

Le suicide

LE SUICIDE UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

**Introduction à la problématique du
suicide en Belgique**

www.preventionsuicide.be

Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Introduction

Le suicide a toujours existé

Mis au pilori, enfermé en d'autres temps dans la maladie mentale, sujet de polémiques et de jugements, objet de science ou de philosophie, trop souvent figé dans le rejet et le silence, le suicide est fréquemment et complaisamment abordé à travers de faux savoirs et des idées reçues.

Ces mythes, croyances, savoirs, tabous peuvent être lus comme autant de tentatives de se protéger d'une réalité par trop difficile à vivre et à comprendre.

Classifier, compartimenter, analyser, juger est une attitude bien humaine pour prendre distance. Cependant, à chaque moment, la réalité nous interpelle.

Chaque année, dans notre pays, plus de 2.000 personnes se suicident, et plus de 20.000 tentent de se suicider. Et pour chacune : une famille, des amis, des connaissances, des collègues...

La prévention du suicide

Au-delà des croyances, le suicide parle avant tout de personnes. Il parle de leur souffrance, mal-être, détresse. Il parle aussi des proches, de leur incompréhension, détresse, impuissance. Il parle de relation et de communication.

Actuellement, le tabou entourant la problématique du suicide se fissure, du silence émerge des questions, comme si, peu à peu, nous acceptons que la personne suicidaire se rapproche de nous et que nous puissions l'écouter et l'entendre.

Se mettre à l'écoute de la personne suicidaire permet de se rendre compte qu'elle n'est pas si différente de nous, qu'elle a des choses à nous dire sur ses difficultés de vie, ses difficultés à assumer ce qui lui arrive. Elle va nous parler de ras-le-bol, de ces moments où vivre a des relents d'impasse et où mourir est en sortir discrètement, par la porte du fond, ou, au contraire, violemment, au plus fort de son angoisse, de sa souffrance et de sa colère.

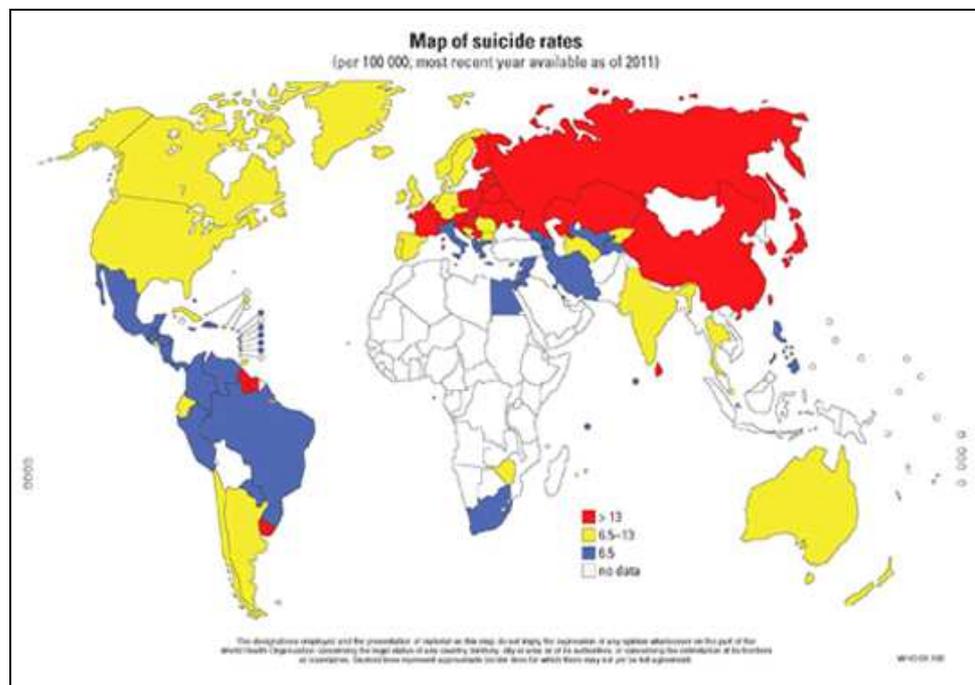
L'état de crise, l'ambivalence, le désir de communiquer et d'être compris font partie intégrante de la problématique suicidaire et de notre rencontre avec la personne suicidaire. Une grande part de la prévention va se trouver dans notre capacité à être là. La prévention n'est pas là pour circonscrire, éviter à tout prix le passage à l'acte mais bien plutôt pour tenter d'humaniser les situations conduisant à celui-ci.

1. Quelques repères statistiques

On estime à un million le nombre de personnes dans le monde qui, chaque année, décèdent par suicide. Il s'agit là d'un nombre plus élevé que le total des morts annuelles causées par les guerres et les homicides confondus.

Avec un taux de suicide de près de 19 pour 100.000 habitants, la Belgique est, avec la Finlande, la France, le Danemark, bien au-dessus de la moyenne mondiale estimée à 14,5 pour 100.000 habitants.

Selon les données de l'OMS, ce sont les pays d'Europe de l'Est qui connaissent des taux de suicide les plus élevés dans le monde tandis qu'on observe les taux les plus bas en Amérique latine. L'Europe de l'Ouest et l'Amérique du Nord connaissent une situation intermédiaire. Et parmi les pays de l'Europe de l'Ouest, c'est la Belgique et la Finlande qui connaissent les taux les plus élevés. Notons que nous ne disposons que de très peu de données concernant l'Afrique.



Source : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

Vu l'hétérogénéité du recueil et du traitement des données suivant les pays, une première mise en garde s'impose ici d'emblée lors de l'analyse des statistiques par pays.

Taux de décès par suicide standardisés en Europe pour 2008
(Taux standardisés selon l'âge, pour 100.000 habitants – source : Eurostat)

	Hommes	Femmes	Ensemble
<i>Lituanie</i>	55,9	9,1	30,7
<i>Hongrie</i>	37,1	8,6	21,5
<i>Lettonie</i>	38,3	6,5	20,9
<i>Finlande</i>	29,0	8,3	18,4
<i>Belgique</i>	26,5	9,3	17,6
<i>Slovénie</i>	29,2	6,7	17,3
<i>Estonie</i>	29,1	6,2	16,5
France	23,2	7,4	14,9
<i>Pologne</i>	24,9	3,7	13,9
<i>Autriche</i>	20,7	5,8	12,7
<i>République tchèque</i>	20,2	4,2	11,8
<i>Suède</i>	17,1	6,3	11,6
<i>Roumanie</i>	18,4	3,5	10,6
<i>Slovaquie</i>	18,5	2,7	10,2
UE (27 pays)	16,4	4,4	10,2
<i>Bulgarie</i>	16,3	4,6	10,1
<i>Danemark</i>	14,2	5,9	9,9
<i>Allemagne</i>	14,9	4,4	9,4
<i>Irlande</i>	14,7	4,2	9,4
UE (15 pays)	14,3	4,4	9,1
<i>Pays-Bas</i>	11,4	4,9	8,1
<i>Portugal</i>	13,2	3,4	7,9
<i>Luxembourg</i>	13,2	2,9	7,8
<i>Royaume-Uni</i>	10,5	2,9	6,7
<i>Espagne</i>	10,4	2,8	6,5
<i>Malte (2007)</i>	11,8	0,3	6
<i>Italie</i>	8,7	2,4	5,4
<i>Chypre</i>	7,0	1,9	4,4
<i>Grèce</i>	4,8	1,0	2,8

Il semble par ailleurs que les chiffres disponibles (en Belgique et ailleurs) sous-estiment le nombre réel de suicides. D'abord, parce qu'un certain nombre de ceux-ci ne sont pas répertoriés comme tels : certains accidents de la route (suicides maquillés), des accidents du travail, des équivalents suicidaires (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, ...). Ensuite, parce que, dans certaines circonstances, les familles préfèrent éviter que le suicide d'un proche soit déclaré officiellement (pour raisons familiales, religieuses, économiques...).

Nous devons dès lors considérer avec précaution et circonspection les chiffres dont nous disposons.

La situation en Belgique

En Belgique, chaque année, on dénombre environ 2.000 décès, soit 5 à 6 suicides par jour. On estime globalement à 20 fois plus de tentatives de suicide que de décès par suicide, ce qui veut dire qu'annuellement ce sont plus de 40.000 personnes qui adoptent un comportement suicidaire. Si on compte pour chacune d'elles un entourage de 10 personnes, proches et professionnels, cela fait chaque année au grand minimum 400.000 personnes en Belgique qui y sont directement confrontées. Sur nos 10,7 millions d'habitants, cela représente près de 4 personnes sur 100 par an...

Statistiques des décès par suicide en Belgique, de 2004 à 2008
(source : Institut de Santé publique – SPMA)

	2004	2005	2006	2008
Nombres absolus - Pop.tot.	1986	2028	1934	2000
<i>Nombres absolus - Hommes</i>	1450	1477	1394	1453
<i>Nombres absolus - Femmes</i>	536	551	540	547
Taux (/100.000 hab.) - Pop.Tot	19,06	19,35	18,34	18,67
<i>Taux (/100.000 hab.) - Hommes</i>	28,44	28,81	27,00	27,69
<i>Taux (/100.000 hab.) - Femmes</i>	10,07	10,30	10,03	10,01
Taux (/100.000 hab.) - Région Flamande	18,13	18,53	16,15	16,68
<i>Taux (/100.000 hab.) - Région Flamande/ Hommes</i>	26,64	27,64	23,41	24,02
<i>Taux (/100.000 hab.) - Région Flamande/ Femmes</i>	9,85	9,67	9,09	9,54
Taux (/100.000 hab.) - Région Bruxelloise	17,44	15,50	17,66	13,60
<i>Taux (/100.000 hab.) - Région Bruxelloise/ Hommes</i>	23,65	22,19	23,32	19,17
<i>Taux (/100.000 hab.) - Région Bruxelloise/ Femmes</i>	11,70	9,31	12,41	8,40
Taux (/100.000 hab.) - Région Wallonne	21,19	21,97	22,42	23,77
<i>Taux (/100.000 hab.) - Région Wallonne / Hommes</i>	33,09	32,86	34,59	36,95
<i>Taux (/100.000 hab.) - Région Wallonne / Femmes</i>	9,98	11,70	10,95	11,30

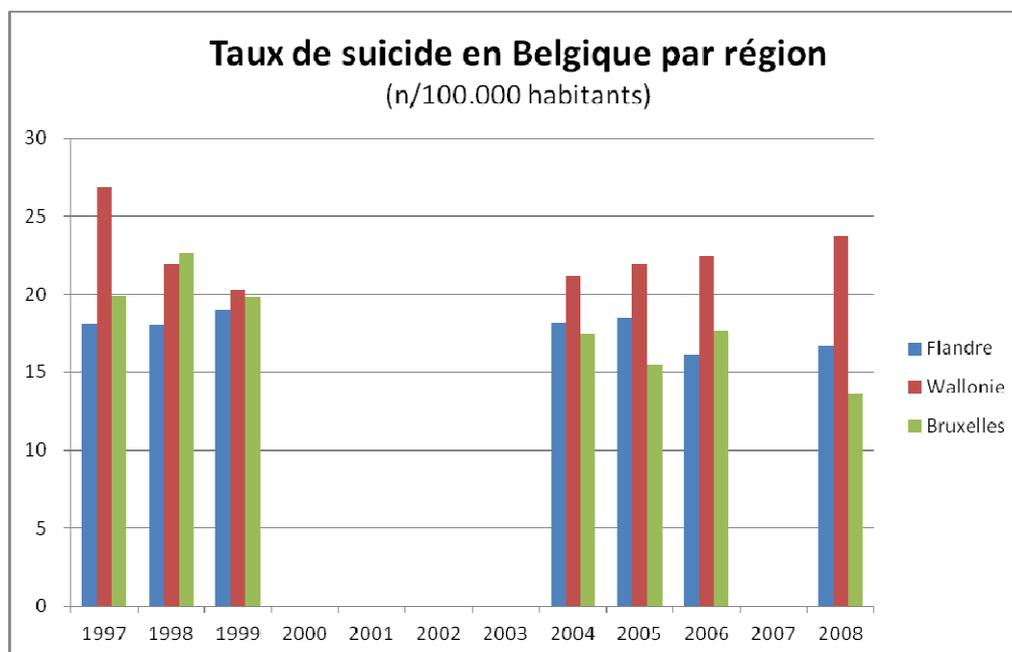
Toutes causes confondues, le suicide est la 7^{ème} cause de décès sur la population totale, mais la première cause « externe » de décès dans la typologie de l'INS (ICD10).

C'est-à-dire qu'en Belgique, le nombre de décès par suicide est bien supérieur au nombre de décès par accidents de la route, chutes accidentelles, et autres accidents.

Position du suicide dans les causes de décès, en Belgique, en 2008
(source : Institut de Santé publique – SPMA – ICDI10)

Population totale	Suicide = 7^{ème} cause de mortalité, toutes causes confondues mais 1^{ère} cause « externe » (après les maladies) <i>Et 2x plus que par accident de la route...</i>
1-14 ans	Suicide = 4^{ème} cause de mortalité, toutes causes confondues Mais 2^{ème} cause externe (après les accidents de la route) <i>Jusqu'à 15 ans, on court 4x plus de risque de décéder par accident de la route que par suicide</i>
15-24 ans	Suicide = 2^{ème} cause de mortalité, toutes causes confondues (après les accidents de la route) <i>Entre 15 et 25 ans, on compte 1,5x plus de décès par accident de la route que par suicide</i>
25-44 ans	Suicide = 1^{ère} cause de mortalité, toutes causes confondues (2 ^{ème} = accidents de la route) <i>A cet âge, on court 2x plus de risque de décéder par suicide que par accident de la route</i>
45-64 ans	Suicide = 4^{ème} cause de mortalité, toutes causes confondues mais 1^{ère} cause « externe » (après les maladies) <i>Et 3x plus que par accident de la route</i>
65 ans et plus	Suicide = 9^{ème} cause de mortalité, toutes causes confondues (après les maladies et les chutes accidentelles) <i>Et 2x plus que par accident de la route</i>

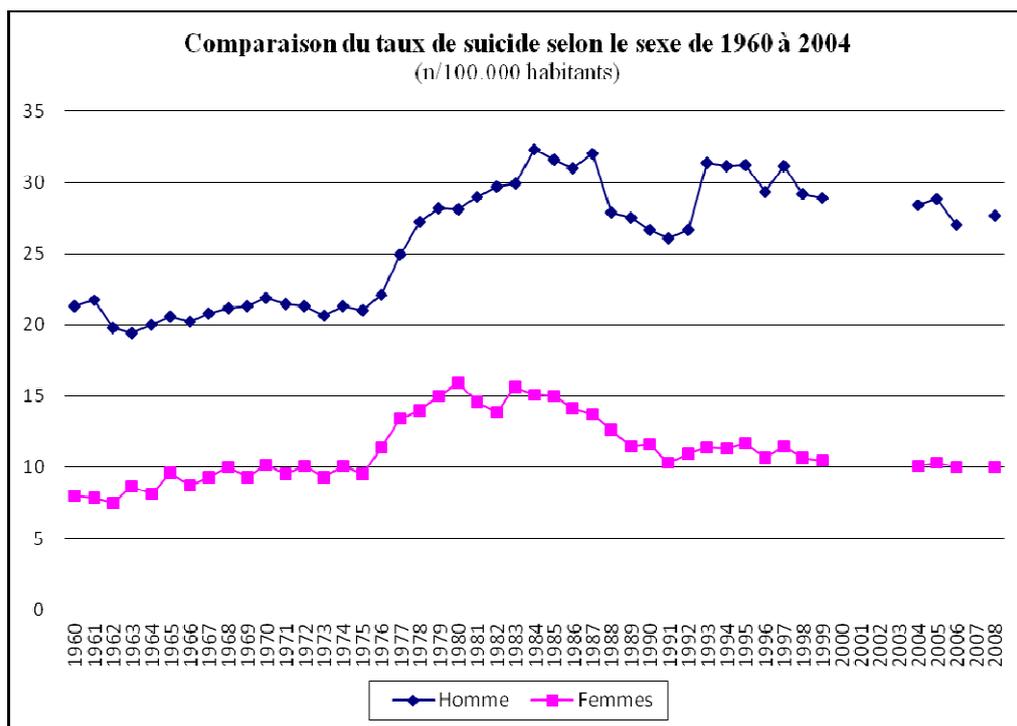
La région la plus touchée est la Wallonie, où on constate d'ailleurs un accroissement des suicides sur ces dernières années. La région la plus « stable » en la matière est la Flandre, visiblement beaucoup moins sujette aux pics de suicides. En Région bruxelloise, les taux de suicide décroissent depuis 2004. Espérons que 2012 soit dans la lignée de cette réalité-là.



Les groupes de personnes les plus concernées

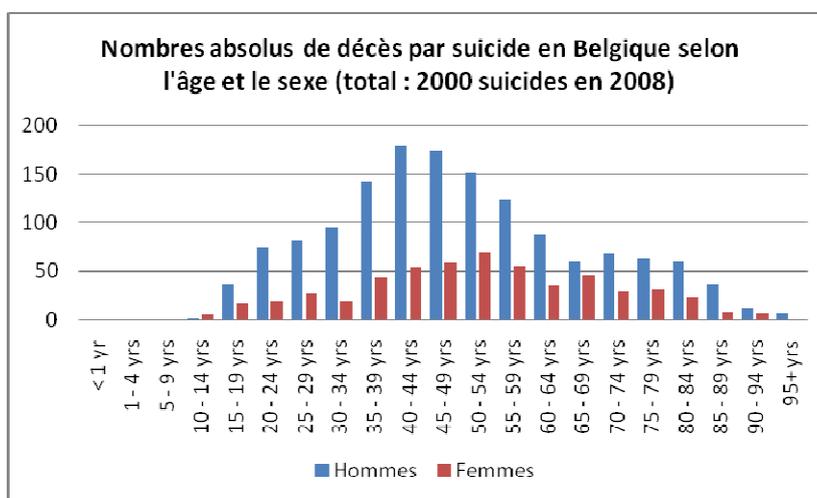
Il existe par rapport au suicide toute une série d'idées reçues quant à la vulnérabilité particulière de certains groupes de personnes. S'il est vrai que la problématique du suicide se pose avec plus d'acuité dans certaines classes d'âge, il touche toutes les couches de la population et toutes les classes sociales.

La différence la plus flagrante dans l'analyse des taux de suicide est la différence hommes/femmes. Nous constatons en effet que, dans nos sociétés occidentales, les hommes se suicident trois fois plus que les femmes.



Source : SPMA

Cette importance du suicide chez les hommes se retrouve à chaque tranche d'âge.

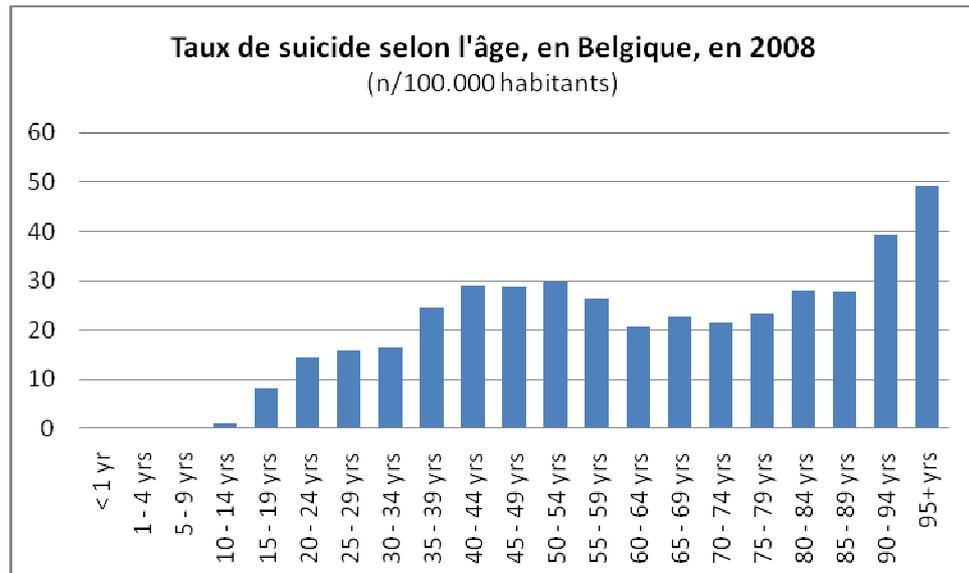


Source : SPMA

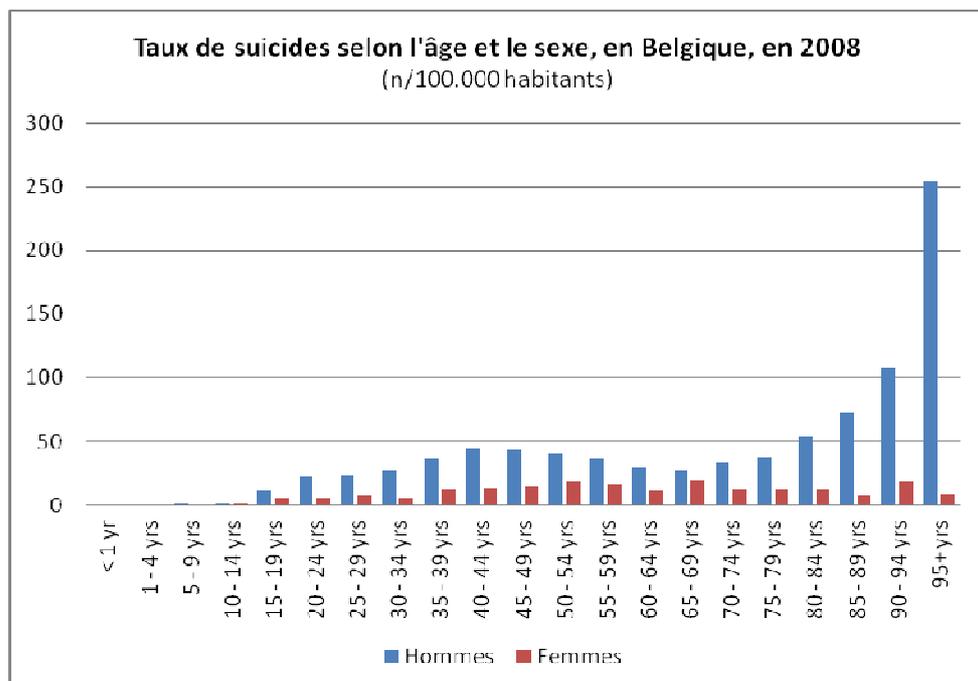
Par rapport au nombre des décès par suicide, les personnes les plus concernées sont donc les hommes d'âge mûr, de 35 à 60 ans.

Pourtant, si l'on prend en considération les taux de suicide en fonction de l'âge, on peut clairement constater une augmentation des taux de suicide à partir de 35 ans, avec un « pic » à partir de 75 ans-80 ans (surtout chez les hommes).

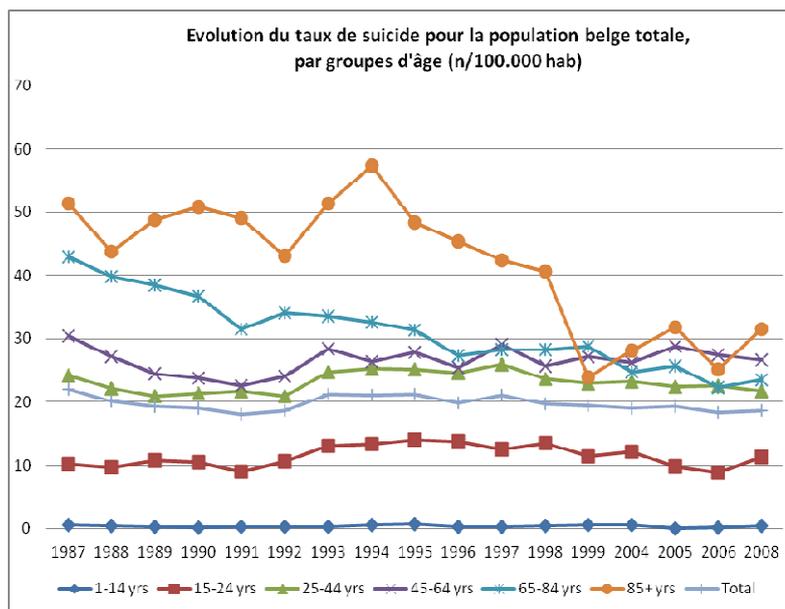
Rappelons encore que cette importance des taux de suicide chez les personnes âgées est d'autant plus forte qu'elle est sous-estimée, puisque nombre de décès repris sous les statistiques de maladies ou chutes accidentelles peuvent être interprétés comme des suicides.



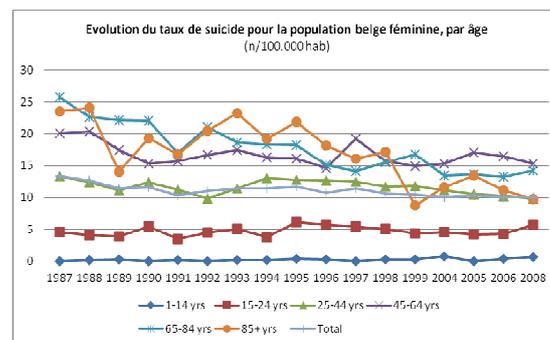
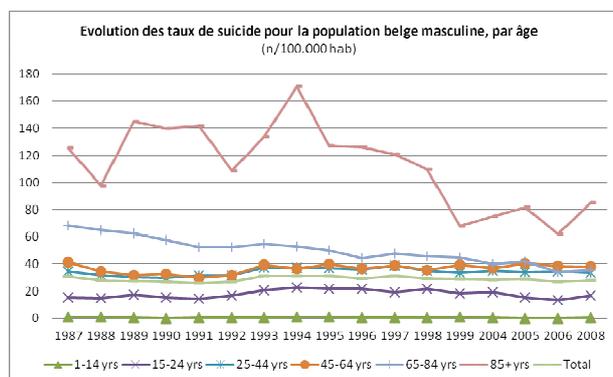
Source : SPMA



Source : SPMA



Source : SPMA



Source : SPMA

Notons qu'entre 2006 et 2008, les taux de suicide chez les hommes de plus de 85 ans ont tendance à augmenter.

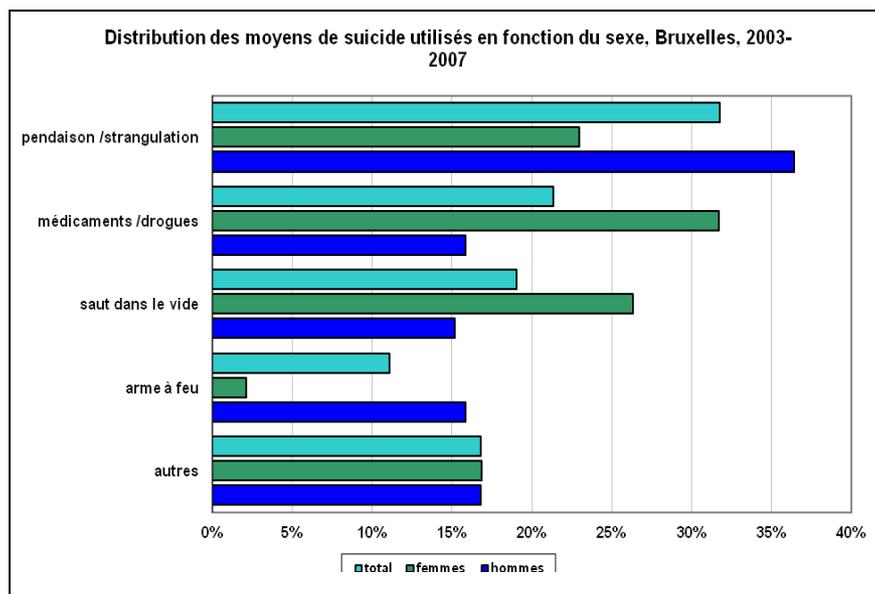
Une hausse des taux de suicide est également observée chez les jeunes (hommes et femmes) de 15 à 24 ans.

La problématique du suicide est d'ailleurs très présente aussi chez les jeunes, qui comptabilisent heureusement moins de décès par suicide mais pour qui, rappelons-le, le suicide arrive en deuxième rang des causes de mortalité, après les accidents de la route. Quand on sait que pour chaque décès par suicide chez les jeunes, on compte 100 à 200 tentatives de suicide, on ne peut que se rendre compte de l'importance de cette problématique chez les jeunes. Or, avoir manifesté un comportement suicidaire est un facteur clé de vulnérabilité quant à l'éventualité d'un passage à l'acte à l'avenir.

Retenons donc que la problématique du suicide se marque de façon importante aux deux extrémités de l'existence : un taux élevé de tentatives de suicide à l'adolescence pour un taux élevé de suicides aboutis chez les personnes âgées.

Les moyens utilisés

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. Ainsi, les femmes privilégient le saut dans le vide, ou l'absorption d'une substance comme la prise de médicaments. Les hommes, quant à eux, ont davantage recours à des méthodes qualifiées de « plus violentes », comme la pendaison, les armes à feu ou les explosifs.



Source : Tableau de bord de la santé en Région Bruxelloise 2010

Les tentatives de suicide

On estime entre dix et vingt fois plus nombreuses les tentatives de suicides que les suicides « aboutis ».

De grandes différences existent en fonction du sexe de la personne : ainsi on comptera chez les hommes environ 2 fois plus de tentatives de suicide que de suicides aboutis, alors que les femmes les tentatives de suicides seront 14 fois plus nombreuses que les suicides aboutis.

On constate également une grande différence de ratio par rapport à l'âge : chez les plus de 65 ans, on comptera 2 ou 3 tentatives de suicide pour 1 suicide abouti, alors que chez les jeunes de moins de 25 ans, on compte 100 à 200 tentatives de suicide pour un suicide abouti.

Les tentatives de suicide sont donc nettement plus fatales chez les hommes et chez les personnes âgées.

	Suicide	Tentatives de suicide
Fréquence	1	14
< 25 ans	1	100 à 200
> 65 ans	1	2 à 3
Ratio Hommes/femmes	2,3	0,5 à 0,3
Alcoolisme / toxicomanie	++	++
Précarité sociale / chômage	+ (+/-)	++

Source : Observatoire de la Santé et du Social, situation 1998-2000

Il est d'autre part important de souligner que la létalité du geste suicidaire augmente avec la répétition de l'acte : une personne ayant déjà tenté de se suicider augmente donc le risque de répéter son acte, avec un risque léthal chaque fois croissant.

D'autres facteurs de risques sont corrélés avec le comportement suicidaire : la dépendance à l'alcool ou aux drogues, des troubles mentaux, certaines maladies physiques majeures, ainsi que des événements de vie stressants (chômage, perte financière, deuils, conflits,...).

Comme il n'existe pas de relevé exhaustif des tentatives de suicide en Belgique, ces estimations se basent sur plusieurs enquêtes et relevés, notamment les rapports de l'Unité de Recherche sur les tentatives de suicide de l'Université de Gand et sur les rapports du Réseau des Médecins Vigies. D'autres enquêtes viennent corroborer ces éléments, notamment récemment :

- l'enquête sur le moral des belges « Le thermomètre des belges », par le réseau Solidaris, selon laquelle :

« 8% de la population a déjà tenté de se suicider » et « un belge francophone sur 10 déclare ressentir souvent ou très souvent de l'angoisse, de l'anxiété ou de la dépression » (Solidaris, juin 2012, www.mutsoc.be)

- et l'enquête nationale de santé par interview, selon laquelle :

« 12% de la population de 15 ans et plus a sérieusement pensé à se suicider au moins une fois dans sa vie et 4,8% a déjà fait une tentative de suicide au cours de son existence. Quatre personnes sur mille rapportent avoir tenté de se suicider dans les douze mois qui précèdent l'enquête, ce qui revient à une estimation moyenne d'environ 40.000 belges par an ! »

« Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (14%) que les hommes (9%) à avoir sérieusement pensé en finir avec la vie. Il est alarmant de constater que les pensées suicidaires dans l'année écoulée sont les plus fréquentes chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. »

« Qu'il s'agisse de pensées suicidaires ou des tentatives de suicide, il faut se rendre à l'évidence : les estimations de prévalence sont toujours plus élevées dans les milieux à faible niveau d'éducation par rapport aux milieux les plus éduqués : par exemple, 5% des personnes ayant une faible scolarisation ont pensé au suicide au cours de l'année

écoulée, contre 2,8% des personnes ayant eu l'opportunité d'accéder à des études supérieures. » (Enquête de santé, 2008)

Notes sur les données statistiques

La source principale d'information statistique concernant le suicide pour le pays dans son ensemble provient des certificats de décès rédigés par le corps médical (généralistes, médecins légistes, hôpitaux, etc.) regroupés au sein de la Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE, anciennement INS). Ces statistiques sont traitées par les Observatoires régionaux et par l'Institut de Santé Publique, qui diffusent leurs données sur leurs sites Internet (cfr. sources ci-dessous). Les données les plus récentes dont nous disposons pour la population belge totale datent de 2008. Entre 1999 et 2004, aucun recoupement national des statistiques n'a encore été effectué. Des données plus récentes existent pour la Région Flamande et la Région de Bruxelles-Capitale et sont disponibles via les Observatoires régionaux de la Santé.

Ces relevés statistiques concernent uniquement le suicide accompli. Contrairement à celui-ci, il n'existe en effet aucun relevé officiel des tentatives de suicide.

De façon générale, il semblerait que les chiffres disponibles sous-estiment le nombre réel de suicides. D'abord, parce qu'un certain nombre de ceux-ci ne sont pas répertoriés comme tels : certains accidents de la route (suicides maquillés), des accidents du travail, des équivalents suicidaires (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, ...). Ensuite, parce que, dans certaines circonstances, les familles préfèrent éviter que le suicide d'un proche soit déclaré officiellement (pour raisons familiales, religieuses, économiques...). Nous devons dès lors considérer avec précaution et circonspection les chiffres dont nous disposons.

Sources :

- Institut de Santé Publique, Département Epidémiologie : <https://www.wiv-isp.be/epidemio/spma/>
- Enquête nationale de santé par interview de 2008 (résultats principaux) : <https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/table08.htm>
- Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale : <http://www.observatbru.be>, et notamment : *Le Tableau de bord de la santé en Région Bruxelloise 2010* ainsi que *Le Dossier sur le suicide en Région de Bruxelles-Capitale, situation 1998-2000*
- « Comment allons-nous ? L'état de bien-être psychologique de la population » - *Le Thermomètre des belges – Enquête de la Mutualité Solidaris, juin 2012* : www.mutsoc.be
- Communiqué pour la Journée mondiale du 10 septembre 2012, par l'IASP – Association Internationale pour la prévention du suicide ; lien : <http://www.iasp.info/wspd/index.php>
- Eenheid voor zelfmoordonderzoek – Universiteit Gent : <http://www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be/>
- Rapport du Réseau des médecins vigies sur les conduits suicidaires, in: *Revue de la SSMG de Novembre 2011* : <http://www.ssmg.be/publications/rmg-en-access-libre/20-publications/rmg/237-2012-04-30-09-07-24>

2. Repères théoriques

Si la recherche sur le suicide est pratiquement absente en Belgique, il existe néanmoins dans d'autres pays des résultats sur lesquels les experts s'accordent et qui pourraient servir de point de départ à une large réflexion autour d'un plan d'action global liant prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Le processus 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.

Vivre des moments de crise fait partie du développement habituel et normal de l'être humain. C'est ce qui lui permet de grandir, de faire des choix de vie importants.

Si toute crise existentielle ne débouche pas sur le suicide, un individu, dans ces moments particuliers de remise en question, d'incertitude et de doutes sur soi-même et sur les autres, peut se retrouver enfermé dans un processus tellement angoissant que le suicide peut apparaître comme le moyen de mettre fin à un état devenu insupportable.

Sur ce terrain prédisposant, un événement touchant émotionnellement la personne deviendra élément déclenchant la crise suicidaire.

L'apparition de l'événement déclenchant entraîne chez le sujet un état de tension qui le met en alerte et le prépare à la recherche d'une solution. Cette mise en alerte relève d'un mécanisme d'adaptation habituel et nullement pathologique.

L'idéation suicidaire n'est pas généralement prépondérante dans un premier temps. Le suicide apparaît comme une solution parmi d'autres. C'est le stade de l'idéation : l'idée du suicide se présente, peut se dire. A ce stade, il est bien sûr plus difficile de l'entendre, car la personne elle-même dispose encore d'autres solutions et peut ainsi soit résoudre son problème d'une autre manière, soit donner l'impression que cette idée n'est somme toute pas si sérieuse que cela.

Un échec de la tentative d'intégration de l'événement traumatique, c'est à dire un échec de toute réponse ou de tout essai de solution augmente la tension du sujet et l'amène à un stade de perturbation émotionnelle.

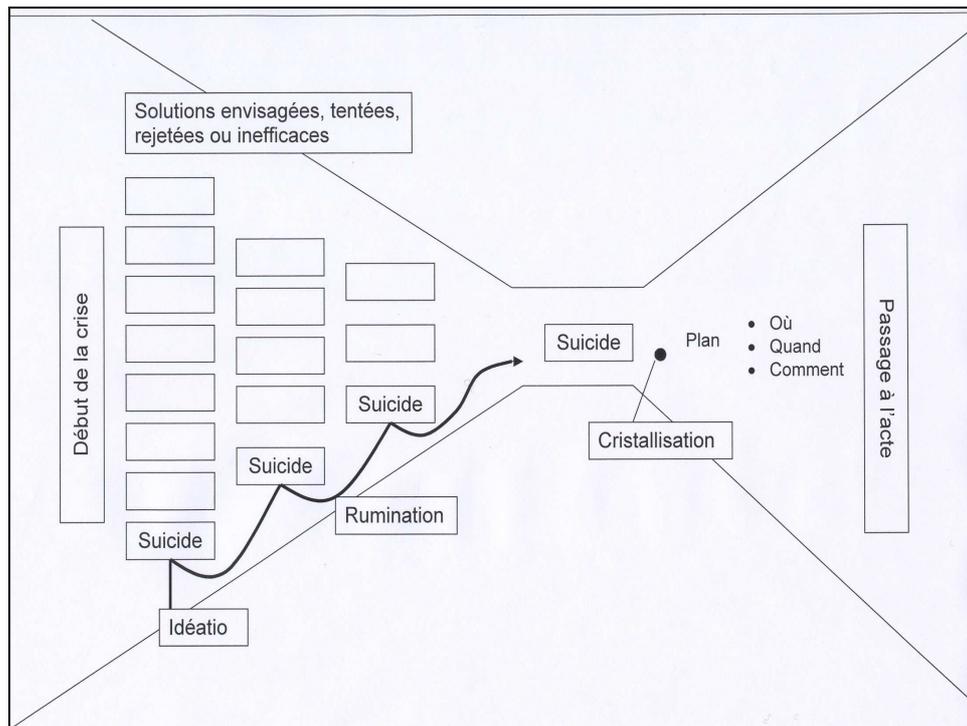
A ce moment, le faisceau des solutions possibles se rétrécit, le sentiment d'échec devient plus prégnant, l'idéation suicidaire devient ruminant, laquelle occupe (littéralement) de plus en plus massivement le champ psychique de la personne.

Cet état de perturbation émotionnelle, avec anxiété, angoisse, fige le sujet dans une impossibilité de réagir ou même d'agir. Ce trouble émotionnel renforce l'idée du suicide comme solution. Comme si le sujet, se vivant agressé de toutes parts, à

l'intérieur comme à l'extérieur de lui-même, ne pouvait qu'agir avec et contre lui-même.

Les mots ne suffisent plus, toute discussion rationnelle ou logique est vouée à l'échec. C'est le sujet tout entier, corps et âme, qui est saisi par l'angoisse.

C'est la "cristallisation", la rumination est devenue un point fixe, une idée "fixée". Si à ce moment rien ne se passe, la tension est portée à son maximum et trouve à se libérer dans le passage à l'acte suicidaire.



Source : syllabus de formation du Centre de Prévention du Suicide

Facteurs de risque et 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. De plus, cette approche présente la problématique comme relevant d'un schéma causal. Or, la pratique nous démontre qu'en matière 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.

Il est donc bien plus pertinent de parler de "facteurs de risque" versus "facteurs de protection". Issus de l'observation clinique et de corrélations statistiques, ces facteurs sont des éléments qui ont visiblement un lien avec le suicide, en ce qu'ils peuvent ainsi favoriser ou tout au moins contribuer à un passage à l'acte suicidaire, sans toutefois pouvoir à eux seuls expliquer la survenance d'un tel acte.

→ **Facteurs de risque psychosociaux:**

- Tentative de suicide antérieure
- Troubles mentaux
- Alcool et autres troubles d'abus de substances
- Faible estime de soi
- Tendances impulsives et/ou agressives
- Histoire de trauma ou abus
- Certaines maladies physiques majeures
- ...

→ **Facteurs de risque environnementaux:**

- Perte de travail ou perte financière
- Perte relationnelle ou sociale
- Accès facile à des moyens mortels
- Histoire familiale de suicide
- ...

→ **Facteurs de risque socioculturels:**

- Manque de soutien social et sentiment d'isolement
- Barrières pour accéder aux soins de santé
- Exposition à d'autres suicides dans l'entourage
- ...

Par ailleurs, ces différents facteurs n'ont en aucun cas une quelconque valeur prédictive. Le suicide ne répond malheureusement pas à un schéma de cause à effet où la présence de tel ou tel facteur conduit inévitablement à un risque de passage à l'acte x fois plus élevé. De même, la présence de facteurs de protection n'est jamais une garantie de non-suicide.

→ **Facteurs de protection au suicide :**

- Soins cliniques efficaces pour les troubles mentaux, physiques et d'abus de substances
- Accès facile à toute une gamme d'interventions cliniques
- Soutien dans la recherche d'aide
- Accès réduit aux moyens létaux
- Liens étroits avec la famille et soutien de la communauté
- Soutien par des relations continues de soins médicaux et de santé mentale
- Capacités pour résoudre des problèmes et des conflits, et de gérer des disputes de façon non-violente
- Des convictions culturelles et religieuses qui découragent le suicide et stimulent la conservation de soi.
- ...

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

Signaux d'alerte

Une personne suicidaire n'apparaît pas nécessairement comme déprimée. Sous un extérieur jovial peut se cacher une grande tristesse. Les signes changent d'une personne à l'autre.

Détecter des signes avant-coureurs d'un passage à l'acte suicidaire est une tâche particulièrement difficile vu la complexité de la problématique suicidaire elle-même. Dans certains cas, on pense même que c'est impossible tant le suicide survient de manière soudaine et brutale.

Cependant, la pratique montre qu'un nombre important de personnes ayant tenté de se suicider ou de personnes décédées par suicide avaient montré des signes précurseurs ou tout au moins avaient tenté d'exprimer, parfois de manière détournée ou maladroite, leur souffrance et leur détresse.

Quelques exemples de phrases susceptibles de témoigner d'une détresse suicidaire :

Messages directs:

"Je veux en finir" - "C'est trop dur, je n'en peux plus" - "La vie n'en vaut plus la peine" - "Je ne m'en sortirai jamais" - "Je voudrais m'endormir pour toujours..."

Messages indirects:

"Vous seriez mieux sans moi" - "Ma vie est inutile" - "J'ai fait mon testament" - "Je vais faire un long voyage" - "Je vais mettre mes affaires en ordre..."

A côté de ces messages directs ou indirects, il existe une série de comportements qui peuvent signaler ici aussi une souffrance psychique importante.

Quelques exemples de comportements susceptibles de témoigner d'une détresse suicidaire :

L'isolement, le retrait, un désinvestissement scolaire ou professionnel, une perte d'énergie, mais aussi l'absence de réaction à la perte d'une personne proche par exemple, sont des signes visibles d'une période de vie plus difficile. De même, une hyperactivité soudaine ou à l'inverse une extrême lenteur, ou encore le don d'objets auxquels la personne tient, en sont d'autres. Enfin, une consommation abusive d'alcool et/ou de médicaments, la prise de toxiques comme la drogue reflète en général une souffrance psychique importante.

De même, différentes situations dans notre vie quotidienne, synonymes de changements (perte d'emploi, déménagement non souhaité, ...) ou de ruptures (comme les situations de séparation ou de divorce), des situations de perte ou de deuil sont des moments de plus grande vulnérabilité et donc, chez certains, de risque accru de passage à l'acte suicidaire.

Mythes et Réalités

A l'heure actuelle, alors que le tabou entourant le suicide diminue quelque peu, il circule encore auprès du grand public comme chez beaucoup de professionnels toute

une série d'idées reçues sur le suicide. Combattre ces mythes et préjugés qui entourent le suicide sert d'une part à briser l'isolement dans lequel se trouvent souvent les personnes en proie à des idéations suicidaires, et permet d'autre part d'améliorer l'accueil, l'écoute et la prise en charge de ces situations de crises.

Les idées reçues	La réalité
<i>La personne qui en parle ne le fait pas.</i>	75% des personnes décédées par suicide l'avaient annoncé. Quasi personne ne se suicide sans avoir fait connaître son désespoir à quelqu'un.
<i>Elle n'a pris que 10 comprimés, c'est du cinéma.</i>	Une tentative de suicide n'est jamais anodine, quels que soient les moyens mis en œuvre. Tout passage à l'acte constitue un appel qui, s'il n'est pas entendu, risque de s'exprimer par la suite de manière plus violente.
<i>Le suicide est une maladie.</i>	Le suicide est avant tout un mal de vivre.
<i>L'amélioration consécutive suite à une tentative de suicide signifie que le risque est passé.</i>	La grande majorité des récurrences se produit dans les mois qui suivent la tentative de suicide.
<i>Il faut être courageux ou lâche pour se suicider</i>	Juger l'acte suicidaire d'une personne en fonction de ses propres valeurs morales n'aide en général pas la personne en souffrance. La question éthique de l'acte suicidaire l'enferme à un plan purement philosophique et non thérapeutique.
<i>Une personne joviale est à l'abri du suicide</i>	Une personne suicidaire n'apparaît pas nécessairement comme déprimée. Sous un extérieur jovial peut se cacher une grande tristesse.
<i>Seules les personnes isolées se suicident</i>	Le suicide se retrouve dans toutes les couches de la population quelque soit le niveau socio-économique ou la situation familiale.
<i>Parler du suicide encourage le passage à l'acte</i>	Parler du suicide à quelqu'un qui va mal n'a jamais contribué à un passage à l'acte suicidaire. Au contraire, c'est l'occasion pour la personne en souffrance de se sentir reconnue, et ainsi

	faciliter une demande d'aide et de soutien.
<i>C'est héréditaire...</i>	Le suicide n'est pas héréditaire. Cependant, un suicide dans une famille peut influencer les membres de cette famille sur plusieurs générations.
<i>"C'est les nerfs".</i>	Le suicide n'est pas une maladie nerveuse mais l'expression d'une souffrance engageant la personne toute entière.

Face à une personne suicidaire

Avoir en face de soi, dans son entourage, dans sa famille ou dans ses patients, une personne qui manifeste des idées ou des envies suicidaires n'est pas chose facile à gérer. D'abord, parce que cette personne en crise suicidaire nous confronte directement avec l'idée de la mort, la sienne, mais aussi notre propre mort, réveillant en nous des peurs ou des angoisses souvent niées. Ensuite, la peur de mal faire, ou de trop en faire, risque de nous gagner rapidement. Enfin, ce genre de situation nous ramène inmanquablement à la limite de nos interventions et ce, quelque soit le type de relation en jeu : nous n'avons in fine aucun pouvoir ultime sur la vie de l'autre.

Il n'existe donc pas de recette miracle lorsque l'on est confronté à quelqu'un qui nous parle directement ou indirectement de ses idées suicidaires. Chacun réagira en fonction de sa sensibilité, de ses possibilités et de ses limites, mais certaines recommandations générales peuvent s'avérer utiles.

Nous vous conseillons :

- De parler ouvertement et calmement de son envie de mourir.
- D'essayer d'écouter ce qu'elle vit en l'invitant à se confier.
- De renoncer à vouloir tout comprendre.
- De prendre toute tentative de suicide au sérieux.
- De l'encourager à prendre contact avec un aidant spécialisé (psychologue, psychothérapeute, psychiatre, médecin, ou le Centre de Prévention du Suicide).
- De vous faire aider si vous vous sentez démuni, en prenant contact avec un aidant spécialisé (psychologue, psychothérapeute, psychiatre, médecin, ou le Centre de Prévention du Suicide).
- De même, l'expérience nous a montré que certaines conduites mènent dans des impasses et ne sont pas de nature à favoriser l'échange ni la reconnaissance de la souffrance chez l'autre.

Nous vous déconseillons, par contre :

- De la juger.
- De lui donner des recettes de bonheur.
- De lui faire la morale.

- De vous engager au-delà de vos possibilités ou de lui donner de fausses espérances.
- D'inciter la personne à vivre par devoir pour ses proches (enfants, conjoints, parents), ce qui risquerait de la culpabiliser.
- De vous laisser enfermer dans le secret.
- De porter seul la responsabilité de l'accompagnement.

Rappelons que c'est dans ces contacts parfois informels, parfois plus structurés - dans le cadre d'une prise en charge par un professionnel -, que résident déjà les premiers éléments d'une prévention du suicide.

3. Une prévention du suicide ?

Le suicide, c'est avant tout un problème humain, un acte extrême dont la violence et le désespoir dérangent, interpellent. Difficile, en effet, pour la société d'accepter que certains de ses membres la quittent en lui signifiant, de la pire des manières, qu'ils ne s'y sentent pas bien. La mise en cause est radicale et d'autant plus brutale qu'elle fracasse une de nos valeurs essentielles : le caractère sacré de la vie. On cherche alors une explication ô combien difficile à identifier... Car le suicide n'est pas la résultante d'une cause unique et clairement définie, mais l'aboutissement d'un long processus plus ou moins complexe, d'un cheminement plus ou moins long vers ce point de non-retour.

Comprendre cela, c'est se donner la possibilité d'agir à chaque étape du processus, c'est prendre le pouvoir de glisser à tout instant un grain de sable dans la mécanique suicidaire.

Sans tomber dans un schéma explicatif trop linéaire, l'expérience et la recherche ont démontré qu'il existe une série de « facteurs de risque » comme d'ailleurs de « facteurs de protection » qui peuvent nous aider à mieux dépister et à mieux évaluer des situations de détresse suicidaire. Attention toutefois : ces éléments n'ont aucune valeur prédictive ni ne sont des causes uniques de passage à l'acte suicidaire. Dès lors, les programmes de prévention doivent davantage s'intéresser à l'amélioration des facteurs de protection (renforcement des liens familiaux, sociaux, éducatifs, etc.) qu'à stigmatiser des facteurs de risque, voire des « groupes à risque ».

A l'occasion de la *Journée mondiale de prévention du suicide*, l'OMS rappelle quelques axes prioritaires d'action globale de prévention du suicide, liant prévention primaire, secondaire, tertiaire :

- la formation des professionnels de première ligne, dont les médecins généralistes ;
- la restriction de l'accès aux moyens létaux ;
- la prise en charge des situations de crise ;
- l'instauration d'un suivi systématique des personnes après une première tentative de suicide ;
- l'amélioration des traitements et de la gestion en santé mentale.

Le Centre de Prévention du Suicide a déjà mis en place une série d'actions concrètes qui répondent à ces priorités et continue à réfléchir, en collaboration avec d'autres acteurs, à la création et au développement de nouvelles ressources en prévention du suicide.

4. Les actions du Centre de Prévention du Suicide

Veillant à offrir un accompagnement particulier à toute personne qui, dans sa vie personnelle ou professionnelle, se trouve questionnée par la problématique du suicide, le Centre de Prévention du Suicide a développé des projets à la fois spécifiques et complémentaires :

- une écoute téléphonique, accessible 24h/24 dans l'anonymat, au 0800.32.123,
- un suivi psycho-social à court terme pour les personnes en crise suicidaire et pour leurs proches,
- un accompagnement des personnes endeuillées suite au suicide d'un proche, en individuel ou en groupe, pour adultes, adolescents et enfants,
- des sensibilisations et formations pour tout professionnel qui pourrait être/ est confronté à la problématique du suicide,
- des interventions d'information et de postvention dans des institutions suite à un passage à l'acte suicidaire (écoles, entreprises, ...)
- une bibliothèque,
- des journées d'étude,
- des rencontres grand public,
- un espace forum sur Internet.

Chacune de ces activités veut répondre à des situations particulières et s'adapter aux situations individuelles des personnes rencontrées. L'écoute active, le dialogue dans le respect de l'autre et le non jugement, la foi en l'importance d'une relation privilégiée capable d'insuffler du mouvement dans une situation de crise, sont là les maîtres mots de chacun des services proposés.

Parallèlement, le Centre de Prévention du Suicide s'associe à des actions nationales et internationales pour la recherche et le développement des connaissances en suicidologie, et plus particulièrement dans le domaine de la prévention.

Plus d'infos sur : www.preventionsuicide.be

Centre de Prévention du Suicide

Avenue Winston Churchill 108 – 1180 Bruxelles

Tél : 02/650 08 69

Fax : 02/640 65 92

cps@preventionsuicide.be

www.preventionsuicide.be

Permanence téléphonique 24h/24 dans l'anonymat au 0800/32.123

Compte n°310-0190501-79

Dernière mise à jour : 31-08-2012