M, Hudry J, Annemans L. A cost-effectiveness model of Escitalopram, Citalopram and Venlafaxine as first-line treatment for major depressive disorder in Belgium. Clinical Therapeutics 2005; Vol. 27, N°1.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM IV. American Psychiatric Association. Washington DC. 1994.

Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. Journal of Gerontology 2000; 55B:18-26.

Ellison J, Sivrioglu E. Antidepressant Treatment of Geriatric Depression: The Evidence Base and the State of the Art. *International Drug Therapy Newsletter* 2003; 38(2):9-16.

[Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004 - Rapport complet](#) Institut Scientifique de Santé Publique, janvier 2006, Rapport: D/2006/2505/3.

Ensinck K, Schuurman A, Van den akker M, Metsemakers J. Is there an increased risk of dying after depression? *American Journal of Epidemiology* 2002; 156:1043-1048.

Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147(9):1189-1194.

Ferreri M, Nuss Ph, La dépression: guide à l'usage des patients et de leur entourage. Bash; 2002.

Godin I, Leveque A, Berghmans L. Santé en Hainaut. Tableau de bord de la santé des jeunes. Observatoire de la santé du Hainaut 1998; n°2.

Het verslag van de gezondheidsconferentie: preventie van depressie en zelfmoord:
<http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie/verslagboek1.pdf>.

Hoyois PH, Hirsch D, Matot JP. Suicide et tentative de suicide à l'adolescence. Situation du problème et investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en Région de Bruxelles Capitale. Rapport de la Coordination des Urgences. Ligue bruxelloise francophone pour la Santé Mentale. Département Adolescence du Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles; 1998.

Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants - a key issue in the prevention of suicide - an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992 -1994. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 96(2):94 -100.

INSERM. La Crise suicidaire. Conférence de consensus. John Libbey Eurotext; 2001.

Joolen K, Kypers P. Le suicide. Prévenir autant que possible. *Test santé* 2003; n°57:32-365.

Keilp JG, Sackeim HA, Brodsky BS and al. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Am J Psychiatry* 2001;158: 735-741.

Kittel F, Ribourdouille M, Dramax M. Mental Health Data analysis from the national health survey. *Archives of public health Belgium* 1997; 59: 347-357.

Lehtinen V, Rilkonen E, Lahtinen E. Promotion of mental health on the European agenda. STAKES; 1998.

Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 1994; 20(5):495-503.

Lepine JP, Gastpar, Mendlecz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Pharmacology* 1997;12: 19-29.

Le suicide en région de Bruxelles-Capitale. Situation 1998-2000. Les dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2003/04.

Linehan MM. Suicidal people: One population or two? *Annals of the New York Academy of Sciences* 1986; 487: 16-33.

LUCAS (KULeuven). Europese Alliantie tegen Depressie (EAAD): samenvattend overzicht voor Vlaanderen.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL and al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156:181-189.

Marcelli D, Mezange F. Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites à risques associés. FrancoPsy, la revue francophone de psychiatrie sur Internet (www.francopsy.com) 1999; n° 1.

Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. BMJ 2005; 331:155-7.

Moncrieff J. Selective serotonin reuptake inhibitors: evidence base for older antidepressants is shaky too. BMJ 2005;330:420.

Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatric Clinics of North America 1997; 20: 499-517.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior 1996; 26:237-252.

OECD. Statistical data. Retrieved October 2002. <http://www.oecd.org/EN/statistics>.

OMS. La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde; 2001.

OMS. Prévention du suicide: http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/fr/index.html.

OMS. Promotion de la santé mentale - Aide-mémoire N°220, Révisé novembre 2001.

OMS. Atlas: Ressources consacrées à la santé mentale dans le monde. Genève; 2001.

OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002.

Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann JJ. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. American Journal of Psychiatry 1999;156:190-194..

Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. Am J Psychiatry. Aug 2004; 161:1433-1441.

Piette D, Prevost M, De Smet P, Leveque A, Barette M. Vers la santé des jeunes en l'an 2000? Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994. Communauté française. Belgique (Eds);1997.

Pieters G. ISRS et suicide. Minerva février 2006; Volume 5, n°2:18-21.

Pitchot W, Reggers J, Pinto E, Hansenne M, Fuchs S, Pirard S et al. Reduced dopaminergic activity in depressed suicides. Psychoneuroendocrinology 2001; 26(3):331-335.

Plutchik R, Van Praag HM. Suicide risk: Amplifiers and attenuators. In: Hillbrand M, Pollone NJ (Eds.). The psychobiology of aggression. Binghamton, NY: Haworth Press; 1994.

Prince M, Beekman A, Deeg D, Fuhrer R, Kivelas, Lawlor B, Lobo A, Magnusson H, Meller I, Van Oyen H, Reishies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland J. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale: Effects of age, gender and marital status in 14 European centres. *British journal of Psychiatry* 1999;174: 339-345.

PROMES. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles; 1996.

Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (ANAES). 11/1998.

Reyserhove E, Portzky G, Van Heeringen K. Sexual abuse as a risk factor for attempted suicide. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Rufo M. Œdipe toi-même ! Consultations d'un pédopsychiatre. Paris: Editions Anne Carrière; 2000.

Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleir J, Ylieff M, Fontaine O, Mantelzorgers van dementerende bejaarden. Interventies en ondersteuning. *Huisarts Nu*. September 2002; 31(7): 345-351

Schuurman A, Van den akker M, Ensinnck K, Metsemakers J, Knottnerus JA, Leentjens A, Buntinx F. Increased risk of parkinson's disease after depression. A retrospective cohort study. *Neurology* May 2002; 58:1501-1504.

Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K. Gender differences in risk factors for adolescent suicide attempts. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K. Repetition of attempted suicide among adolescents: risk factors. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K. Sociodemographic and psychiatric risk factors for repetition of attempted suicide: 5-year follow-up. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Senti-Bul; Bulletin quadrimestriel de l'équipe Médecins Vigies de la section d'Epidémiologie. Médecins vigies; 2003-1.

Stegmans N, Valgaeren E. Mannen en vrouwen op de drempel van de 21ste eeuw. Een gebruikershandboek genderstatistieken. Sociaal Economisch Instituut; 02/2001.

Steinberg P. Les jeunes et la santé mentale en Belgique: le suicide. Centre collaborateur de l'OMS – Belgique; 2005.

Stoff DM, Mann JJ. Suicide research. Overview and introduction. *Ann N Y Acad Sci*, 1997; 836:1-11.

Van den Akker M, Schuurman A, Ensinnck K, Buntinx F. Depression as a risk factor for total mortality in the community: a meta-analysis. *Arch Public Health* 2003; 61:313-332.

Van den Akker M, Schuurman A, Metsemakers J, Buntinx F. Is depression related to subsequent diabetes mellitus? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110:178-183.

Van den Boogaard J, Boland G, Buitenhuis M. Preventie van depressie bij ouderen. Een nieuw terrein in kaart gebracht. Trimbos-instituut. Landelijke Ondersteuning Preventie - GGZ. Ref Type: Serial (Book Monograph) Reeks 18;1996.

Van Heeringen C, Meerschaert T, Berckmoes A. Attempted suicide in Ghent. Results from the WHO/EUOR. Multicentre study on parasuicide in 1996. Archives of Public health 1999; 5: 171-184.

Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidability. The Canadian journal of Psychiatry. Juin 2003.

Van Rijsselberghe L, Portzky G, Van Heeringen K. Gender differences in deliberate self harm in adolescents. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Van Tielen R. Compendium de statistiques de santé. Institut Belge Economie de la Santé. 2001 WHO. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant, Genève, 2000.

Verhaegen L, Deykin E, Sand E. Depressive symptoms and employment status among Belgian adolescents. Revue Epidémiologie et Santé Publique 1994; 42: 119-127.

Rapports d'activité:

Jaarverslag 2004. Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

Rapports d'activités. Exercice 2003. Centre de prévention du suicide.

Werkingsverslag zelfmoordpreventie 2004. Project ter ondersteuning van de acties van de Centra voor geestelijke gezondheidszorg inzake zelfmoordpreventie.

Brochures:

« Après le suicide d'un proche ». Centre de prévention du suicide.

« Eole: Service d'appui et d'orientation téléphonique pour les professionnels confrontés à des problèmes de santé mentale ». Recherche-Action en Région de Bruxelles-Capitale.

« Eole: Telefonische ondersteuning en doorverwijzing voor professionele hulpverleners geconfronteerd met problemen in verband met geestelijke gezondheidszorg ». Actie en Onderzoek in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

« Face au suicide. Ouvrir d'autres possibles ». Centre de prévention du suicide.

« La cellule d'intervention psychologique. Une aide dans la prise en charge du suicidant. » Centre de prévention du suicide.

“Project: Zelfmoordpreventie; informatie en bijscholing”.

« Suicide et presse. Réflexions à l'usage des médias ». Maison du social de la Province de Liège. Commission provinciale de Prévention du suicide.

“Voor de babbel van je leven”. Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

“Voor Nabestaanden na Zelfdoding 4^{de} editie”. Werkgroep Verder.

“Wordt vrijwilliger bij de zelfmoordlijn”. Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

“Zelfdoding en de pers”. Aanbevelingen voor journalisten.

« Agir face au suicide ». Centre de prévention du suicide.

“Lang zullen we leven! 25 jaar Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.”

Programme and Abstracts: 4th international meeting. Suicide: interplay of genes and environment. Sensitivity, depression and suicide: mechanisms of vulnerability and resilience. 2-4 June 2005, Ghent. Belgium.

8. ANNEXES

8.1. Dépression chez les personnes âgées

« La dépression est un problème de santé important chez les personnes âgées. Les prestataires de soins doivent être au courant du fait que les dépressions se présentent d'une autre façon chez les personnes âgées que chez les groupes d'âge plus jeunes. Le développement des compétences peut aider à la détection, au diagnostic et au traitement précoces de la dépression chez les personnes âgées, ce qui permet d'améliorer leur santé, de leur rendre plus d'autonomie et une meilleure qualité de vie.

Les dépressions chez les personnes âgées sont souvent différentes par rapport aux autres groupes d'âge. Ce n'est pas que la dépression même est tellement différente, mais les personnes âgées présentent les symptômes syndrome d'une autre façon (Van Den Boogaard et al., 1996). Les critères diagnostiques du DSM-IV ne sont pas suffisamment valables pour les symptômes dépressifs chez les personnes âgées.

A un âge avancé, les manifestations d'une humeur dépressive sont souvent remplacées par des plaintes physiques comme les douleurs thoraciques, abdominales, des sensation d'oppression respiratoire, des vertiges, des problèmes de sommeil et des douleurs générales et migrantes. Ces plaintes attirent davantage l'attention et peuvent mener à un examen médical approfondi. Il arrive également très souvent qu'en même temps le patient souffre de maladies physiques.

Notamment chez les personnes âgées, à côté de l'apathie et des troubles de la concentration, associés à la dépression existent également des troubles de l'orientation, de la mémoire, bref du fonctionnement cognitif. Dans ces cas, la dépression peut à première vue ressembler très fort à un syndrome démentiel. Notons également que chez environ 50 % des patients atteints de démence sénile, des symptômes dépressifs sont présents et chez environ 15-20 % des patients qui souffrent d'Alzheimer, des symptômes de dépression majeure.

Comparé à d'autres groupes d'âge, les dépressions chez les personnes âgées sont plus souvent accompagnées de caractéristiques psychotiques: idées délirantes, troubles hypocondriaques ("mes intestins sont pourris"), des sentiments de culpabilité ("je suis la cause de toute la misère dans la famille") ou des idées paranoïaques ("ils vont venir me chercher").

C'est la perte d'intérêt qui se trouve au premier plan chez les personnes âgées, plus que l'expérience subjective de l'humeur dépressive – Les personnes âgées dépressives expriment moins de morosité –. Par conséquent, pour arriver à un diagnostic de dépression, ce sont surtout les signes observables de façon externe qui sont importants, comme le comportement de retraite, la négligence de soi-même et le ralentissement de la parole et des mouvements.

Les personnes âgées doivent relativement souvent faire face à des situations de perte (partenaire, facultés physiques, fonctions de mémoire...). Des symptômes de dépression peuvent se manifester lors d'un travail de deuil normal. Ce n'est que quand ces symptômes durent trop longtemps ou sont présents de façon trop prononcée, qu'on parle de dépression. Le risque existe qu'une dépression soit attribuée à un travail de deuil et n'est donc pas reconnue.

Les ressemblances avec les caractéristiques du processus de vieillissement (ralentissement du rythme psychique, des fonctions cognitives plus fragiles, des changements dans l'expérience des sentiments, une routine de sommeil modifiée, etc.) peuvent rendre impossible le diagnostic. Enfin, l'idée "que la morosité fait partie intégrale de la vieillesse" peut également empêcher la détection d'une dépression chez les personnes âgées (ou mener au nihilisme thérapeutique). La dépression chez les personnes âgées doit être différenciée des maladies physiques (en particulier les maladies physiques caractérisées par la fatigue et l'apathie), des influences médicamenteuses ou toxiques (médicaments calmants ou qui influencent l'humeur), des troubles de l'adaptation, anxieux ou psychotiques et des syndromes démentiels. Le processus

diagnostique comprend dès lors une anamnèse, hétéro-anamnèse, un examen physique et psychiatrique clinique, une évaluation des fonctions cognitives et une prise de sang. Avant d'avoir recours à certaines substances psychotropes (comme les antidépresseurs tricycliques) il est recommandé de planifier une électro-cardiographie au préalable. En particulier dans les cas de dépression tardive, l'imagerie médicale (CT ou RMN) peut, surtout s'il y a des troubles cognitifs, offrir une contribution importante tant au niveau diagnostique qu'au niveau pronostique. La présence d'hyperintensité au niveau de substance blanche subcorticale est associée de façon clinique avec des troubles des fonctions exécutives des symptômes dépressifs résiduels, et un risque accru de rechute (Ellison J et al., 2003). » (Bouckaert, 2005).

9. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Ont participé aux travaux du groupe de travail:

ANDRIESSEN K.
ARTEEL P.
BALCERS I.
BOUCKAERT F.
CHOCHRAD D.
DE KEYSER W.
DE LEVAL N.
DENEYER H.
DUBOIS V.
FORCEVILLE G.
GERNAY X.
HEYRMAN J.
KITTEL F.
MICHIELS J.
PORTZKY G.
PRIELS J.-M.
ROMAIN J.-G.
SAEVELS J.
SCHURMANS D.
STEINBERG P.
VANDERVEKEN M.
VAN DE STEENE L.
VAN HEERINGEN K.
VAN WAEYENBERGE P.

Président: Pr. I. PELC

Rapporteur: A. GEERAERTS

Secrétaire scientifique: S. MARTIN