

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2007-2008

22 JUILLET 2008

RAPPORT

INTRODUCTIF SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
DE BELGIQUE
PAR M. MARC ELSÉN.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	3
Préambule.....	5
1 En guise d'introduction... Quelques définitions	6
2 Qu'en est-il de l'ampleur du problème ?	6
3 A propos des facteurs de risque et de protection	11
3.1 Introduction aux notions abordées	11
3.2 Les facteurs prédisposants, ou « la porte ouverte à la vulnérabilité »	12
3.3 Les facteurs de contribution, ou « les éléments exacerbant les risques existants».	13
3.4 Les facteurs précipitants, ou « ces gouttes qui font déborder le vase».....	16
3.5 Les facteurs de protection, ou « les facteurs qui diminuent le risque »	18
3.6 Une illustration concrète	19
4 Une modélisation théorique pour mieux comprendre la complexité.....	21
5 Comment s'organise la prévention au niveau théorique ?.....	23
5.1 Le concept de prévention universelle, sélective et indiquée	23
5.2 Les recommandations de l'OMS, de l'ONU et l'avis des experts en suicidologie.	26
5.3 Les programmes et stratégies en place à l'étranger.	28
5.4 L'évaluation des programmes et des stratégies	30
5.5 Mise en parallèle des recommandations et des différents niveaux de pouvoir.....	32
6 Qui sont les acteurs de la prévention en Belgique et que font-ils ?.....	32
6.1 Prémisse.....	33
6.1.1 Au niveau du fédéral.....	33
6.1.2 Au niveau de la Communauté flamande	34
6.2 Les acteurs en Communauté française	34
7 Constats, recommandations et pistes à envisager.....	38
7.1 Reconnaître le suicide comme une problématique complexe	38
7.2 Mieux connaître l'ampleur du problème et l'évolution de la situation	39
7.3 Elaborer une stratégie cohérente dans un plan d'ensemble.....	39
7.4 Valoriser, faire connaître et coordonner l'existant	39
7.5 Coordonner les politiques	39
7.6 Promouvoir la santé mentale	39
7.7 Agir sur les médias	40
7.8 Lutter contre l'isolement social.....	40
7.9 Priorité aux jeunes.....	41
7.10 Soutenir la formation	41
7.11 Intervenir lorsqu'un problème se pose	42
7.12 Passer à l'action !.....	42
8 Les annexes	44

Les « focus »

<i>Focus : Le suicide et l'identité sexuelle</i>	13
<i>Focus : Le suicide et la personne âgée</i>	14
<i>Focus : Le suicide et les médias</i>	16
<i>Focus : L'évolution de la société</i>	17

LA PREVENTION DU SUICIDE EN COMMUNAUTE FRANÇAISE DE BELGIQUE.

Rapport réalisé avec la collaboration de Christiane Bontemps⁽¹⁾ et Christelle

Santerre⁽²⁾

Avant-propos

Chaque vie est une histoire, une histoire unique, une valeur ajoutée pour l'Humanité. Chaque personne vit sa vie, et la construit dans un environnement propre, avec ses contraintes et ses imprévus, mais aussi ses défis. Parfois elle la subit, parfois elle lui échappe, parfois elle la fuit, parfois elle y met un terme, ...

Dans notre société dite « moderne », les questions existentielles se multiplient et se bousculent, liées au sens des choses, au sens du monde, au sens de la vie.

Et moi là-dedans ?

La société consumériste, les bouleversements de la société dans les rapports humains ou les « modèles familiaux » : tout cela interpelle et chacun y fait face à sa manière, selon ses valeurs, mais aussi ses ressources et celles de son milieu de vie et de son entourage.

Fondamentalement, le rapport à la vie connaît une évolution, une mutation dans un monde, un environnement de plus en plus empreints d'incertitudes et de défis.

Le rapport qui va vous être présenté est le fruit d'une réflexion approfondie qui trouve son fondement dans le travail de terrain, autour d'un phénomène complexe qui interpelle, qui fait peur, qui nous renvoie à nos propres incertitudes mais aussi qui doit nous pousser à l'action tant elle représente à la fois un péril et un questionnement existentiel : le suicide.

Particulièrement attachés depuis plusieurs années à ces questions, Anne-Marie Corbisier et moi-même avons pris l'initiative de proposer qu'un large débat parlementaire puisse avoir lieu dans cette enceinte, sous l'angle de la prévention. La Commission de la santé présidée par Paul Galand a

accueilli positivement et unanimement notre proposition, après une discussion très constructive qui a permis à chaque groupe politique de mettre en évidence différents aspects qui méritaient d'être pris en considération dans ce rapport introductif, et qui l'ont été.

Pourquoi avoir voulu faire entrer, dans notre Parlement, ce sujet dont on entend déjà beaucoup parler et qui inspire une littérature déjà abondante ?

Nous avons tout d'abord constaté qu'en commission ou en assemblée plénière, le nombre de questions, d'interpellations et d'interventions sur la problématique du suicide, tous partis confondus, était impressionnant. Toutes ces expressions manifestent l'intérêt de chaque groupe politique pour un sujet sensible, interpellant et bouleversant. Cependant, nous avons observé que les diverses interventions, aussi pertinentes et opportunes soient-elles, trouvent souvent leur source dans des situations ou des faits ponctuels. De là est née notre volonté d'amorcer un travail de fond qui puisse s'appuyer sur une recherche scientifique et la concertation d'acteurs diversifiés oeuvrant dans le domaine de la prévention du suicide.

Nous avons en outre été interpellés par le nombre d'initiatives et de mesures déjà mises en œuvre en terme de prévention du suicide, tant au niveau de la Communauté française qu'au niveau des autres niveaux de pouvoir. Et pourtant, le phénomène demeure et impose plus que jamais une attention particulière et une mobilisation collective. Nous avons donc voulu entamer une réflexion sur les mesures à renforcer et les éventuelles actions novatrices à initier dans le champ des compétences de la Communauté française, mais également en collaboration avec les Régions et la COCOF.

En effet, nous sommes évidemment conscients que la prévention du suicide ne concerne pas uniquement les compétences de la Communauté française. Celle-ci est cependant largement impliquée par le biais de la politique de la santé, de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, des médias, de l'enseignement et de la petite enfance.

En termes de méthodologie, nous avons fait appel, pour rédiger le rapport que nous vous présentons, à deux expertes qui ont développé et enrichi nos demandes et réflexions, de façon

¹ Directrice de l'Institut wallon de la santé mentale, c.bontemps@iwsmb.be

² Maître de Conférence - Assistante dans le Département de Biostatistique et Collaborateur Scientifique dans l'unité Epidémiologie, Traumatismes et Maladies chroniques de l'École de Santé publique de l'Université Libre de Bruxelles Christelle.Santerre@ulb.ac.be

approfondie et multidisciplinaire à l'aide de recherches minutieuses et de références continues au travail de terrain. Un nombre important d'acteurs compétents dans le domaine aurait pu légitimement nous entourer mais nous avons voulu privilégier le regard « extérieur », et en tout cas pluridisciplinaire, que pouvaient apporter deux personnalités qui connaissent très bien le sujet et dont l'activité est manifestement complémentaire.

Christiane Bontemps et Christelle Senterre, dans leur rapport d'expertise, ont été soucieuses de faire appel aux réseaux qui sont les leurs afin de répondre à notre souhait d'appréhender au mieux le phénomène du suicide mais de ne pas nous limiter à ses facettes qui renvoient au mal-être et au désespoir. Elles ont veillé également à susciter le débat sur un défi majeur à relever : comment valoriser le bien-être, le bien vivre, l'estime de soi et la confiance en soi et dans la collectivité ! Une perspective vitale pour notre société !

Nous voulons insister sur le fait que, au cours de la rédaction du rapport, nous avons fait le constat, avec les expertes, que des choix devaient être opérés tant dans les modes d'analyse et d'approche du phénomène du suicide que dans ses facettes spécifiques ou ciblées vers un public particulier.

D'autres méthodes et angles de vision existent et sont pertinents, nous en sommes conscients, mais il n'était pas possible, dans ce rapport que nous avons voulu « pédagogique », de tout évoquer.

Nous ne voulons pas manquer l'occasion ici de rendre hommage à toutes celles et tous ceux qui œuvrent à différents niveaux dans le champ de l'éducation et, au sens le plus large, de la santé mentale. Un domaine essentiel qui mérite de retrouver ses titres de noblesse, tant il fait partie intégrante de la santé publique dans une société dans laquelle le bien-être et l'estime de soi doivent retrouver une place prépondérante.

La valorisation de la santé mentale est aussi du ressort des Parlementaires ! Et à plus forte raison dans l'enceinte du Parlement de la Communauté française, qui gère les compétences majeures de l'éducation, de la jeunesse, de la promotion de la santé et des médias.

A chacune et chacun, nous souhaitons une lecture enrichissante qui nous permettra sans doute d'aiguiser notre sens de l'analyse pluridisciplinaire, notre volonté de participer à un débat essentiel et, partant, d'exercer notre créativité génératrice d'actions volontaristes, concrètes et durables.

Marc Elsen, rapporteur

Préambule

Le suicide est un problème majeur de santé publique. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO), rien que pour l'année 2000, approximativement un million de personnes se sont suicidées et 10 à 20 fois plus de personnes ont fait une tentative de suicide à travers le monde. Cela représente, en moyenne, un décès toutes les 40 secondes et une tentative de suicide toutes les 3 secondes (WHO, 2002). La Belgique se situe dans la catégorie de pays où le taux de suicide est assez élevé. Une analyse des données de mortalité de 1987 à 1997³ nous montre qu'environ 2000 Belges se sont, en moyenne, suicidés chaque année. Ce qui représente environ 5 suicides par jour.

Dans son récent Rapport mondial sur la violence et la santé (2002), l'OMS insiste sur l'importance qu'il y a de mettre d'urgence, à l'agenda des priorités de santé publique, la problématique de la violence et de sa prévention, ceci incluant le suicide.

La Belgique et plus spécifiquement la Communauté française développent des initiatives allant dans le sens de ces recommandations. Des activités sont menées par de nombreuses associations et bénévoles tant dans le champ de la prévention que dans le champ de la prise en charge. Mais il reste qu'au regard des recommandations de l'OMS et au regard de l'importance que représente ce problème du suicide en terme de santé publique, des efforts substantiels devraient être faits notamment pour développer une approche globale du problème suivant les stratégies de promotion de la santé.

Le présent rapport d'expertise s'appuie sur le rapport d'étude "Prévention du suicide: Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique" réalisé par Christelle Senterre, Martine Bantuelle⁴ et Alain Levêque⁵ en 2006 dans le cadre du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique⁶. Il a été complété par une approche pluridisciplinaire et trans-sectorielle réalisée sur base d'interviews d'acteurs de terrain. Il a, par ailleurs, été complété par de nouvelles évolutions apparues depuis 2006.

³ Pour des raisons évoquées ultérieurement, nous ne disposons pas de chiffres postérieurs à 1997.

⁴ Responsable de l'asbl Educa Santé et du Programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française

⁵ Directeur de l'Unité Epidémiologie, Traumatismes et Maladies chroniques de l'Ecole de Santé publique de l'Université Libre de Bruxelles

⁶ Ce rapport est disponible dans son intégralité sur le site de l'unité Epitraumac : <http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac>

1 En guise d'introduction... Quelques définitions

Avant tout, il nous semble important de baliser le cadre dans lequel nous allons nous inscrire. Nous commencerons donc par "définir" sommairement les concepts avec lesquels nous allons travailler.

La première chose importante à savoir est que le "suicide" ne se limite pas seulement à l'acte mortel. Il existe une série de comportements qui décrivent ce qu'on nomme usuellement le processus suicidaire. Nous les décrivons brièvement ci-dessous.

Le suicide se définit habituellement comme étant une "mort intentionnelle causée par soi-même"⁷. La tentative de suicide, elle, est un acte intentionnel posé par une personne dans le but de "se suicider" mais qui n'aboutit pas à la mort⁸. A côté de ces deux comportements, on rencontre aussi des comportements suicidaires indirects, appelés parfois "comportements autodestructeurs". Ceux-ci regroupent tous les comportements humains qui augmentent la probabilité de décès à moyen terme mais qui ne précipitent pas la mort à court terme ou qui ne causent pas de traumatisme physique dans le futur immédiat⁹. Enfin, les idéations suicidaires s'observent chez les personnes qui "pensent à se tuer". Ces idéations, pourront, dans certains cas, se transformer en intentions suicidaires. Cette étape correspondant à une objectivation du suicide comme un "moyen possible pour s'en sortir" (la personne commence à "élaborer" un plan de suicide, elle réfléchit à un moyen, à un moment, etc.).

2 Qu'en est-il de l'ampleur du problème ?

La mortalité suicidaire objective le nombre de suicides complétés. Elle s'exprime par deux mesures complémentaires à savoir le taux de mortalité¹⁰ par

suicide complété (*Mortality Rate*) et le pourcentage de mortalité attribuable¹¹ au suicide (*Proportional Mortality Ratio*).

Les graphiques ci-dessous présentent, pour les deux premiers, le taux brut de mortalité par suicide complété calculé sur base des données de 1997. Le premier nous présente la répartition du taux brut de mortalité selon les groupes d'âge usuels et le second présente la répartition par sexe au sein des groupes d'âge. Les deux graphiques suivants présentent la proportion de mortalité attribuable au suicide et ce, toujours pour l'année 1997. Le troisième présentant aussi les répartitions par groupe d'âge et le quatrième par sexe au sein des groupes d'âge.

⁷ Autrefois, il était souvent question dans la littérature, tant scientifique que de vulgarisation, de "suicide réussi". Il est aujourd'hui établi, que cette dénomination n'est pas acceptable puisqu'un tel acte ne peut pas être considéré comme une réussite ; c'est pourquoi on préfère utiliser le terme de "comportement suicidaire fatal" ou "suicide complété".

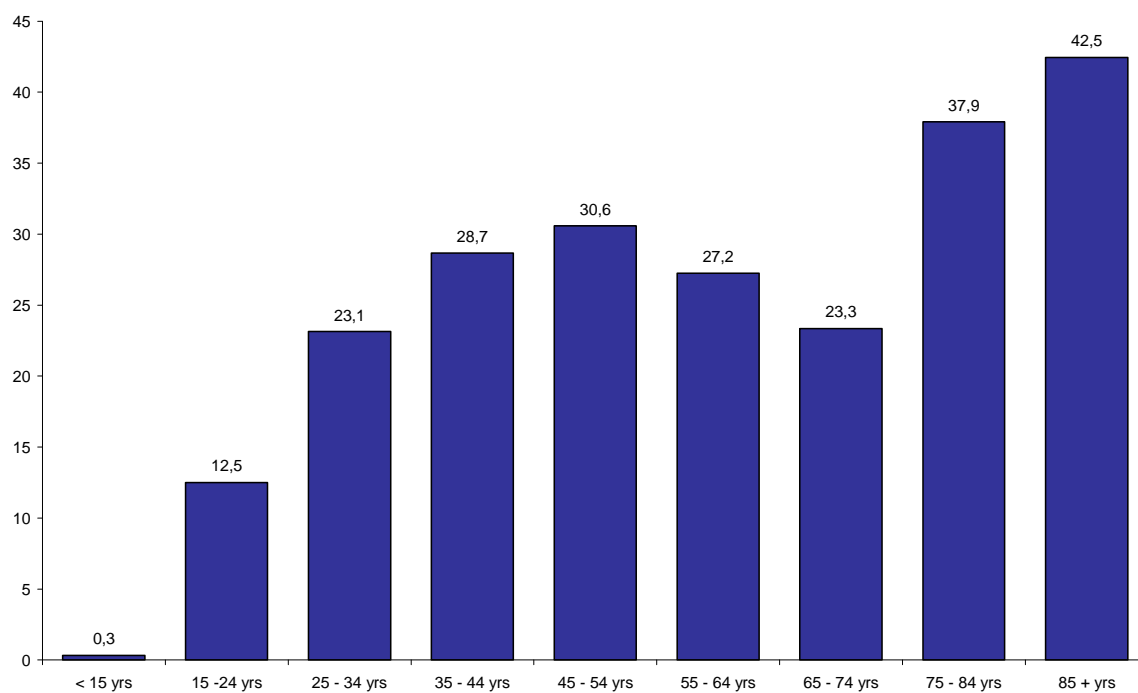
⁸ Certains experts classent les TS, suivant le degré d'intentionnalité, en tentative grave et en tentative mineure mais ce degré d'intentionnalité est remis en question par certains chercheurs qui prétendent que la gravité de la tentative ne doit pas être un indicateur fiable du degré d'intentionnalité de l'individu qui a posé le geste. Dès lors, il est courant de regrouper toutes les TS en une seule classe.

⁹ Ces comportements peuvent être la toxicomanie, les prises de risque au niveau sexuel ou les conduites excessives.

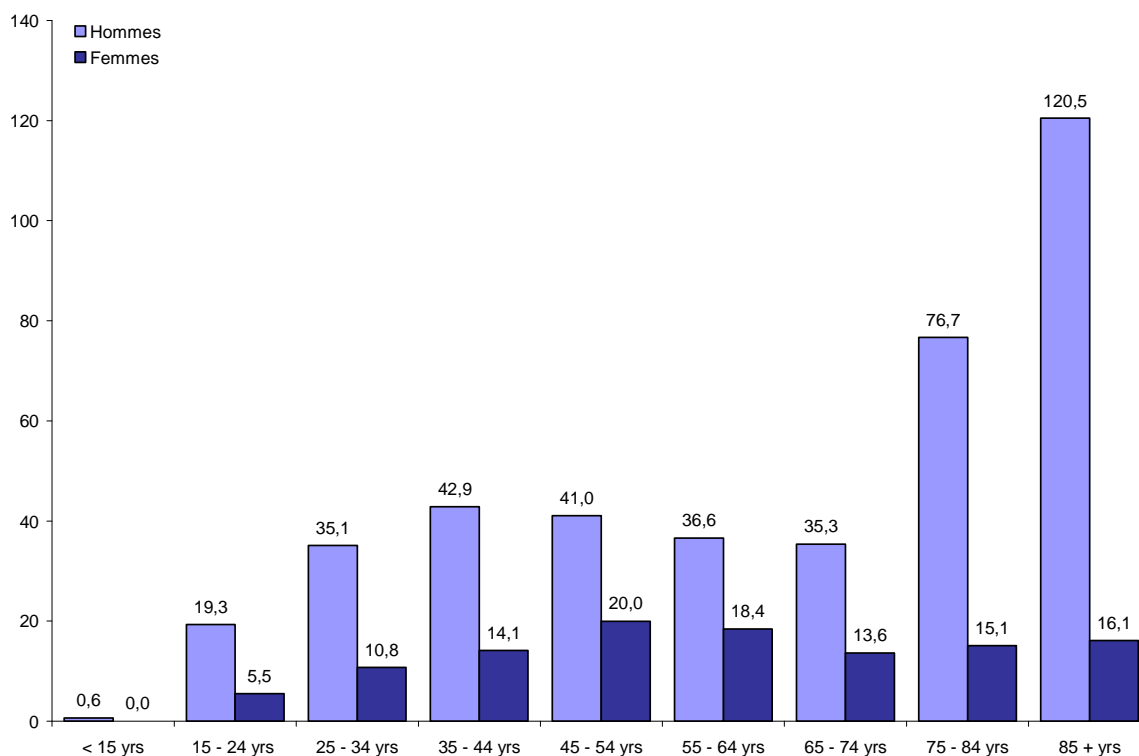
¹⁰ Les taux de mortalité par suicide complété peuvent être exprimés de manière brute ou de manière standardisée. S'ils sont calculés en divisant le nombre de décès par suicide complété recensés annuellement (informations issues des certificats de

décès) par le nombre de personnes présentes dans la population correspondante, il s'agit des taux bruts (que l'on exprime en "par 100.000 habitants"). La plupart du temps on utilisera, à des fins de comparaison, les taux de mortalité standardisés soit pour l'âge et/ou le sexe, c'est à dire des taux qui tiennent compte de la structure de la population par âge et/ou par sexe.

¹¹ Le pourcentage de mortalité attribuable au suicide représente quant à lui, la part de décès attribuable aux suicides complétés parmi la totalité des décès enregistrés au cours d'une année. On utilise souvent cet indicateur pour objectiver l'importance des suicides complétés au sein d'une catégorie d'âge.

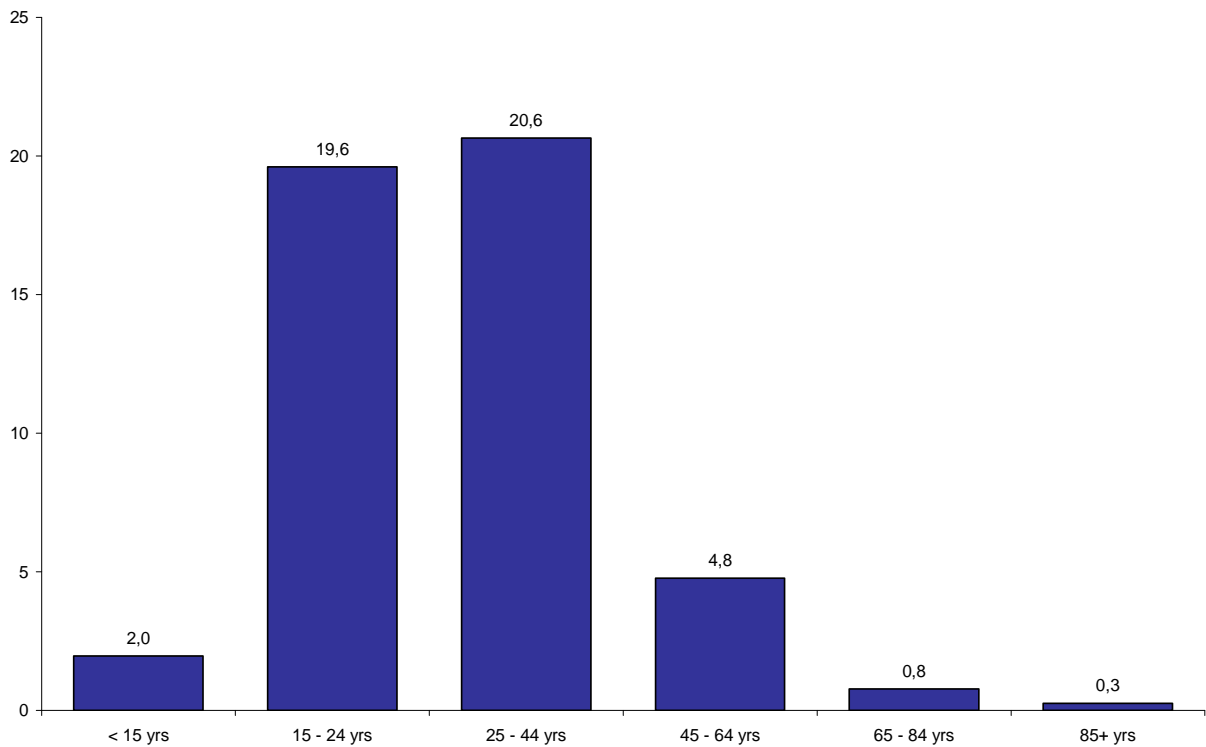


Graphique 1 : Taux brut de mortalité par suicide complété (/100.000 habitants) selon les groupes d'âge (année 1997)
[Source : SPMA¹², Institut scientifique de Santé publique].

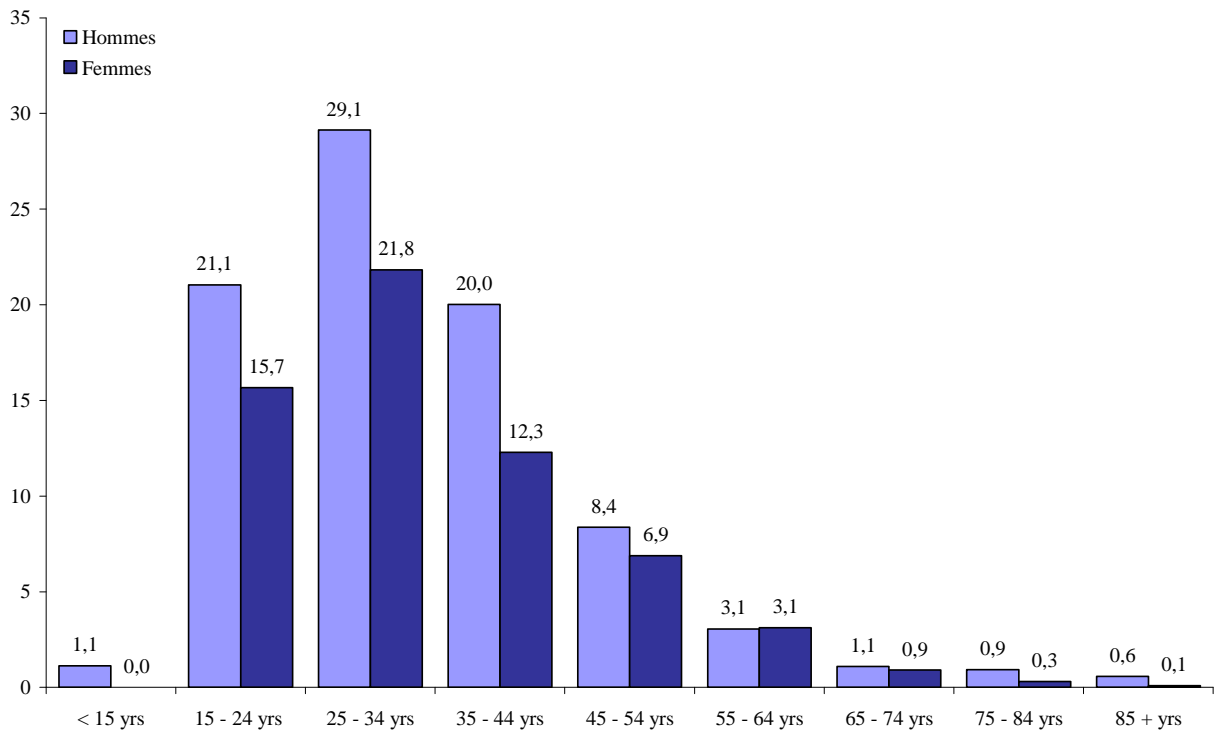


Graphique 2 : Taux brut de mortalité par suicide complété (/100.000 habitants), par sexe et selon les groupes d'âge (année 1997) [Source : SPMA, Institut scientifique de Santé publique].

¹² SPMA, ou Standardized Procedures for Mortality Analysis, est une application software développée par l'Institut scientifique de Santé publique, qui permet des analyses interactives, entre autres, sur les données de mortalité. Cette application est accessible à l'adresse suivante : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/spma/index.htm>



Graphique 3 : Proportion (%) de mortalité attribuable au suicide selon les groupes d'âge (année 1997) [Source : SPMA, Institut scientifique de Santé publique].



Graphique 4 : Proportion (%) de mortalité attribuable au suicide, par sexe, selon les groupes d'âge (année 1997) [Source : SPMA, Institut scientifique de Santé publique].

On remarque que les taux de suicide les plus élevés sont observés chez les personnes de 75 ans et plus (graphique 1). On peut dire qu'en 1997, pour 100.000 personnes vivantes ayant entre 75 et 84 ans,

environ 40 (37,9) se sont suicidées tandis que chez les personnes de 85 ans et plus, le nombre de décès par suicide est d'environ 43 (42,5) pour 100.000 habitants vivants de cette tranche d'âge. Lorsque

l'on regarde les taux de mortalité selon le sexe présenté dans le graphique 2, on observe, et ce quelle que soit la tranche d'âge, une situation en défaveur du sexe masculin. Et c'est parmi les sujets âgés de 75 ans et plus que la différence hommes / femmes est la plus franchement marquée.

Par contre, lorsque l'on regarde la part de mortalité attribuable au suicide (graphique 3), les proportions les plus élevées de décès attribuables au suicide sont observées chez les jeunes. En 1997, le suicide représentait, chez les 15 - 24 ans, la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route¹³. En effet, sur 100 décès enregistrés dans cette catégorie d'âge, environ 20 (19,6) étaient le fait d'un suicide complété. Chez les 25 - 34 ans, le suicide était, cette année-là, la première cause de décès avant les cancers et les accidents de la route, avec environ 27 (27,1) décès sur 100 dus au suicide. Lorsque l'on observe ces proportions par sexe, on note que les rapports hommes / femmes les plus marqués s'observent dans les tranches de 15 à 44 ans, pour devenir moins francs dans les tranches d'âge supérieures.

On peut donc retenir globalement que ce sont les "personnes âgées" qui se suicident le plus (taux de mortalité) mais que le "poids" du suicide en terme de mortalité est plus important chez les "jeunes" (proportion de mortalité attribuable) et qu'il y a, quelle que soit la tranche d'âge, une surmortalité masculine.

En ce qui concerne la qualité des données disponibles, les informations relatives à la mortalité suicidaire sont – comme c'est le cas dans la plupart d'autres pays - à prendre avec une certaine réserve. En effet, il est considéré que le nombre de décès par suicide complété est sous-estimé. Plusieurs faits ont été avancés pour expliquer cette sous-estimation. Premièrement, il peut être difficile d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte, lors d'une noyade ou lors du décès d'une personne âgée par exemple. Deuxièmement, certains accidents, tels un accident de la route ou une overdose, peuvent être des suicides "déguisés". Troisièmement, dans certains milieux, comme les communautés religieuses et/ou dans certaines conditions, comme lors de la souscription d'une assurance, le suicide sera considéré comme tabou ou problématique. Dans ces cas, le certificat de décès délivré par le médecin pourrait alors être "falsifié" au profit d'une cause naturelle de décès.

¹³ En 1997, 41 décès sur 100 survenant chez des individus de 15 à 24 ans étaient le fait d'un accident de la route.

Au-delà de ce problème de qualité, il faut aussi noter, au niveau de la Communauté française, un certain retard dans le traitement des bulletins de décès et la publication des données qui y sont relatives : les dernières données de mortalité disponibles actuellement remontent à 1997. Toutefois, la Direction générale de la Santé de la Communauté française a pris les mesures nécessaires pour résorber le retard accumulé. En ce qui concerne les années de retard, une priorité a été donnée aux années 2004 - 2006 tandis que les années 2000 - 2003 seraient traitées ensuite. Notons que les données 1998 et 1999 sont en cours de codification¹⁴ à l'Institut National de Statistiques - SPF Economie.

Dans cette section, nous avons discuté de la problématique de la mortalité suicidaire au niveau belge. Il est aussi important de noter que la Belgique se situe parmi les pays européens ayant les plus hauts taux de mortalité par suicide. Le tableau ci-dessous présente donc les taux de mortalité standardisés observés en 1997 dans quelques pays, ainsi que la moyenne européenne¹⁵.

Tableau 1 : Taux de mortalité standardisé ¹⁶ (/100.000 habitants) observés en 1997 pour quelques pays européens [Source : European health for all databases].

Pays	SMR* (/100.000 hbts)
Moyenne européenne	11,1
Finlande	24,7
Belgique	19,6
France	17,5
Danemark	14,0
Pays-Bas	9,0
Royaume-Uni	7,6

* Standardized Mortality Ratio

Nous pouvons constater qu'en 1997, le taux standardisé moyen européen valait 11,1 pour

¹⁴ Il est important de noter qu'il y a tout un processus de saisie et de transformation de l'information qui doit se faire entre le moment où le certificat de décès est rempli par le médecin lorsqu'il constate un décès et le moment où les données de mortalité vont être disponibles. En effet, les certificats rédigés manuellement doivent d'abord être saisis dans une base de données où ils seront ensuite codifiés selon l'"ICD-10" (*International Classification of Diseases*), qui est la classification internationale des maladies permettant ainsi, entre autres, la comparaison entre différents pays.

¹⁵ Nous parlons encore ici de l'Europe des 15 avant l'élargissement de mai 2004

¹⁶ Ici le taux est standardisé pour l'âge, il représente donc ce que le taux brut de mortalité aurait été si la population avait eu la même distribution d'âge que la population standard européenne.

100.000 habitants tandis que la Belgique affichait un taux de près de 20 pour 100.000 habitants. Ce qui est plus élevé par rapport à nos voisins que sont la France, les Pays-Bas ou encore le Royaume-Uni.

Les informations exposées ci-dessus nous présentaient le problème du suicide du point de vue de la mortalité. Nous avons vu dans le paragraphe consacré aux définitions que l'acte suicidaire ne se limite pas seulement au suicide complété. Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont des paramètres entrant en compte dans la compréhension du phénomène. Dès lors, il est aussi important d'avoir des informations quantitatives - mais aussi qualitatives - sur ces deux aspects¹⁷.

Malheureusement, les données quantitatives relatives à ces deux aspects du processus ne sont que très peu disponibles. Toutefois, depuis octobre 2003, les services des urgences de tous les hôpitaux de Belgique sont tenus de collecter un minimum d'informations en ce qui concerne les patients qui y sont vus, dont notamment le motif de la visite, ventilé comme suit : accident, maladie, tentative de suicide et examen de contrôle¹⁸. Les informations qui seront "prochainement disponibles" concerneront donc essentiellement les tentatives de suicide aboutissant à une consultation aux urgences, ce qui ne représente pas la totalité des tentatives de suicide, puisque certaines seront soit constatées par un médecin généraliste, soit ne seront pas constatées du tout (aucun contact avec une structure de soin).

En ce qui concerne le recensement des tentatives de suicide par les médecins généralistes, seuls des enregistrements ponctuels sont réalisés par le groupe des Médecins Vigies¹⁹. Durant ces quinze dernières années, le thème "suicides et tentatives de suicide" a été inclus à deux reprises dans l'enregistrement des médecins vigies : en 1993-1995 et en 2000-2001. Durant cette seconde période, 333 cas de tentatives de suicide ont été enregistrés par

les médecins participants. La moyenne d'âge des individus concernés était de 36 ans. L'enregistrement des tentatives de suicide montre une réalité différente de celle observée pour les suicides complétés²⁰ : on note que pour 71 tentatives chez 100.000 hommes vivants, le taux grimpe à 141 tentatives pour 100.000 femmes vivantes. Cette incidence, plus élevée, se marque surtout dans la tranche d'âge des 15 à 30 ans.

Comme nous l'avons abordé précédemment, l'auteur (Bossuyt N., 2003) souligne que les données récoltées, et surtout celles concernant les tentatives de suicide, ont été probablement sous-estimées. D'abord parce que les personnes n'ayant pas de médecin généraliste n'ont pas été reprises dans l'enregistrement, ensuite parce que tous les médecins généralistes n'étaient pas nécessairement mis au courant de la tentative de suicide commise par un de leurs patients.

Certaines études ponctuelles auprès de populations spécifiques peuvent aussi constituer une source de données. Citons par exemple l'étude réalisée fin des années 90 par De Clercq M., Vranckx A., Navarro F. et Piette D. (1996) sur la santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles Capitale ou encore l'enquête ESA²¹ (Renard K., Senterre C., Piette D., 2003) réalisée auprès des jeunes scolarisés en Communauté française en 2003²².

La fiche Sanomètre²³, « Santé mentale des jeunes. Actualisation des données de 1994 », réalisée en 2005 (Godin I., Piette D., Kittel F., 2005), présente de manière synthétique les résultats du volet santé mentale de l'enquête ESA et les met en parallèle avec ceux récoltés lors de l'enquête de De Clercq et collaborateurs.

Un premier constat est que près d'un tiers des jeunes interrogés présentent un symptôme dépressif avec, comme observé en 1994, une différence importante entre garçons et filles : 19% chez les garçons et 39% chez les filles. Si on observe la variation de ce sentiment dépressif en fonction de

¹⁷ En effet, il est établi que le fait d'avoir déjà commis une tentative de suicide est un facteur de risque important de récurrence

¹⁸ Notons aussi que la Belgique participe aussi à l'étude multicentrique SUPRE-MISS (Suicide PREvention - Multisite Intervention Study on Suicidal behaviours) de l'OMS qui a, entre autres, pour finalité de monitorer les tentatives de suicide dans le monde (WHO, 2002). Ce sont le site de Bruggman ainsi que les hôpitaux du groupe IRIS qui sont les centres hospitaliers participants.

¹⁹ L'enregistrement s'opère sur base d'un formulaire hebdomadaire. Sera enregistré comme un cas de tentative de suicide, toute action, avec ou sans issue fatale, d'automutilation ou d'auto-intoxication pour laquelle l'intervention du généraliste a été demandée comme premier soignant. Les cas qui ont été directement hospitalisés sans intervention du généraliste ne sont pas enregistrés, à l'exception de 1993-1995, et 2000-2001, où ils sont compris dans l'enregistrement (<http://www.iph.fgov.be/epidemiolo/morbidat/FR/MbFramFR.htm>).

²⁰ L'incidence annuelle de suicides complétés chez les hommes (35 pour 100.000) était plus élevée que chez les femmes (11 par 100.000 femmes) ($p < 0,001$), le taux de suicide complété étant particulièrement important chez les hommes âgés.

²¹ ESA pour « Education Sexuelle et Affective »

²² Cette enquête comporte différents volets : un volet concernant les besoins en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle, un volet relatif au bien-être et à la santé mentale des jeunes et un volet concernant les acteurs dans ce domaine.

²³ Cette fiche, ainsi que toutes les autres fiches Sanomètre sont disponibles sur le site de l'unité de recherches PROMES (PROMotion Education Santé) de l'École de Santé publique de l'ULB (<http://www.ulb.ac.be/esp/promes>).

l'âge, il n'y a pas de modification chez les garçons, mais chez les filles, la proportion augmente de manière considérable (29% pour les 14 ans et 49% pour les 17-18 ans). En matière d'idéations suicidaires, 36% des jeunes interrogés ont affirmé avoir déjà pensé mettre fin à leur vie²⁴ et 12% déclarent y avoir pensé plusieurs fois. Comme pour le sentiment dépressif, on observe, chez les filles, une augmentation significative en fonction de l'âge. En effet, pour les filles ayant déjà pensé plusieurs fois à se suicider, le taux passe de 7,7% chez les 14 ans à 19,0% pour les 17-18 ans. En 1994, le taux d'idéations suicidaires chez les jeunes filles de cette même tranche d'âge était de 10%. Pour les garçons, on n'observe pas d'augmentation marquée dans la fréquence des idéations suicidaires. Parmi les jeunes qui ont déjà eu au moins une fois des idées suicidaires, 31% disent déjà avoir fait une tentative de suicide²⁵.

Les données ci-dessus concernaient la population scolarisée. Toutefois, comme le suicide ne concerne pas que les jeunes, il nous semblait intéressant de présenter d'autres données, plus généralistes.

En 2002, une étude de population²⁶ sur les croyances, attitudes et comportements en regard du suicide a été menée dans 4 pays dont la Belgique²⁷ (Santos O., Sermeux G., Anelli M. et al, 2003). Si l'on regarde uniquement les résultats pour la Belgique, on note que 19% des personnes interrogées²⁸ ont pensé à se suicider au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Parmi celles-ci, 42% n'en ont pas parlé autour d'elles. En terme de tentatives de suicide, 10% des belges interrogés disent avoir au moins une fois attenté à leur vie (avec 2% l'ayant fait durant les 12 mois précédant l'enquête) et un cinquième en a gardé des lésions physiques (parfois de nature irréversible).

Notons aussi que parmi ces personnes ayant déclaré une tentative de suicide, 32% disent ne pas avoir été dirigées vers un professionnel de la santé après leur TS.

Cette étude met aussi en avant quelques idées préconçues sur le phénomène suicide qu'il est important de souligner. En effet, 51% des répondants estiment que « *les tentatives de suicide*

ont principalement pour but d'attirer l'attention » ; 45% pensent que « *toute personne qui a eu un jour des idées suicidaires continuera à en avoir toute sa vie* », 45% pensent aussi que « *les personnes qui disent qu'elles vont se suicider passent rarement à l'acte* » et enfin, ils sont 14% à croire que « *le risque qu'une personne ayant raté son suicide réessaye une seconde fois est minime* ».

3 A propos des facteurs de risque et de protection

3.1 Introduction aux notions abordées

Pour démarrer cette section relative aux facteurs associés aux comportements suicidaires, nous reprendrons un extrait du texte introductif du programme « *S'entraider pour la Vie* », *Stratégie d'action face au suicide* (Québec, 1998) car celui-ci reflète bien toute la complexité de la problématique :

« Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs. L'individu, son histoire, son environnement immédiat, son milieu social, composent une trame dont il est presque impossible de défaire les entrelacs. »

Lorsqu'on consulte la littérature scientifique relative au suicide, bon nombre de références apparaissent, reprenant chacune toute une série de facteurs associés à des degrés divers aux comportements suicidaires. Nous pouvons citer comme exemple le *Comprehensive textbook of suicidology* (2000) de Maris, Berman et Silverman, qui répertorie plus d'une soixantaine de facteurs associés aux comportements suicidaires²⁹.

Toutefois, au-delà de cette liste, ce qui compte, c'est de comprendre que c'est surtout la "**multiprésence**" des facteurs, leur **cumul**, leur **agencement** et leur **interaction** qui va jouer un rôle dans l'histoire suicidaire d'un individu. En effet, il a été démontré que, d'une part, les facteurs associés ne sont pas spécifiques aux comportements suicidaires et que, d'autre part, ils peuvent être associés à d'autres problématiques — telles les conduites à risque. On peut donc parler pour un individu ou un groupe d'individus de "caractéristiques liées à un risque accru de comportement suicidaire".

²⁴ La question posée était « As-tu déjà pensé mettre fin à ta vie ? »

²⁵ Si l'on observe la répartition par sexe, on note un ratio filles/garçons de 2,2

²⁶ Il s'agit d'une étude randomisée dont l'instrument de récolte d'informations était un questionnaire de 29 questions.

²⁷ Les trois autres pays sont : l'Italie, le Portugal et l'Espagne.

²⁸ 2034 belges ont répondu au questionnaire dont 62,4% sont des femmes.

²⁹ Les auteurs notent que ces deux listes ne sont certainement pas exhaustives, puisque de nouveaux facteurs sont encore actuellement investigués (notamment les facteurs génétiques et biologiques).

L'extrait ci-après, traitant du phénomène suicidaire chez l'adolescent, résume bien nos propos : « *Les éléments [...] ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques, ni exceptionnels pris isolément. Ils font même souvent partie intégrante de la réalité de l'adolescent. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme rupture au comportement habituel qui doivent alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire* » (Renard C., 2002³⁰).

Sur le terrain, nous avons pu observer, au regard des différentes sources que nous avons consultées, plusieurs approches de ces facteurs associés. Ces approches diffèrent généralement en fonction de l'appartenance à une certaine discipline comme la psychiatrie, la médecine, les sciences humaines ou encore la santé publique. En effet, l'épidémiologiste, le sociologue et le psychiatre ne vont pas catégoriser ces facteurs de manière identique. Les notions qu'il nous semble important de retenir, au-delà de tous ces concepts, sont celles de "facteur de risque" et de "facteur de protection". La notion de **facteur de risque** fait référence, au sens strict du terme, à un facteur dont la présence augmente la probabilité de présenter/développer un événement. Les **facteurs de protection** étant, quant à eux, les facteurs qui, lorsqu'ils sont présents, protègent l'individu des événements négatifs.

Avant d'entrer plus en détail dans les facteurs associés, citons-en deux qui sont souvent présentés comme des "**facteurs de risque**" mais sur lesquels il n'est pas possible d'intervenir directement. Il s'agit, comme nous l'avons vu lors de la présentation des données chiffrées, du **sexe** et de l'**âge**. En effet, l'une des constatations les plus régulières est la plus forte représentation des hommes par rapport aux femmes dans les statistiques de décès par suicide complété. Par contre, il est important de noter que lorsqu'on prend comme référence la tentative de suicide, le rapport s'inverse : on observe plus de tentative chez les femmes que chez les hommes, et cela en particulier à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Plusieurs explications ont été avancées à ce sujet, à savoir que : les hommes ont plus souvent recours à des moyens plus violents et plus létaux que les femmes, ce qui implique que leur geste entraîne plus régulièrement la mort. De plus, il semble que les hommes ont des comportements plus impulsifs. Si l'on étudie les moyens utilisés pour se suicider, on observe que les hommes utiliseront plutôt les armes à feu ou la pendaison, tandis que les femmes auront la plupart du temps recours à

l'ingestion médicamenteuse. La surmortalité masculine peut aussi s'expliquer par les différences de construction de personnalité et les différences sociales qui sont propres aux hommes et aux femmes, nous montrant déjà ici un bel exemple d'agencement et d'interaction des différents facteurs entre eux. En effet, certains ont postulé que les femmes avaient une implication plus grande dans la vie familiale et que donc, elles étaient "immunisées" contre l'isolement social et affectif ; mais aussi que les hommes ne bénéficiaient pas d'un réseau de soutien aussi important que les femmes. D'autres ont montré que les hommes avaient plus de difficultés à demander de l'aide lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité comme lors de période de solitude émotionnelle ou de découragement. De plus, il semble que les femmes soient moins vulnérables à la solitude, à la rupture et au veuvage. Enfin, il est noté que les hommes utilisent moins les services d'aide et/ou services médicaux disponibles. Des statistiques de consultations médicales et psychologiques ont montré une plus grande utilisation des services par les femmes, bien que celles-ci ne présentent pas de taux de problèmes psychologiques significativement plus élevés.

En ce qui concerne l'âge, le taux de suicide varie avec celui-ci. On observe une augmentation du taux de mortalité chez les hommes entre 15 et 44 ans. Puis, entre 45 et 74 ans, les taux se stabilisent et au-delà de 75 ans, les taux sont assez élevés. Comme c'était le cas pour le sexe, ce n'est pas tellement l'âge en soi qui constitue le facteur de risque, ce sont plutôt tous les facteurs propres à une certaine période de la vie de l'individu³¹, et tout ce que cette période implique, qui constituent les facteurs sur lesquels il sera intéressant de se pencher.

Nous avons donc montré, depuis le début de ce document, que le problème du suicide était à considérer comme un "**continuum intégratif**". Dès lors il est important de noter que les facteurs qui vont "entrer en jeu" ne vont pas tous le faire au même moment et qu'ils ne vont pas tous avoir le même impact. On peut donc parler d'"**interrelation complexe et dynamique**".

3.2 Les facteurs prédisposants, ou « la porte ouverte à la vulnérabilité »

Les premiers facteurs de risque à considérer sont ceux que l'on nomme "**facteurs prédisposants**"

³⁰ cité par Cherbonnier A., Kinna F. et Dubois S. dans un article de 2003.

³¹ Telle que l'adolescence, l'âge adulte ou la retraite.

et que l'on caractérise comme étant "la porte ouverte à la vulnérabilité". Ils constituent donc des éléments pouvant contribuer, dans certaines circonstances, à favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence d'autres facteurs qui, eux, seront dits "précipitants". Les facteurs prédisposants peuvent être le fait d'avoir déjà fait une **tentative de suicide** et/ou d'avoir des **antécédents de suicide et/ou de tentatives de suicide** dans l'entourage proche; d'avoir subi au cours de sa vie la **perte précoce de parents proches, des carences affectives, des violences, de la maltraitance ou des sévices**. Il a en effet été démontré qu'il y avait augmentation du risque suicidaire à l'adolescence et à l'âge adulte lorsqu'il y avait eu des antécédents d'abus sexuels, de négligence et/ou de violence morale et/ou sexuelle. Ajoutons à cette énumération de facteurs, le fait de **souffrir d'alcoolisme et/ou de toxicomanie**; d'avoir des **antécédents de "maladies mentales"**, dont la dépression, le trouble bipolaire (individu maniaco-dépressif), la schizophrénie, l'anxiété et les troubles de l'adaptation, du comportement et de la personnalité, les dispositions psychologiques telles que l'impulsivité et l'agressivité ou encore un trouble de la personnalité limite. Notons que de ces maladies mentales, la dépression est la plus souvent incriminée. Il est important de noter également que la dépression est aussi souvent un symptôme de comorbidité d'autres troubles, tels que les troubles somatiques comme les maladies chroniques sévères, les cancers ou le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA). En conséquence, la signification du comportement suicidaire va bien au-delà du seul symptôme de dépression. Ajoutons à cela que ce n'est pas parce qu'une personne est dépressive qu'elle est suicidaire. Et pour ajouter une dimension supplémentaire à cette complexité, citons le problème du désespoir (*hopelessness*). Le désespoir est un des médiateurs entre la dépression et l'intention suicidaire. Les mécanismes psychologiques qui interviennent dans ce processus sont la rigidité cognitive et l'incapacité à résoudre les problèmes de la vie courante. Mais le passage du désespoir aux intentions suicidaires n'est pas systématique, il dépend de la présence de certains facteurs de risque et/ou de la présence / absence de facteurs de protection (le support social semblant intervenir le plus fréquemment).

3.3 Les facteurs de contribution, ou « les éléments exacerbant les risques existants »

"A côté" de ces facteurs prédisposants se trouvent ceux que l'on nomme les **"facteurs de contribution"** ou **"éléments exacerbant les risques existants"**. Ces facteurs de contribution accroissent l'exposition de la personne aux facteurs de

prédisposition. Ceux-ci peuvent comprendre la **maladie physique**, les **comportements de prise de risques** comme les troubles du comportement alimentaire (anorexie et/ou boulimie), la **consommation d'alcool et/ou de drogues**. Les diagnostics d'abus et/ou de dépendances aux substances sont fortement associés aux comportements suicidaires. De plus, les analyses toxicologiques faites directement après le comportement suicidaire montrent qu'une proportion importante d'individus est sous influence de drogues et/ou d'alcool au moment de poser leur geste. Enfin, rappelons qu'il existe une comorbidité importante entre dépression et abus de substances. La consommation excessive d'alcool peut conduire directement ou indirectement à la dépression, à cause du sentiment de déclin et d'échec que peut ressentir un individu du fait de sa dépendance alcoolique. La consommation excessive d'alcool peut s'avérer être une automédication pour lutter contre une dépression. Tout en sachant que la consommation d'alcool et la dépression peuvent être la résultante de la présence d'événements stressants dans la vie de l'individu.

Citons encore comme facteurs de contribution, le **suicide d'un proche** et/ou l'incapacité à faire face aux situations ainsi que les **problèmes d'identité sexuelle**. En effet, l'orientation sexuelle peut avoir un lien avec un risque accru de comportement suicidaire, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes qui se retrouvent souvent avec, d'une part, un sentiment de totale incompréhension et/ou d'abandon et, d'autre part, une mauvaise estime de soi.

Focus : Le suicide et l'identité sexuelle

« Pour trop de jeunes homosexuels, le suicide apparaît comme la solution au cauchemar de leur vie³² »

Gibson (1989) attribue le problème des comportements suicidaires chez les homosexuels à l'attitude discriminatoire et réprobatoire de la société vis-à-vis de ceux-ci, qui ne reconnaît pas que l'homosexualité chez les jeunes est un phénomène

³² Extrait remanié et résumé d'une conférence donnée en 2005 par Simon Louis Lajeunesse dans le cadre de la Semaine de la prévention du suicide à l'Université de Laval au Canada - Document disponible sur <http://www.scom.ulaval.ca/Au.fil.des.evenements/2005/02.17/homophobie.html> - et d'un article écrit par Michel Dorais paru dans *Nouvelles approches des hommes et du masculin*, sous la direction de Daniel Welzer-Lange aux Presses Universitaires du Mirail - Disponible sur : <http://www.multisexualites-et-sida.org/yapasque/suicide.html>.

répandu. D'où la difficulté pour les jeunes homosexuels et lesbiennes d'avoir des modèles positifs, d'obtenir les services de counseling appropriés et de conserver leur estime d'eux-mêmes, d'acquérir des compétences et de maintenir des liens sociaux, familiaux et personnels, autant de facteurs de protection contre le suicide.

La majorité des tentatives de suicide³³ chez les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels surviendraient au cours de l'adolescence ou au tout début de la vie adulte, alors que les garçons se trouvent isolés, sans groupe social d'appartenance, aux prises avec un rejet réel ou anticipé de la part de leurs pairs et du milieu familial, voire avec une culpabilité et une homophobie intériorisées.

Selon les recherches de Remafeldi et al. (1991 et 1998) et de Bagley et al. (1997), le sentiment d'inadéquation ou de non-conformité serait l'indicateur premier des tendances suicidaires chez les jeunes hommes. Ce facteur revient régulièrement dans le profil des jeunes hommes homosexuels ou bisexuels les plus suicidaires de tous. La forte pression sociale, afin qu'ils se conforment au modèle hétérosexuel dominant, rendrait les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels plus susceptibles de développer des problèmes psychologiques — dont la dépression — et d'avoir des comportements suicidaires. Les jeunes hommes qui vivent ouvertement leur préférence homo/bisexuelle ou qui ne correspondent pas aux stéréotypes de genre s'exposent en effet à la désapprobation de leur entourage, à la stigmatisation, au rejet et à l'isolement social, mais aussi à la violence verbale, physique ou sexuelle.

Pour amoindrir la souffrance éprouvée, plusieurs d'entre eux vont glisser vers la consommation excessive de drogues et d'alcool (Gibbon, 1989). La corrélation entre l'abus de drogue et l'idéation suicidaire a été démontrée depuis plusieurs années. Le symptôme «alcoolisme» ou «toxicomanie» camoufle très souvent des problèmes inavoués ou inavouables.

Le sentiment d'inadéquation personnelle ou sociale et la difficulté de s'accepter comme étant d'orientation homosexuelle ou bisexuelle peuvent aussi contribuer à ce qu'un jeune entretienne une pauvre estime de lui-même. Dans une enquête préliminaire menée au Québec auprès de 93 jeunes gays, bisexuels et lesbiennes, Otis, Ryan et Chouinard (1997) indiquent que 33 % de leurs répondants jettent un regard négatif sur eux-mêmes

³³ Évidemment, tous les jeunes hommes identifiés comme homosexuels ne tentent pas de se suicider. Parmi eux se trouvent des résilients, qui ont la capacité de s'en sortir, même après avoir vécu le rejet pendant des années.

ou croient qu'ils n'ont pas autant de valeur que les autres personnes. D'autre part, les sentiments de rejet et d'isolement ainsi que les sentiments dépressifs caractérisent 50 % des répondants de cette étude, dont la majorité est masculine.

Plus que les autres jeunes, les jeunes hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle représentent donc un sous-groupe d'individus dont la vulnérabilité est accrue par le simple fait d'appartenir à trois catégories de personnes à haut risque suicidaire : celle des jeunes, celle des hommes et celle des personnes ayant un attrait pour des partenaires de même sexe [...].

« Ce n'est pas l'homosexualité qui conduit les jeunes homosexuels au suicide, mais plutôt les conditions de vie dans lesquelles ils vivent. »

Deux autres facteurs de contribution que l'on peut retrouver sont : **l'isolement social** et **l'instabilité familiale**. Comme nous le montre le focus ci-après, l'isolement social est un des facteurs que l'on va retrouver dans la problématique des comportements suicidaires chez les personnes âgées.

Focus : Le suicide et la personne âgée

La question du suicide³⁴ se pose de manière particulièrement importante aux âges extrêmes de la vie. Si les jeunes ont un taux de tentatives de suicide important, c'est chez les personnes âgées que nous retrouvons le plus haut taux de suicide complété. En termes de causes de mortalité, le suicide ne survient qu'en 12^{ème} ou 14^{ème} place chez les plus de 60 ans, alors que chez les 20-39 ans, c'est la première cause de mortalité. Mais au niveau des taux de suicide par groupe d'âge, ce sont les personnes de plus de 70 ans qui sont les plus touchées.

S'il existe à tout âge des éléments qui permettent de comprendre le passage à l'acte suicidaire, il existe, chez la personne âgée, un certain nombre de facteurs de risque identifiables : la perte du conjoint (qui constitue l'un des traumatismes les plus sévères auxquels sont exposés les sujets âgés et en particulier les hommes), des deuils multiples, la perte d'autonomie, la baisse des facultés

³⁴ Ce focus est un résumé remanié de l'article de Rapagnani paru dans la revue médicale de Liège en 2002, et du communiqué de presse réalisé par le Centre de prévention du suicide dans le cadre de la Journée mondiale de prévention du suicide en 2007, qui s'intéressait à la prévention du suicide aux différents stades de la vie.

psychologiques et /ou intellectuelles ou encore le placement en institution. Ces facteurs constituent donc une série d'événements qu'il devient, avec l'âge, de plus en plus difficile de surmonter.

Chacun d'entre nous sait que la vieillesse en soi n'est pas une maladie, mais elle est invariablement vécue comme le moment des faiblesses, des douleurs et des handicaps (moteurs et sensoriels). Elle est ponctuée d'événements biologiques, physiques, sociaux et familiaux négatifs. Le sentiment d'insécurité dû aux pertes et à la mise à l'écart de la personne âgée par l'entourage dont elle a été longtemps responsable crée à la longue une défaillance narcissique. Solitude, blessures narcissiques, attente de la mort, pathologies adaptatives et organiques font le lit de réactions aiguës et de dépressions, ces dernières constituant alors un facteur de risque suicidaire majeur.

La maladie dépressive est un facteur de risque très important retrouvé aussi bien chez les adolescents que chez les personnes âgées. L'expression de la dépression majeure possède de nombreuses particularités dans la population âgée. Il peut être, en effet, difficile de différencier d'authentiques signes dépressifs des modifications cliniques liées au vieillissement physiologique, ou des symptômes induits par une affection somatique ou iatrogène fréquente à cet âge.

Comme c'était le cas pour les autres groupes à risque, l'abus d'alcool est souvent trouvé à titre de comorbidité de la pathologie dépressive et/ou anxieuse. Il aggraverait le passage à l'acte suicidaire par un effet désinhibiteur. Pour Osgood, l'alcoolisme serait un autre grand facteur de risque après la dépression. Beaucoup de facteurs de stress qui précipitent un trouble dépressif peuvent également augmenter le risque de recours à l'alcool : perte, solitude, mauvaise estime de soi, sentiment d'impuissance.

Les maladies physiques et les limitations fonctionnelles sont aussi des facteurs de risque très fréquemment retrouvés chez les personnes âgées.

Une autre caractéristique des comportements suicidaires chez la personne âgée est qu'ils ne sont pas toujours précédés de signes d'avertissement. En effet, il semblerait que les personnes âgées ont une moindre propension à parler autour d'elles de leurs intentions suicidaires.

Mais pour comprendre réellement pourquoi nous retrouvons un taux de suicide aussi élevé chez les personnes âgées, ne devons-nous pas nous interroger également sur la place de la personne

âgée dans nos sociétés occidentales ? Quel est donc le sens d'une société où la porte de sortie pour les plus âgés est de plus en plus le suicide? Dans une société où l'intégration sociale passe encore le plus souvent par le travail, quel mode d'intégration offrons-nous à des personnes en fin de carrière ou dont la carrière professionnelle est derrière elles mais dont l'espérance de vie augmente d'année en année ?

La mise à la retraite, surtout lorsqu'elle est brutalement imposée par des impératifs économiques, peut apparaître comme le premier acte d'un déclin. Le retraité a le sentiment d'être dépossédé de son rôle social. L'espace de loisirs n'est pas toujours suffisant pour combler le vide créé par la perte d'occupations professionnelles.

De plus, l'institutionnalisation, si elle est redoutée, voire refusée, peut précipiter le sujet vers un geste suicidaire. Solitude, isolement, abandon, absence de relations jouent un rôle précipitant dans le passage à l'acte suicidaire.

Dans une société où tout va de plus en plus vite et où l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle a détissé les liens transgénérationnels, l'isolement, la perte de tout lien social est devenu un phénomène qui touche durement les franges les plus âgées de nos sociétés.

Pour terminer, une réflexion s'impose quant à l'image de la vieillesse de nos jours, dans nos sociétés. Quels rôles notre société de consommation offre-t-elle aux personnes devenues "vieilles et fragiles" ?

Enfin, nous pouvons aussi intégrer certaines variables socioéconomiques comme facteurs de contribution. En effet, le fait d'**habiter dans un quartier "défavorisé"** - défini par un fort taux de chômage, des bas revenus, une faible dépense publique pour l'éducation et des conditions de vie exigües³⁵ - est corrélé positivement avec un plus fort

³⁵ Ces informations sont à mettre en relation avec la notion de précarité car comme l'a définie Wresinski dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » (Paris, Journal Officiel, 1987, p 14) : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »

taux de suicide. Les intervenants sociaux soulignent également la situation des personnes en grande précarité (SDF notamment) où le suicide - souvent masqué (« mort de froid » dira-t-on) – constitue l'aboutissement d'un processus qui aura mené à l'abandon du souci de soi, à l'incurie et au syndrome d'auto-exclusion³⁶.

3.4 Les facteurs précipitants, ou « ces gouttes qui font déborder le vase »

Comme nous le verrons dans le paragraphe consacré à la modélisation du processus suicidaire (cf. *infra*) il faut un événement particulier pour "déclencher" le passage à l'acte. Une série de facteurs ont été répertoriés comme étant des **facteurs "précipitants"**, c'est-à-dire des facteurs qui agissent comme "des gouttes qui font déborder le vase". Ces circonstances qui précèdent de peu le passage à l'acte pourront être des événements considérés comme anodins mais qui revêtent une importance d'autant plus grande pour la personne qu'ils réactualisent, à un moment donné, des problématiques liées au passé. Il s'agit essentiellement de **faits de vie négatifs** - ponctuels ou non - tels un conflit interpersonnel, une humiliation, une séparation (deuil, divorce ou encore veuvage), la perte d'un statut social, un échec qu'il soit scolaire ou professionnel ou encore le fait d'être régulièrement confronté à des situations difficiles. Ces faits constituent des événements stressants induisant une grande souffrance psychique que l'individu ne parvient donc pas/plus à surmonter.

Ajoutons à la suite de ces facteurs précipitants la notion de **disponibilité des moyens** (armes à feu, gaz toxiques, médicaments, pesticides) comme facteur de risque. En effet, nous avons vu, dans la partie consacrée aux définitions, qu'avant de passer à l'acte l'individu élabore un plan de suicide qu'il juge "acceptable", selon ses propres valeurs (il va réfléchir à une mise en scène impliquant une méthode de suppression bien déterminée). Dès lors, si au moment de passer à l'acte, l'individu a, dans son environnement proche, la possibilité de se procurer le moyen qu'il considère comme acceptable, il peut ne pas être arrêté dans son geste³⁷.

³⁶ Comme l'a très bien développé, notamment, Jean Furtos (Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) et Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMMP)) dans divers écrits et ouvrages, e.a. : Furtos J., « Le syndrome d'auto-exclusion » in Rhizome n°9, p.15 (sur www.orspere.fr) ou Furtos J. « Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs », Masson, juin 2008, 284 p.

³⁷ Un exemple que l'on peut citer est le problème du suicide chez les policiers, qui ont dans leur environnement proche des armes à feu.

Cette allusion à la disponibilité des moyens nous permet de faire un petit focus sur la place qu'ont les médias dans la problématique du suicide. En effet, il a été démontré que rapporter un suicide de manière détaillée dans les médias peut avoir un effet néfaste sur les personnes en phase d'idéations suicidaires. Comme le dit l'OMS dans la brochure qu'elle a réalisée à l'attention des médias, certains endroits, ponts, falaises, immeubles élevés, voie ferroviaire, etc., sont traditionnellement associés au suicide, et la publicité que l'on peut en faire accentue le risque de suicide à partir de ces lieux.

Focus : Le suicide et les médias

Les médias³⁸ 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.

La majorité des personnes qui envisagent le suicide sont ambivalentes. 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.

L'une des plus anciennes relations connues entre media et suicide est apparue lors de la publication en 1774 du roman de Goethe « *Die Leiden des jungen Werther* » (Les Souffrances du jeune Werther). Dans cet ouvrage, le héros se tue avec un pistolet après une déception amoureuse. Peu de temps après cette publication, il fut rapporté de nombreux suicides de jeunes hommes utilisant la même méthode. Il en résulta une censure du livre avec saisie dans les librairies. Depuis lors, le terme « effet Werther » est utilisé dans la littérature pour désigner un suicide par imitation³⁹.

Selon Phillips et collaborateurs⁴⁰, le degré de publicité fait à la relation d'un suicide est directement lié au nombre de suicides qui suivront.

³⁸ Extrait remanié de la brochure « Prévention du suicide. Indications pour les professionnels des médias » réalisée par l'OMS (2002).

³⁹ L'imitation est le processus par lequel un suicide entraîne un effet modèle sur d'autres cas de suicide, tandis que la contagion est le procédé par lequel un suicide donné facilite le déclenchement d'un autre suicide, quelle que soit la connaissance directe ou indirecte avec un suicide précédent.

⁴⁰ Phillips DP, Lesnya K, Paight DJ., Suicide and media. In: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, eds. Assessment and prediction of suicide. New York, Guilford, 1992 : 499-519.

La télévision influence également le comportement suicidaire. Phillips⁴¹ a démontré qu'un reportage télévisé sur des cas de suicide entraînait une augmentation des suicides dans les 10 jours suivants.

De même que dans la presse écrite, de telles histoires bénéficiant d'une grande publicité et apparaissant dans de nombreux programmes sur de nombreuses chaînes semblent présenter un impact des plus importants, d'autant plus s'il s'agit de célébrités. Les cas de suicide de personnes célèbres ont aussi un impact suicidogène particulier⁴².

Plus récemment, le réseau Internet a amené quelques nouveaux problèmes. Il existe aussi bien des sites qui aident les personnes possédant déjà un plan de suicide que d'autres sites qui tentent de prévenir le suicide. A ce stade, il n'existe pas d'étude systématique ayant analysé son impact sur le suicide.

D'une manière générale, les preuves sont suffisantes pour pouvoir dire que la présentation du suicide par un certain type de presse écrite et par la télévision est associée à une hausse statistique significative du nombre de suicides ; l'impact paraît être plus important parmi les jeunes. Néanmoins, la plus grande partie des suicides n'est pas rapportée dans les médias ; lorsque la décision est prise d'informer le public au sujet d'un suicide, c'est généralement parce que cela concerne un individu, une méthode ou un endroit particulier. Le suicide mérite souvent d'être rapporté et les médias ont le droit de le faire. Cependant, les suicides qui attirent le plus l'attention des médias sont ceux qui se distinguent des données habituelles. En fait, on peut s'étonner que les cas présentés dans les médias sont presque tous atypiques et inhabituels, et que le fait de les présenter comme des suicides typiques encourage la désinformation sur ce sujet. Les cliniciens et les chercheurs reconnaissent que l'augmentation de la conduite suicidaire dans les populations à risque n'est pas due au reportage sur le suicide en soi, mais à un certain type de couverture médiatique. Inversement, certains types de reportages pourraient aider à prévenir le suicide par imitation. Néanmoins, il existera toujours la possibilité que toute publicité faite au suicide fera paraître « normale » l'idée de suicide. Les couvertures médiatiques continues et répétées sur le suicide tendent à provoquer et à promouvoir les tendances

suicidaires, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes.

Dans les recommandations aux médias énoncées par l'OMS, il est dit que la description détaillée de la méthode utilisée et comment celle-ci a été obtenue doit être évitée. La recherche scientifique a montré que la diffusion de l'information sur un suicide par les médias a un impact plus grand que la fréquence de suicides, elle-même, sur la méthode de suicide utilisée.

Aussi, un suicide ne devrait pas être rapporté de façon simpliste ou comme étant inexplicable. Un suicide n'est jamais causé par un seul facteur ou événement. Comme nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises, il est généralement provoqué par une interaction complexe de nombreux facteurs tels que maladie mentale ou physique, abus toxique, perturbations familiales, conflits interpersonnels et stress vital. Faire reconnaître que des facteurs variés contribuent au suicide sera utile.

Enfin, 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. La glorification des suicidés, présentés comme martyrs et comme objets de l'adulation du public, peut suggérer aux personnes sensibles que la société dans laquelle ils vivent rend honneur au comportement suicidaire.

Avant de passer aux derniers facteurs qui entrent en jeu, à savoir, les facteurs de protection, il nous semble important de faire un focus sur l'évolution de notre société car nous avons vu, tout au long de l'énumération des facteurs de risque, que celle-ci jouait un rôle important (isolement social, compétitivité, présence des médias, etc.).

⁴¹ Philips DP., The impact of fictional television stories on US adult fatalities : new evidence on the effect of the mass media on violence. American journal of sociology, 1982, 87 : 1340-1359

⁴² Wasserman D., Imitation and suicide, a re-examination of the Werther effect. American sociological review, 1984, 49 : 427-436

Focus : L'évolution de la société

L'évolution de la société⁴³

Le monde change ! Les repères familiaux évoluent, les emplois sont insuffisants et précaires, et nombreux sont ceux qui se retrouvent déstabilisés et sans emploi ! Cette situation provoque angoisse et stress. La tension est encore augmentée par le rythme rapide imposé par la société. A cela s'ajoute un changement d'importance : l'irruption d'Internet, le développement fulgurant des GSM... et autres moyens de communication de plus en plus nombreux et performants qui ne semblent faciliter en rien la communication, même avec son entourage direct. Les personnes qui vivent seules sont nettement plus nombreuses aujourd'hui qu'hier et la solitude existe sans doute davantage qu'auparavant.

La perte des repères

Il n'y a plus ni modèle familial unique et évident, ni carrière professionnelle plane. Nous vivons dans un monde où tout est possible mais aussi où incertitudes et questions sont nombreuses, notamment par rapport à l'avenir. Pour se construire pourtant, chacun a besoin de repères, de certitudes (de convictions en tous cas) sur lesquels s'appuyer. Savoir ce qu'il faut faire dans telle ou telle circonstance aide à vivre, à décider, à envisager l'avenir mais comment être certain de bien choisir, de bien décider, quand on ne sait pas ce que sera demain ? Quand il y a différents modèles de références ? Quand plus personne ne dit ce qu'il faut faire ? Chacun aura à réinventer ses propres repères... et à faire ses propres choix. A l'insécurité engendrée par ce manque de repères clairs correspond indéniablement une plus grande liberté individuelle, pas facile à assumer, mais bien réelle.

La vie, ses hauts et ses bas

Dans ce contexte, chacun peut passer par tous les sentiments, connaître des jours de bonheur et d'autres de tristesse, des moments de joie et d'autres d'amertume...

Etre heureux à certains moments de la vie, c'est une chance. Ce n'est pas un devoir même si la société nous pousse à cultiver ce bonheur, comme s'il était une obligation pour tous, tout le temps⁴⁴. Que l'on

ait le droit d'être heureux ne signifie ni qu'on le soit ni qu'on doive l'être constamment. Chaque période de la vie apporte son lot d'obstacles à surmonter. Il est donc naturel, par moments, d'être triste, découragé, angoissé, révolté, en colère et parfois même désespéré.

Ces sentiments sont "normaux", ils ne sont nullement signes d'une mauvaise santé mentale : il est "normal" d'être déprimé suite à la mort d'un proche aimé. Il est sain d'être en colère quand on découvre que l'on a été berné ou d'être révolté par l'injustice d'un patron ou d'un enseignant.

La vie est donc faite de hauts et de bas, de mutations, de bouleversements auxquels nul n'échappe. Ces changements, inévitables, créent un déséquilibre. Habituellement, chacun possède une capacité plus ou moins développée de mobiliser des ressources personnelles : patience, courage, tolérance, créativité, compréhension, ... qui aident à résoudre le problème, à retrouver un équilibre.

Une question de (dés)équilibre

Cet équilibre - la santé mentale - semble aller de soi quand tout va bien. La mort, la maladie, la séparation, le rejet, l'incompréhension face aux autres ou à nous-mêmes, la confrontation aux autres rappellent cependant, régulièrement, voire brutalement, que cet équilibre est toujours à reconstruire. Lorsque les forces personnelles ne suffisent plus, que la personne se sent submergée plus ou moins gravement et longuement, que son entourage semble impuissant à l'aider ou à l'aider suffisamment pour retrouver la forme, il est important qu'un professionnel de la santé mentale vienne aider la personne à faire face.

C'est dans ce contexte de santé mentale, sociétal et personnel, que s'envisage la prévention du suicide.

3.5 Les facteurs de protection, ou « les facteurs qui diminuent le risque »

Au-delà de tous ces facteurs à forte connotation négative, il est intéressant d'objectiver qu'il existe toute une série de **facteurs dits "de protection"**, c'est-à-dire des facteurs qui "diminuent le risque de comportement suicidaire".

Il est tout aussi important de noter que ces facteurs de protection sont aussi considérés comme tels dans l'étude d'autres problématiques de santé publique comme la violence envers les autres, la

⁴³ En référence à la réflexion menée par l'IWSM dans le cadre de l'introduction du site « www.alloparentsboobo.be », un travail coordonné par Virginie Olivier avec l'aide de Thérèse Jeunejean, Hubert Boutsen et Denis Hirsch.

⁴⁴ Se référer à Bruckner P. « L'Euphorie perpétuelle – Essai sur le devoir de bonheur », Grasset, 2000

délinquance, la consommation de drogues et/ou d'alcool, etc.

Citons comme exemples : les **capacités d'adaptation personnelle**, la tolérance à la frustration, la maîtrise de soi, la **bonne estime de soi**, avoir la capacité de faire face aux situations, avoir des comportements de recherche d'aide ou adaptés à la situation⁴⁵, avoir des attentes positives pour l'avenir, avoir le sens de l'humour, jouir d'un certain bien-être affectif ainsi que différentes sources de plaisirs gratifiants. Au niveau social, notons l'**importance du support social**. En effet, il est reconnu qu'avoir un **soutien familial et social** de bonne qualité par la présence d'une famille, la proximité d'amis ou de proches pouvant être facilement contactés, ou encore par le fait d'appartenir à un groupe ou de participer à des activités communes, est bénéfique pour les individus. C'est le fait de ne pas vivre isolé qui est un facteur déterminant.

Lorsqu'on étudie les causes du suicide chez les personnes âgées, l'isolement social est souvent répertorié comme l'un des principaux facteurs impliqués.

Enfin, si l'on souhaite se placer dans une "vision optimiste et positive" du problème, l'on peut se dire que chaque facteur qui a été caractérisé comme "de risque" peut en fait être aussi considéré comme facteur de protection s'il est lui-même vu dans une dimension de promotion de la santé et du bien-être. Citons par exemple le fait de vivre dans un environnement exempt de drogues et exempt de moyens létaux.

3.6 Une illustration concrète

L'exemple de la Colombie-Britannique ci-dessous illustre bien la multiprésence et l'agencement des différents facteurs de risque et de protection qui peuvent être rencontrés (et donc pris en compte lorsque l'on souhaite organiser une réponse de prévention).

Nous avons vu précédemment que les jeunes constituaient un groupe particulièrement à risque, surtout en terme de morbidité suicidaire. Cette situation est similaire partout dans le monde. Pour **illustrer** les différents facteurs énoncés ci-dessus, nous présentons ci-dessous le tableau de facteurs associés qui a été construit par le groupe de travail

en Colombie-Britannique⁴⁶, pour comprendre et orienter les actions à mettre en place en prévention du suicide **chez les jeunes**. En effet, au-delà du fait que le suicide complété représente la deuxième cause de mortalité au sein de ce groupe, les adolescents sont particulièrement à risque en matière de comportements suicidaires non fatals (tentative de suicide, comportements suicidaires indirects et idéations suicidaires). Il est vrai que l'adolescence est une période de grands bouleversements, tant physiques que psychologiques. Mais même si la plupart des jeunes passent de l'enfance à l'âge adulte éprouver de graves problèmes, beaucoup passeront malgré tout par une phase de mal-être. Dans ce contexte particulier, les facteurs associés tant aux prédispositions individuelles qu'à l'environnement auront donc une connotation spécifique.

Si l'on s'intéresse à l'environnement social, par exemple, il a clairement été établi que les relations familiales jouaient un rôle essentiel dans le processus suicidaire. Des récits d'histoires familiales chaotiques ponctuées de nombreux exemples d'abus, de violences et de négligences sont souvent observés chez les individus ayant posé un acte suicidaire.

L'environnement scolaire, lui, constitue un environnement important qui influence le bien-être des jeunes. Les problèmes éprouvés à l'école et le stress attribuable aux changements d'établissements scolaires, l'échec scolaire et le stress associé aux pressions pour réussir à l'école sont autant de facteurs qui peuvent, dans certaines circonstances, augmenter le risque suicidaire.

Comme le souligne le Dr. D. Hirsch⁴⁷, « *l'école est une des grandes préoccupations de l'adolescent, un lieu intermédiaire entre sa famille et le monde des adultes. Elle rassemble en un seul lieu différents groupes sociaux (de pairs, d'enseignants, d'adultes de référence) appartenant au système scolaire. Elle donne accès à de nouvelles connaissances, de nouveaux moyens intellectuels, de nouveaux domaines d'intérêts [...]. L'école est donc un des lieux d'acquisition de connaissances, mais aussi d'échanges intenses entre amis, de premières rencontres amoureuses.[...] Pour toutes ces raisons, l'école devient un des lieux privilégiés de l'expression des troubles de l'adolescence* ».

⁴⁵ On utilise souvent le terme de coping (qui vient de l'anglais to cope : faire face).

⁴⁶ Cette province canadienne a choisi d'orienter ses actions vers les jeunes parce que les adolescents constituent un groupe particulièrement à risque, surtout en terme de morbidité suicidaire.

⁴⁷ Cité par Cherbonnier A., Kinna F. et Dubois S. dans un article de 2003.

Toutefois il est important de rappeler que les jeunes hors obligation scolaire ou en rupture de scolarité se retrouvent aussi parmi les publics les plus à risque en matière de suicide (et plus globalement en matière de santé tant mentale que physique). Dès lors, il est aussi nécessaire d'élargir, dans la mesure du possible, la vision et d'inclure dans les processus de prévention l'ensemble des

acteurs gravitant autour du jeune (exemple : les aides en milieu ouvert, les groupes de pairs etc.). A côté de cela, notons que le rejet par les pairs, la perte d'une relation significative et/ou la perte d'un confident constituent des facteurs augmentant le risque suicidaire. Cette importance des pairs implique un risque de contagion lorsqu'un suicide survient au sein d'un groupe.

Tableau 2 : Modèle de la Colombie Britannique : facteurs associés aux comportements suicidaires en fonction du niveau d'action considéré (Cité par Lèvesque L., Roy F., Raymond S., 1999)

	Facteurs prédisposants	Facteurs contributants	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> * TS antérieures * Dépression, problèmes psychiatriques * Deuil prolongé ou non résolu 	<ul style="list-style-type: none"> * Style cognitif rigide * Faible capacité d'adaptation * Abus de substances * Difficulté d'orientation sexuelle * Impulsivité * Hypersensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> * Echec personnel * Humiliation * Traumatisme individuel * Crise développementale 	<ul style="list-style-type: none"> * « Tempérament facile » * Habilité de résolution de problèmes * Autonomie * Expérience dans la maîtrise de soi * Optimisme * Sens de l'humour
Famille	<ul style="list-style-type: none"> * Antécédents suicidaires familiaux * Violence/abus dans la famille * Problèmes psychiatriques dans la famille * Séparation/deuil durant l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> * Abus de substances dans la famille * Instabilité familiale * Conflits familiaux persistants 	<ul style="list-style-type: none"> * Perte d'un membre significatif dans la famille * Décès, spécialement par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> * Relations familiales chaleureuses et favorisant l'appartenance * Modèles d'adultes équilibrés * Attentes élevées et réalistes
Pairs	<ul style="list-style-type: none"> * Isolement social et aliénation 	<ul style="list-style-type: none"> * Attitude négative des jeunes face à la recherche d'aide * Modeling de comportements inadaptés des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> * Moquerie, cruauté * Perte d'amis, de réseau, rejet * Décès, surtout par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> * Habilités sociales * Modèles de pairs sains * Acceptation et soutien
Ecole	<ul style="list-style-type: none"> * Longue histoire d'expérience scolaire négative (échecs) * Absence de liens significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> * Coupure durant les étapes de transition à l'école * Hésitation / incertitude dans l'aide du personnel scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> * Echec, expulsion * Crise disciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> * Adultes qui croient en eux * Implication des parents * Encouragement à participer
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> * Acceptation, banalisation du suicide * Marginalisation * Absence d'engagement politique 	<ul style="list-style-type: none"> * Traitement sensationnaliste dans les médias * Accessibilité aux moyens * Incertitude des personnes relais à aider * Ressources peu accessibles * Pauvreté économique 	<ul style="list-style-type: none"> * Décès d'une célébrité, surtout par suicide * Conflit avec la loi, incarcération 	<ul style="list-style-type: none"> * Possibilité de participation * Espoir en l'avenir * Solidarité communautaire * Disponibilité des ressources

4 Une modélisation théorique pour mieux comprendre la complexité

« Les modèles fournissent une façon efficace et aidante de comprendre un problème complexe comme le comportement suicidaire » (Lévesque et al, 1999).

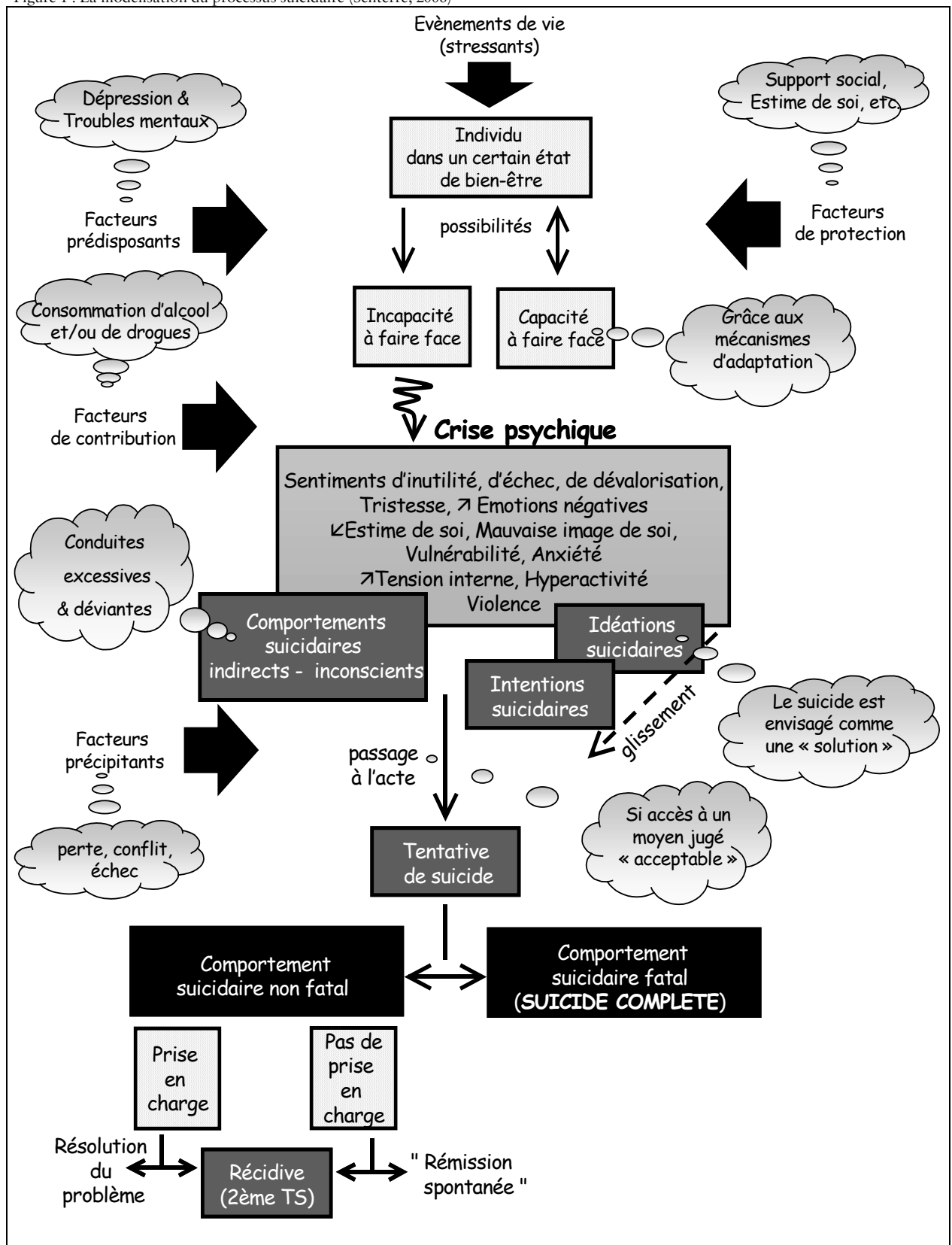
Comme nous avons déjà pu nous en rendre compte à la lecture des paragraphes précédents, la problématique du suicide est un phénomène complexe. En effet, la partie consacrée aux définitions nous a montré que la problématique du suicide ne se limite pas à l'acte mortel. Ce problème est en réalité composé des idéations et des intentions suicidaires, ainsi que des comportements suicidaires indirects et des tentatives de suicide. Cependant, au-delà de ces notions relativement bien définies, il est difficile lorsque l'on souhaite décrire un processus suicidaire, c'est-à-dire lorsque l'on souhaite décrire ce qu'il se passe pour qu'un individu dans un état de relatif bien-être en arrive à envisager le suicide comme une solution possible, de donner aux différentes étapes des frontières bien tranchées. En effet, chaque sujet va suivre un cheminement qui lui est propre et dont les expressions seront loin d'être standardisées. De plus, nous avons vu qu'il y avait

une interrelation complexe et dynamique entre les différents facteurs de risque et de protection.

Toutefois, une modélisation permet de visualiser théoriquement et de manière "globale" les éléments importants qui "entrent en jeu". Celle-ci permet donc de distinguer et de cibler les données sur lesquelles il sera possible d'agir via des interventions efficaces.

Le modèle ci-après, qui a été construit par Christelle Senterre, a été validé par Brian Mishara, Directeur de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide, Professeur au Département de Psychologie de l'Université de Montréal, Directeur du Centre de Recherches et d'Interventions sur le Suicide et l'Euthanasie (CRISE) et Président de l'Association Internationale pour la Prévention du suicide. Pour l'explication de ce modèle, nous nous sommes fortement inspirés de la définition de l'approche psychodynamique développée dans l'ouvrage relatif à la prévention primaire du suicide des jeunes, édité par le Comité Français d'Education pour la Santé, maintenant nommé Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (INPES).

Figure 1 : La modélisation du processus suicidaire (Senterre, 2006)



En principe, l'individu se trouve la plupart du temps dans un état de relatif bien-être. Lorsqu'il est soumis à des événements stressants, les mécanismes d'adaptation acquis au fil du temps et des expériences – ce que l'on appelle communément la "capacité à faire face" – permettent de maintenir l'individu dans un état d'équilibre et de ramener la situation "à la normale". Il est important de noter que des facteurs de protection, tels l'estime de soi et un bon support social, vont faciliter cette capacité à faire face.

Par contre, il est des situations où les mécanismes d'adaptation ne sont pas suffisants ou ne sont pas assez développés, ce qui signifie que l'individu a moins de mécanismes d'adaptation possibles, ce qui implique qu'il va moins visualiser d'autres alternatives possibles. Cette perte de capacité à faire face va mettre l'individu en situation de faiblesse. Notons que la présence de facteurs prédisposants tels que la dépression ou les troubles mentaux peut amplifier cette situation de faiblesse. L'individu va donc voir sa tension interne augmenter et va se retrouver confronté à un ensemble d'émotions négatives tels que la baisse de l'estime de soi, la tristesse, les sentiments d'inutilité et de dévalorisation, etc. On dit alors que l'individu est en "crise psychique". A ce stade, la réalité s'altère, les problèmes semblent insurmontables et l'individu glisse un peu plus dans la confusion émotive et la désorganisation. Ici, les facteurs de contribution comme l'alcoolisme et la toxicomanie vont amplifier le phénomène de confusion.

Cela se traduit dans un premier temps par des idéations suicidaires, c'est-à-dire que le suicide est là, réellement entrevu comme une solution possible pour s'en sortir. Ces idéations se transformant – selon un intervalle de temps variable d'un individu à l'autre – petit à petit en intentions suicidaires. A ce stade, l'individu commence à élaborer un plan pour mettre un terme à sa vie, il envisage les différents moyens qu'il juge acceptables. Dans un même temps, l'individu pourra exprimer des comportements suicidaires indirects par le biais de conduites excessives et déviantes⁴⁸, telles que des prises de risque au niveau sexuel ou des comportements irresponsables sur les routes, etc.

Survient alors un événement qui constituera pour l'individu en souffrance "la goutte faisant déborder le vase". Cet événement sera, la plupart du temps, jugé comme anodin par l'entourage : il peut s'agir d'un échec scolaire, d'une rupture amoureuse

ou de la perte d'un rôle social. L'individu n'a plus d'autre alternative que de passer à l'acte et d'attenter à sa vie à l'aide du moyen qu'il aura jugé acceptable et suivant le plan qu'il aura élaboré lorsqu'il était en phase d'intentions suicidaires.

Cette tentative de suicide aboutira soit à un comportement suicidaire fatal, c'est-à-dire qu'il y aura suicide complété - et donc décès de l'individu -, soit à un comportement suicidaire non fatal pour lequel l'individu sera alors pris - ou non - en charge. Cette étape de prise en charge est d'une extrême importance puisque l'on sait que le fait d'avoir déjà attenté à ses jours est le facteur prédisposant le plus corrélé avec une nouvelle tentative de suicide⁴⁹⁻⁵⁰. La prise en charge au sein de structures "compétentes et adaptées" va donc s'avérer essentielle. L'individu pris en charge aboutira alors - après une période plus ou moins longue - à une résolution totale ou partielle de sa crise et pourra retrouver un état de "relatif" bien-être⁵¹.

5 Comment s'organise la prévention au niveau théorique ?

5.1 Le concept de prévention universelle, sélective et indiquée

Dans un rapport réalisé en 1994 sur la recherche en prévention, l'*Institute of Medicine* de Washington a proposé un nouveau cadre de classification pour la prévention. Au lieu d'utiliser les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire⁵², les auteurs proposent le concept de prévention universelle, sélective⁵³ et indiquée. Comme nous le montre le schéma ci-dessous, ce concept se réfère plutôt aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que directement sur l'événement à prévenir.

⁴⁹ Souvent dans l'année de la première tentative.

⁵⁰ Des études ont montré que parmi les personnes décédant des suites d'un comportement suicidaire fatal, environ 40% avaient déjà posé un acte autodestructeur (Hawton K., Van Heeringen K., 2000).

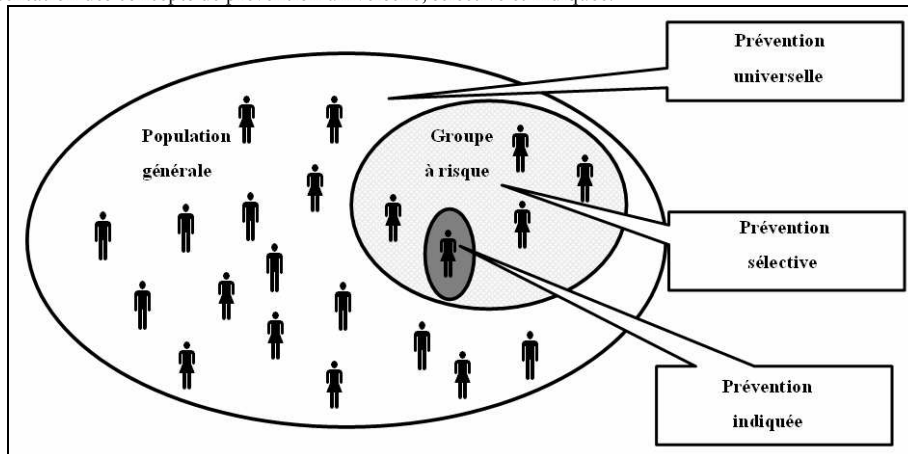
⁵¹ Pour certains, une « rémission spontanée » (retour à l'équilibre sans aide extérieure) pourra avoir lieu (fait assez rare).

⁵² Pour une explication des notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire et du pourquoi de leur abandon au profit des notions de prévention universelle, sélective et indiquée, nous renvoyons le lecteur à l'annexe 1.

⁵³ ou prévention choisie

⁴⁸ Certaines personnes passeront d'abord par le stade de conduites déviantes avant d'avoir des idées conscientes de suicide qu'elles transformeront ensuite en intentions suicidaires.

Figure 2 : Représentation des concepts de prévention universelle, sélective et indiquée.



En regard de la figure ci-dessus, nous pouvons voir que la **prévention universelle** vise la population générale ou certains groupes (une communauté, les écoles) sans tenir compte des risques individuels. En effet, tous les membres de la population partagent, en principe, au minimum un même risque général face à un problème identifié. Des variations, parfois importantes, étant alors observées pour certains individus ou groupes d'individus. Le but premier de la prévention universelle est de fournir à tous les individus d'une population de l'information et des compétences pour réduire l'importance du problème visé. Comme exemples de prévention universelle, citons les campagnes médiatiques⁵⁴ (radio, télévision, presse écrite) d'information et les programmes de prévention enseignés à tous les élèves d'une école.

**Un exemple de programme de prévention validé⁵⁵ :
Les Amis de Zippy (*Zippy's friends*)⁵⁶**

"Les Amis de Zippy" est un programme de promotion de la santé mentale en milieu scolaire visant l'acquisition de mécanismes d'adaptation (*coping*) par l'ensemble des enfants de 6 et 7 ans. Il a

⁵⁴ Il est toutefois important de rappeler que la médiatisation ne doit pas se faire n'importe comment. Nous renvoyons le lecteur au focus sur « le suicide et les médias ».

⁵⁵ Nous avons délibérément choisi de présenter ce programme car c'est l'un des seuls à avoir été validé (évalué) sur base de données probantes.

⁵⁶ Texte repris du référentiel de bonnes pratiques "Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces" écrit par Arcand, Bantuelle, Bouvier, Broussouloux, Demeulemeester, Housseau, Lamboy, Laverdure, Pommier et Senterre, sous la direction de Martine Bantuelle et René Demeulemeester aux Editions INPES. (France, 2008)

Disponible à l'adresse suivante : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

été développé par l'organisme à but non lucratif *Partnership for Children*⁵⁷ et a été, à ce jour dispensé à plus de 30.000 enfants à travers le monde⁵⁸.

Le programme comporte 24 séances de 45 minutes par semaine réparties sur une année scolaire. Il propose six histoires au sujet d'un groupe de jeunes enfants et de Zippy, l'insecte "domestique" de l'un d'entre eux. Les histoires les montrent confrontés aux problèmes et défis habituels des jeunes enfants tels que vivre des émotions positives et négatives, communiquer, nouer et mettre fin à des relations, résoudre des conflits, composer avec la perte et le changement, et repartir à neuf. Chaque séance comporte une lecture de l'histoire (illustrée par des images) par l'animateur (enseignant ou personne-ressource d'une école ou d'une commission scolaire), et par la suite les enfants participent à des activités telles que dessiner, discuter et jouer. Le but de ces activités est d'aider les enfants dans l'exploration et la compréhension de leurs sentiments et de leurs comportements. « Les Amis de Zippy » ne dit pas aux enfants ce qu'il faut faire. Il ne leur dit pas quelle solution est bonne ou mauvaise mais les encourage plutôt à faire leur propre exploration et à penser par eux-mêmes. Ce programme enseigne donc aux enfants comment s'ajuster aux difficultés quotidiennes, à identifier leurs sentiments, à en parler et à explorer différentes manières de composer avec eux.

En 2006, Mishara et Ystgaard ont publié les résultats d'une étude d'évaluation réalisée au Danemark et en Lituanie. Les groupes d'intervention étaient composés d'environ 300 enfants (322 pour le Danemark et 314 pour la Lituanie) tandis que les groupes témoins

⁵⁷ <http://www.partnershipforchildren.org.uk>

⁵⁸ Exemples : Angleterre, Brésil, Canada, Chine, Danemark, Inde, Irlande, Islande, Lituanie, Norvège, Pologne

comprenaient environ 100 enfants (110 pour le Danemark et 104 pour la Lituanie). Les auteurs concluent que le programme a des effets bénéfiques à court terme. En effet, comparativement aux groupes témoins, les enfants montraient une amélioration significative de leurs habiletés d'adaptation, de leurs habiletés sociales et une diminution des comportements problématiques.

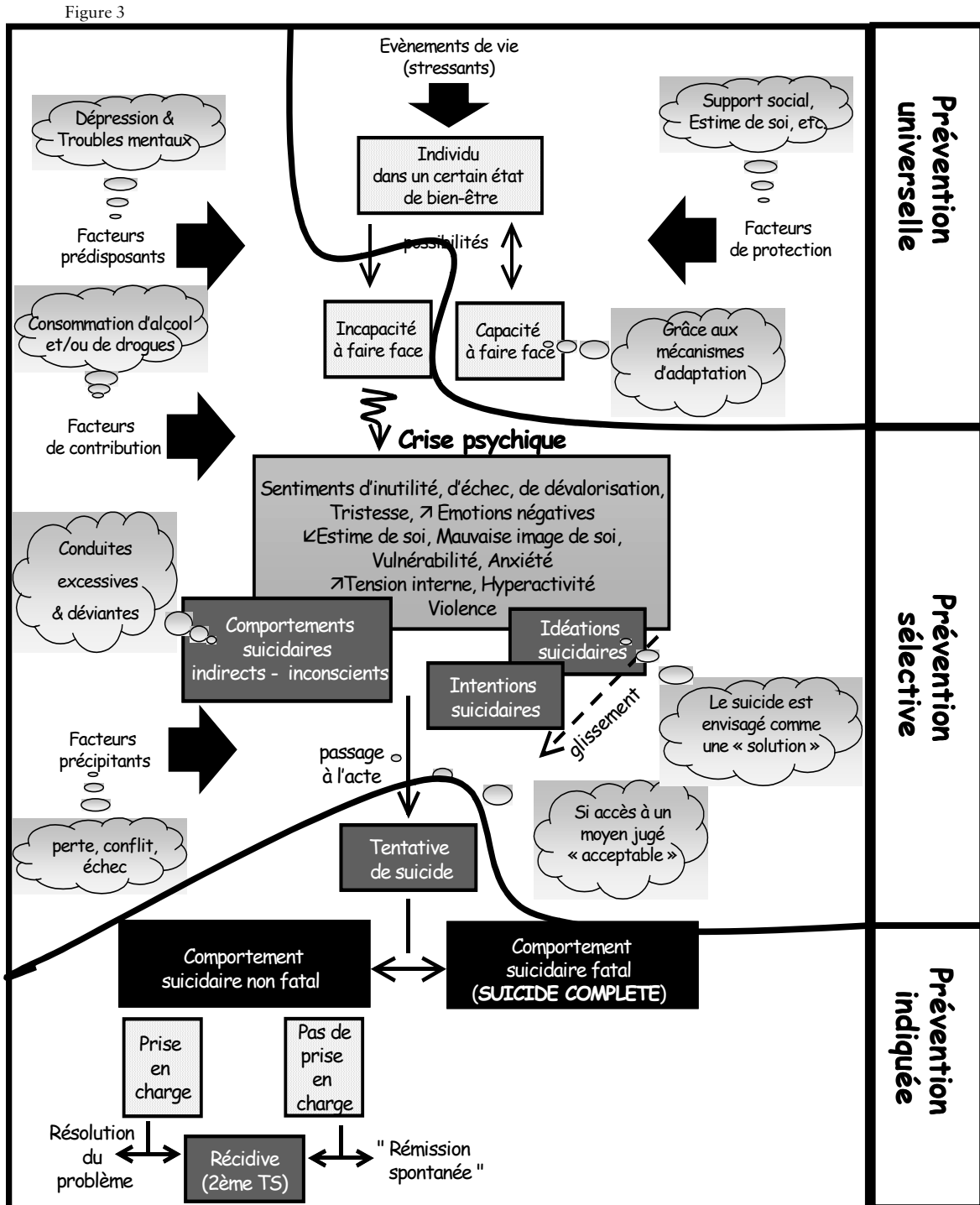
Pour montrer des effets à moyen terme, une étude (Monkevicienė, Mishara et Dufour, 2006) a été menée auprès d'enfants lituaniens qui avaient bénéficié du programme au cours de l'année scolaire précédente et qui étaient dans une période de transition scolaire (passage du jardin d'enfant [*kindergarten*] vers le primaire [*elementary school*]).

Le groupe expérimental était composé de 140 enfants et le groupe témoin de 106. Il a été mis en évidence que le groupe expérimental avait un score moyen plus élevé d'adaptations comportementales et émotionnelles par rapport au groupe contrôle. Ce même groupe contrôle avait quant à lui environ deux fois plus de problèmes d'autorégulation, d'apprentissages et de discipline. En terme de réponses pour "résoudre des problèmes", le groupe d'expérimentation utilisait significativement plus de méthodes considérées comme appropriées. L'évaluation de la première année d'implantation des Amis de Zippy au Québec (Dufour, 2005) a montré des effets tout aussi positifs.

La **prévention sélective** vise, quant à elle, les individus que l'on considère comme les plus exposés au problème visé, c'est-à-dire qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque connus. On parle alors de groupes à risque, identifiés sur base des facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux, ou environnementaux, connus comme étant associés au problème visé. La prévention sélective concerne le groupe cible en entier parce que le groupe cible dans son ensemble est plus à risque que la population générale. Ce type de prévention se faisant aussi indépendamment du degré de risque propre à l'individu se trouvant au sein du groupe cible, puisque les risques ne sont pas investigués au niveau individuel mais résultent d'une présomption de présence du fait de l'appartenance au groupe cible. Les groupes à risque cibles peuvent donc être, par exemple, les adolescents, les personnes de sexe masculin, les consommateurs de drogues ou les personnes ayant subi des sévices physiques et/ou sexuels.

Enfin, la **prévention indiquée** vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé. Ici, l'intervention se situe au niveau de l'individu et s'intéresse donc à ses propres facteurs de risque. Citons par exemple, la prise en charge psychiatrique d'un adolescent après une tentative de suicide ou la prise en charge d'un individu manifestant des comportements autodestructeurs.

Adapté sur le modèle de processus suicidaire, voici comment se découpent les différents types de prévention :



5.2 Les recommandations de l’OMS, de l’ONU et l’avis des experts en suicidologie.

En 1996 déjà, l’ONU et l’OMS énonçaient les éléments globaux définis comme essentiels pour une prévention efficace du suicide⁵⁹. Les experts

⁵⁹ Informations issues du rapport sur le suicide et la prévention du suicide en Suisse (voir les références du document dans la partie bibliographie).

impliqués notaient qu'il était nécessaire, pour élaborer une stratégie de manière cohérente, de prévoir une politique au niveau national. Celle-ci devant s'accompagner d'un vaste cadre conceptuel, d'une formulation d'objectifs et de ressources adéquates, ainsi que de paramètres permettant de quantifier les modifications. Enfin, des mandats doivent être donnés à des institutions et des organisations responsables de la mise en œuvre des objectifs définis. Entre 2002 et 2004, Santé Mentale Europe⁶⁰ a mené un projet, entrepris en collaboration avec le Réseau européen de l'OMS sur la Prévention du Suicide et avec le Département des Relations internationales du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, qui poursuivait comme objectif principal l'élargissement du champ des connaissances sur les programmes de prévention du suicide, non seulement au niveau national, mais également au niveau régional et local, dans la Région européenne de l'OMS⁶¹.

Le document produit⁶² fournit donc, entre autres, des informations sur les principes nécessaires pour créer des programmes efficaces de prévention du suicide, aux niveaux national et régional. Ces informations rejoignent et complètent celles énoncées par l'ONU et l'OMS en 1996.

En mars 2004 a eu lieu à Bruxelles, en préalable à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale⁶³, une réunion sur les stratégies de prévention du suicide en Europe⁶⁴. Des responsables de la santé et des experts en santé mentale et en comportements suicidaires de 36 Etats membres de la Région européenne de l'OMS ont examiné les bases factuelles, les pratiques, les objectifs et les contextes actuels en matière de prévention du suicide, et formulé des recommandations en vue d'élaborer des stratégies. A l'issue de ces deux journées, les participants ont

émis une série de conclusions et proposé un certain nombre d'actions.

Celles-ci sont présentées dans l'encart ci-après.

Conclusions et actions recommandées à l'issue de la réunion préalable à la conférence interministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (2004)⁶⁵

- ✓ La prévention du suicide et des tentatives de suicide nécessite une approche de santé publique. La charge du suicide est telle que la responsabilité de la prévention doit être assumée par l'ensemble du Gouvernement sous la houlette du Ministère de la Santé.
- ✓ Il faut mettre au point des programmes de prévention du suicide qui prévoient des interventions spécifiques adaptées aux divers groupes à risque (par exemple les personnes âgées et les jeunes parents), y compris les tâches à confier à tel ou tel secteur (éducation, emploi, affaires sociales, etc.) ; ces programmes devraient par ailleurs faire l'objet d'évaluations.
- ✓ Les professionnels de la santé, en particulier dans les services d'urgences, devraient être formés pour déceler les risques de suicide de manière efficace et devraient coopérer à titre préventif avec les services de santé mentale.
- ✓ Il faudrait commencer à sensibiliser dès que possible les professionnels de la santé, mais aussi le public tant aux facteurs de risque qu'aux facteurs de prévention.
- ✓ Il importe de mener des travaux de recherche axés sur les politiques et l'évaluation des programmes de prévention.
- ✓ Les médias devraient être impliqués dans les programmes de prévention du suicide et être formés à cette question ; en outre, il faudrait promouvoir le code de conduite de l'OMS sur le traitement du suicide par les médias⁶⁶.

⁶⁰ A la demande de et avec le soutien du Ministère fédéral belge de la Santé et en étroite collaboration avec le Réseau Européen de l'OMS sur la Prévention du Suicide et de la Recherche sur le Suicide (voir les références complètes dans la partie bibliographie).

⁶¹ Pour atteindre cet objectif, un questionnaire a été envoyé à tous les membres (nationaux et régionaux) du Réseau européen de l'OMS sur la Prévention du Suicide, ainsi qu'à tous les membres du Comité directeur du Projet sur la Santé mentale, développé dans le cadre du Pacte de Stabilité pour l'Europe orientale et méridionale. Vingt-cinq pays, sur un total de trente-deux, ont répondu au questionnaire.

⁶² *Guidelines for country-based programmes of suicide prevention (2004)*.

⁶³ Qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005.

⁶⁴ Cette réunion a été accueillie par le service public fédéral de Belgique de la Santé publique, de la Sécurité alimentaire et de l'Environnement, et organisée par Santé mentale Europe, l'aile européenne de la Fédération mondiale pour la Santé mentale.

⁶⁵ Conclusions et actions retranscrites du document EUR/04/5047810/M1 édité par l'OMS en décembre 2004.

⁶⁶ Voir le document disponible sur http://www.euro.who.int/document/e82092_1.pdf.

Puisque l'OMS recommande que « les programmes de prévention doivent prévoir des interventions adaptées aux divers groupes à risque » (voir tableau ci-dessus), l'Institut National de Santé Publique du Québec a émis, en 2004, un « Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes » dont les objectifs principaux étaient, premièrement, de faire un état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes et deuxièmement, de formuler des recommandations. Ces recommandations sont présentées dans l'encart ci-dessous.

**Liste des recommandations établies
spécifiquement dans le cadre
de la prévention du suicide chez les jeunes**
(Julien M., Laverdure J., 2004)

- ✓ Mettre en œuvre les mesures visant au développement des capacités d'adaptation des jeunes.
- ✓ Promouvoir la mise en œuvre des mesures visant à réduire l'accessibilité aux moyens.
- ✓ Sensibiliser les médias d'information sur l'impact du traitement journalistique des suicides.
- ✓ Faire preuve de prudence dans la mise en œuvre des activités de postvention.
- ✓ Ne mettre en œuvre aucune activité de sensibilisation à la réalité du suicide qui s'adresse à des groupes de jeunes, en raison des résultats préoccupants qui ont été observés chez des jeunes vulnérables.
- ✓ Faire preuve de prudence dans la mise en œuvre de programmes d'aide par les pairs.
- ✓ Encourager le développement de réseaux de sentinelles (relais) dans les milieux de vie des jeunes.
- ✓ Soutenir la formation continue des médecins généralistes en matière de prévention du suicide.
- ✓ Maintenir les lignes d'écoute téléphonique.
- ✓ Soutenir la mise en œuvre de programmes à multiples composantes, destinés à promouvoir la santé mentale des jeunes, à condition qu'ils ne comportent pas d'activités de sensibilisation (directe à la problématique du suicide) qui s'adressent

à des groupes de jeunes.

- ✓ Soutenir les initiatives de mise en réseau des partenaires engagés en prévention du suicide.
- ✓ Accroître les efforts de recherche afin de développer des programmes qui soient fondés sur des bases solides au niveau théorique et de réaliser des évaluations rigoureuses de ces programmes.

5.3 Les programmes et stratégies en place à l'étranger.

Comme nous l'avons déjà mentionné plusieurs fois tout au long de ce document, bien que les causes de suicide et de tentatives de suicide soient complexes, la prévention est possible. Dès lors, de plus en plus de pays mettent la prévention du suicide comme priorité de santé publique. De nombreux programmes nationaux, déclinés ou non au niveau régional, voient le jour.

Dans leur étude de monitoring, datant de 2002, sur les stratégies et les programmes nationaux de prévention du suicide, le Réseau Européen de l'OMS sur la Prévention du Suicide et de la Recherche sur le Suicide a envoyé un questionnaire à 48 personnes contacts (issues des 51 Etats Membres).

Sur les 38 Etats qui ont répondu 18 ont déclaré avoir des initiatives nationales de prévention du suicide (11 programmes sont soutenus par une politique de Gouvernement et 6 sont approuvés par le Parlement)⁶⁷ (voir l'encart ci-dessous).

⁶⁷ L'information relative à l'approbation par un Parlement ou au soutien par une politique de Gouvernement n'était pas disponible pour 1 des 18 Etats ayant déclaré une initiative nationale

Répartition des pays de la Région européenne de l'OMS en fonction de l'existence ou non d'initiatives nationales et/ou régionales de prévention du suicide

Pays avec actions de prévention du suicide

Biélorussie, Bulgarie, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Hongrie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Norvège, Roumanie, Slovénie, Suède, Turquie, Royaume-Uni

Pays sans actions nationales

Andorre, Autriche, Azerbaïdjan, **Belgique**, Croatie, Allemagne, Grèce, Islande, Israël, Italie, Kirghizstan, Pays-Bas, Pologne, République de Moldavie, Fédération de Russie, Slovaquie, Espagne, Suisse, Ukraine, Yougoslavie

Pour rédiger ce document « *Guidelines for country-based programmes of suicide prevention* », les auteurs ont, entre autres, fait un inventaire et une analyse des programmes de prévention du suicide en vigueur dans la Région européenne de l'OMS.

Pour documenter les plans et stratégies de prévention du suicide, nous avons consulté le document cité précédemment mais également recensé, lu et analysé différents programmes nationaux et/ou régionaux issus d'Angleterre et d'Écosse, de France et de Bourgogne, de Finlande et du Danemark. Au niveau non européen, nous avons lu et analysé les documents venant d'Australie, des États-Unis, de l'Ohio et de Washington, de Nouvelle-Zélande et du Québec. Après ces analyses, nous pouvons dresser un récapitulatif des actions les plus souvent retrouvées dans les programmes de prévention du suicide à l'échelon national ou régional. Le tableau ci-après est donc une synthèse des éléments avancés dans le document « *Guidelines for country-based programmes of suicide prevention* », des informations issues de l'Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes et des faits observés par notre propre analyse.

Liste des actions habituellement retrouvées dans le cadre des programmes nationaux et/ou régionaux

Les stratégies pour la prévention du suicide s'occupent habituellement :

- ✓ de promouvoir les politiques qui concernent le bien-être social, l'éducation, l'école et le lieu de travail, la santé mentale et l'abus de

substances,

- ✓ d'augmenter les connaissances via l'éducation du public à propos de la maladie mentale et du comportement suicidaire, dans le but de réduire la honte et d'améliorer les comportements de demandes d'aide,
- ✓ d'identifier et de réduire la disponibilité et l'accès aux moyens pour se suicider (armes à feu, substances toxiques, etc.),
- ✓ de mettre sur pied une politique responsable au niveau des médias (recommandations précises sur la manière de rapporter les suicides**),
- ✓ de soutenir un traitement médiatique adéquat (avec accent mis sur les conséquences pénibles de ces événements sur les familles et les communautés*),
- ✓ d'améliorer les pratiques dans les services de santé comme : la détection précoce des problèmes, le diagnostic convenable, le traitement adéquat et complet, la réhabilitation des patients psychiatriques et des personnes ayant fait une tentative de suicide, et l'augmentation de la sensibilisation parmi le personnel des soins de santé par rapport à leurs propres attitudes et tabous en regard de la prévention du suicide et de la maladie mentale,
- ✓ de promouvoir la recherche en suicidologie et d'encourager la collecte

* Complément d'informations issu de l'Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, rédigé par Julien M. et Laverdure J. (2004)

des données sur les causes de suicide en évitant la multiplication des enregistrements statistiques.

5.4 L'évaluation des programmes et des stratégies

Le manque d'évaluation scientifique des stratégies de prévention (mais aussi des programmes de prévention dans leur ensemble) constitue un frein majeur à l'amélioration des actions de prévention. En effet, malgré un nombre important d'initiatives de tous niveaux à travers le monde, les études d'évaluation sont peu nombreuses. C'est pourquoi, en 2004, le Health Evidence Network (HEN) du Bureau régional européen de l'OMS publiait un rapport dont l'objectif était de résumer les résultats d'études systématiques afin de répondre partiellement à la question suivante : « Quelles sont les stratégies de prévention du suicide dont l'efficacité peut être prouvée scientifiquement ? »⁶⁸.

Globalement, les informations à retenir ⁶⁹ sont celles-ci :

- Les stratégies de prévention peuvent être classées suivant 4 groupes d'approche⁷⁰. Il y a les stratégies préventives qui visent à promouvoir les facteurs de protection via la promotion des habiletés d'adaptation ; celles qui visent à prévenir les facteurs de risque via par exemple le contrôle de l'accessibilité aux moyens, la sensibilisation des médias et la postvention ; celles qui visent à identifier et à agir auprès des personnes à risque via par exemple la sensibilisation en milieu scolaire, l'aide par les pairs, la formation des relais, la formation des médecins généralistes et les lignes d'écoute téléphonique ; et enfin, les stratégies préventives qui visent à agir par une combinaison des trois approches via, par exemple, les programmes globaux et la mise en réseaux des partenaires.
- Il est préférable de privilégier le renforcement des facteurs de protection (via des stratégies de promotion des facteurs de protection), même si

certaines actions sur certains facteurs de risque peuvent être menées (via des stratégies de prévention des facteurs de risque).

- En ce qui concerne l'accessibilité aux moyens, l'expérience qui a été la plus souvent rapportée à l'appui de l'efficacité des actions qui visent à diminuer l'accessibilité aux moyens a été réalisée en Grande-Bretagne au début des années soixante. À l'époque, la modification de la composition du gaz domestique avait entraîné non seulement une diminution des suicides attribuables à cette méthode, mais également une diminution spectaculaire du taux global de suicides dans le pays, soit une diminution de l'ordre de 40 % qui s'est maintenue durant plus d'une dizaine d'années (Clarke R.V.G et Lester D., 1989 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).

Actuellement, de nombreuses recherches cas-témoin indiquent un lien très clair entre la disponibilité des armes à feu et le suicide, et suggèrent que des mesures visant à accroître le contrôle des armes ont un effet sur le taux global de suicide⁷¹ (Miller M. et Hemenway D., 1999 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004). Par ailleurs, des expériences réalisées en Australie, au Japon et en Grande-Bretagne ont suggéré qu'il était possible de réduire le nombre total de suicides en réglementant la prescription de médicaments sédatifs et hypnotiques (Clarke R.V.G. et Lester D., 1989 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).

- A propos de la sensibilisation des médias, une étude autrichienne a révélé que l'adoption par les médias des recommandations contenues dans un guide pratique⁷² aurait eu un effet positif. En effet, le pourcentage de suicides survenant dans le métro a diminué de 75 % dès la première année et s'est maintenu au cours des cinq années subséquentes⁷³ (Etzersdorfer E., Sonneck G. et Nagel-Kuess S., 1992; Sonneck

⁶⁸ La méthodologie de sélection des études et des interventions peut être consultée dans le document d'origine (voir les références dans la partie bibliographie).

⁶⁹ Les informations issues du document du HEN ont été complétées par des informations issues de l' « Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes », dont les objectifs principaux étaient de faire un état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes et de formuler des recommandations.

⁷⁰ Ces 4 groupes d'approche sont aussi suggérés par Julien M. et Laverdure J.

⁷¹ C'est en tout cas ce qu'indiquent des études effectuées aux Etats-Unis d'Amérique, où des restrictions apportées à la vente et à l'achat d'armes de poing ont été associées à une baisse des taux de suicides par arme à feu. Les Etats de ce pays où la réglementation est la plus stricte, ont enregistré les plus faibles taux de suicides par arme à feu, sans que cette forme de suicide ne soit remplacée par une autre (Lester D., 1995).

⁷² L'OMS a édité une brochure à l'attention des médias. Cette brochure (Prévention du suicide. Indications pour les professionnels des médias) peut être consultée à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/media/en/626.pdf.

⁷³ Dans les années 1980, une vague de suicides survenus dans le métro de Vienne et dans le réseau ferroviaire avaient été grandement médiatisés.

G., Etzersdorfer E. et Nagel- Kuess S., 1994 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).

- Une prévention et un traitement appropriés de certains troubles mentaux et du comportement (que ces interventions soient basées sur l'individu, la famille, l'école ou d'autres secteurs de la communauté) peuvent manifestement abaisser le taux de suicide. En effet, le dépistage et le traitement précoces de la dépression, de la dépendance alcoolique et de la schizophrénie⁷⁴ sont des stratégies utiles pour la prévention primaire du suicide.

De plus, des programmes d'enseignement destinés à former les praticiens et le personnel des services de santé primaire au diagnostic et au traitement des dépressions peuvent jouer un rôle particulièrement important⁷⁵ (WHO, 2001).

- Plusieurs études ont montré que des programmes axés sur la promotion des habilités d'adaptation des jeunes pouvaient avoir un impact sur divers types de comportements à risque, donc pas uniquement sur les comportements suicidaires. On observe non seulement une amélioration de la confiance en soi et des capacités à faire face aux situations difficiles, mais aussi une diminution des tendances suicidaires, de la dépendance aux drogues et à l'alcool, de la dépression, etc. (Marcotte D., 2000 ; Turgeon L. et Brousseau L., 2000 ; Vitaro F. et Carbonneau R., 2000 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004). En 2000, Mishara B. et Ystgaard M. avaient eux aussi mis en évidence que les interventions en milieu scolaire pour la gestion des crises, l'amélioration de l'estime de soi et le développement de l'aptitude à faire face ainsi qu'à prendre des décisions favorables à la santé⁷⁶ tendaient à réduire le risque de suicide chez les jeunes⁷⁷.

⁷⁴ Il est spécifiquement fait référence à la schizophrénie car cette pathologie mentale a été objectivée comme fortement corrélée aux comportements suicidaires (cfr chapitres sur les facteurs de risque).

⁷⁵ Une étude montre qu'un tel programme mis en œuvre dans l'île de Gotland, en Suède (Rutz et al., 1995), a permis de réduire considérablement le taux de suicide, particulièrement chez les femmes, dans l'année qui a suivi son instauration à l'intention des médecins généralistes, mais ce taux est remonté aussitôt après l'interruption du programme.

⁷⁶ Un programme spécifique est pris en considération dans ce cas, il s'agit du programme « Zippy and friends », dont nous avons déjà parlé au point 5.1 (<http://www.partnershipforchildren.org.uk/zippy/zippy.html>)

⁷⁷ Cité dans le chapitre 3, « Résolution des problèmes de santé mentale », du *Rapport sur la santé dans le monde* publié en 2001 par l'OMS.

Health Evidence Network cite une revue faite par Guo et Harstall en 2002, qui met en évidence que chez les adolescents particulièrement vulnérables, les programmes de prévention menés dans les écoles et centrés sur l'acquisition de compétences et le support social ont permis de réduire efficacement les facteurs de risque (dépression, perte d'espoir, stress, anxiété et colère) et de stimuler les facteurs de protection (contrôle de soi, capacité à résoudre ses problèmes, estime de soi).

- En ce qui concerne la formation de personnes relais⁷⁸, quelques études ont montré que des ateliers offerts à des personnes oeuvrant en milieu scolaire avaient eu des effets positifs sur les connaissances et les attitudes de ces personnes et sur la référence à des ressources appropriées. Au Québec, quatre évaluations d'ateliers de formation qui avaient été dispensés à des intervenants de milieu scolaire ont été réalisées. Le résultat majeur observé est une augmentation des connaissances (Julien M. et Laverdure J., 2004).
- Lorsqu'un programme global de promotion de la santé mentale (activités de promotion, de prévention et de postvention, par exemple) est installé dans un milieu scolaire, deux facteurs sont apparus comme déterminants pour le maintien et la continuité de ces programmes : il s'agit du soutien des autorités administratives et de la présence d'une équipe de professionnels dynamiques et engagés.
- Au Québec, trois projets visant à expérimenter un modèle de concertation entre différents organismes sont actuellement en cours d'évaluation. Des résultats préliminaires indiquent qu'un projet, implanté à Montréal et impliquant les Centres jeunesse, les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) et les milieux scolaires et communautaires, a eu des effets bénéfiques au niveau des connaissances et de la concertation (Renaud J. et Chagnon F., 2002 ; cités par Julien M. et Laverdure J., 2004). Quant aux deux autres projets, qui se déroulent en Estrie et à Laval, ils fournissent plusieurs pistes de réflexions à

⁷⁸ On entend par « personnes relais » des personnes adultes qui, en raison de leur travail dans le milieu scolaire (professeurs, entraîneurs, etc.) ou dans la communauté (employés des services de loisirs, animateurs de maisons de jeunes, etc.), entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes et sont donc susceptibles de les aider. On présume qu'en donnant à certaines personnes une formation qui permet de reconnaître les signes de détresse chez les jeunes, il sera possible d'identifier et référer à des ressources appropriées un plus grand nombre de jeunes à risque (Julien M., Laverdure J., 2004).

propos des facteurs qui inhibent ou qui facilitent la réussite de tels programmes (Labelle R., Bedwani C. et Laverdure J., 2002; Pronovost J. et Boisclair J., 2002 cités par Julien M. et Laverdure J., 2004).

- Chez les adultes ayant déjà commis une tentative de suicide ou un autre acte autodestructeur, les effets positifs de la théorie du comportement cognitif ont pu être parfois démontrés lorsque celle-ci est réalisée dans des conditions très contrôlées. La thérapie de la résolution de problèmes, la fourniture de cartes des personnes à contacter en cas d'urgence, la thérapie dialectique et le traitement par certaines molécules comme le Flupenthixol⁷⁹ semblent également évoluer vers des résultats positifs (HEN, 2004).

Comme cela a déjà été cité plus haut dans ce document au niveau des recommandations, une action de prévention est rarement menée seule puisqu'il faut mener simultanément une série d'interventions préventives pour s'attaquer aux différents aspects de la problématique du suicide. Dès lors, il n'est pas toujours facile de mesurer l'impact d'une seule mesure préventive. En effet, les modifications observées sont-elles réellement le fait de la mesure préventive que l'on tente d'évaluer, ou bien est-ce la résultante de toutes les mesures prises (et peut-être d'autres moins contrôlables) ?

5.5 Mise en parallèle des recommandations et des différents niveaux de pouvoir

Comme nous l'avons vu, l'approche en prévention du suicide doit être multidirectionnelle car elle concerne tous les niveaux de pouvoir. L'encart ci-dessous met donc en parallèle (par type de prévention) les recommandations et stratégies efficaces - ou faisant consensus - et les différents niveaux de compétences majeurs retrouvés en Belgique.

Prévention :	C	R	F
Universelle			
Promotion du bien-être et de la santé (1)	X	X	
Sensibilisation et information du « grand public »	X	X	X
Réduction de la disponibilité et de l'accès aux moyens pour se suicider			X
Politique responsable au niveau des médias	X	X	X
Promotion de politiques (2)		X	X
Sélective			
Sensibilisation, formation et soutien des acteurs de premières lignes (3)	X	X	X
Détection précoce des problèmes (4)	X	X	X
Postvention et soutien aux proches et à l'entourage		X	X
Indiquée			
Traitement et suivi adéquats et complets (5)		X	X
Réhabilitation des patients psychiatriques et des personnes ayant fait une TS		X	X
Promotion de la recherche en suicidologie	X	X	X
Collecte des données (6)		X	X

(1) y compris la santé mentale

(2) qui concernent le bien-être social, l'éducation, l'école et le lieu de travail, la santé mentale, l'abus de substances etc.

(3) professeurs, centres PMS, éducateurs, médecins, urgentistes, pompiers, gardiens de prison, aides familiales, etc.

(4) avec diagnostic convenable et guidance pour une prise en charge adéquate

(5) formation des intervenants, réflexion sur la prise en charge, etc.

(6) y compris la standardisation, la qualité, etc.

Au niveau de la prévention universelle, on note que les compétences de la Communauté française apparaissent dans la quasi totalité des groupes d'actions cités, tout comme les deux autres niveaux de pouvoir. Les compétences de la Communauté française sont, aussi, bien présentes dans le volet de la prévention dite sélective. Dans le cadre du volet de prévention indiquée, la place occupée par la Communauté française se limite plutôt au soutien à la recherche et à la collecte de donnée.

Chaque niveau peut donc, en fonction de ses compétences jouer un rôle dans l'organisation de la prévention du suicide en Belgique.

⁷⁹ Flupenthixol ou Flupentixol est une molécule de la famille des neuroleptiques. Elle est utilisée dans certaines maladies psychiatriques (psychoses aiguës ou chroniques), et pour combattre l'agressivité. Elle a, entre autres, des effets antihallucinatoires et légèrement sédatif.

6 Qui sont les acteurs de la prévention en

Belgique et que font-ils ?

6.1 Prémisse

Avant de parler des acteurs de la Communauté française, il est intéressant de voir ce qui se passe au niveau fédéral et au niveau de la Communauté flamande.

6.1.1 Au niveau du fédéral

Il existe un « *plan d'action fédéral en équilibre entre les compétences fédérales et les compétences des entités fédérées* »⁸⁰.

« [...] En Belgique, nous dénombrons quelques 2000 suicides annuels. Le suicide tue plus que la route. C'est pourquoi le suicide, et plus particulièrement le suicide chez les jeunes, est une priorité pour le Gouvernement fédéral belge. Le plan contre le suicide poursuit trois objectifs : le décroissement du nombre de suicides, la limitation des récurrences suicidaires et l'amélioration des conditions d'intégration sociale des suicidants. [...] »⁸¹

Un résumé du plan fédéral peut être consulté en annexe. Toutefois, retenons que les objectifs principaux de ce plan sont :

- d'optimiser la production (et la qualité) des données quantitatives,
- de former le personnel médical (médecins, urgentistes, personnel des services psychiatriques),
- de mieux organiser la prise en charge des suicidants (interactions entre les services et interactions entre la structure hospitalière et la médecine ambulatoire)⁸²,

- de mieux informer sur les dispositifs disponibles pour les suicidants et de mieux rapporter le suicide dans les médias.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène⁸³ a lancé, en avril 2005, un groupe de travail⁸⁴ (au sein du groupe « santé mentale ») ayant pour thème : « Dépression, dépressivité et suicide ». Ce groupe a émis un rapport à ce sujet en décembre 2006, dont le contenu peut être résumé comme suit :

« 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" »⁸⁵.

Enfin, la Conférence interministérielle « Santé publique » instituée au niveau fédéral⁸⁶, a permis, le 13 juin 2005, la création d'un sous-groupe de travail « Suicide » au sein de son groupe de travail « Soins de santé mentale ».

Celui-ci réunit tous les niveaux de pouvoir compétents et permet dès lors d'assurer

⁸⁰ Initié par le Ministre Demotte, le travail engrangé se poursuit actuellement dans le cadre d'une « Task force sur le suicide » (voir plus loin dans le texte). Un guide pratique a notamment été réalisé à destination des services d'urgence pour soutenir l'accueil et l'accompagnement des patients suicidaires : *Guide pratique destiné aux services d'urgence pour l'identification, l'accueil et l'accompagnement des patients suicidaires*, Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2007, 32p.

⁸¹ Extrait du discours de Rudy Demotte du 29/11/04 à la séance d'ouverture de la réunion intergouvernementale sur la Déclaration sur la santé mentale. Cette réunion, qui a eu lieu en novembre 2004 au palais d'Egmont à Bruxelles, visait à trouver un texte consensuel pour la Déclaration européenne sur la Santé mentale.

⁸² Des initiatives se prennent en ce sens en Wallonie (CPS Namur et Cellule provinciale à Liège notamment) et à Bruxelles (CPS), pour assurer un suivi « santé mentale » en ambulatoire après un passage aux urgences.

⁸³ Le CSH est l'organe d'avis scientifique du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement pour toutes les questions relatives à la santé publique et l'environnement.

⁸⁴ La composition du groupe est consultable sur le site web du CSH.

⁸⁵ L'intégralité du document est disponible à l'adresse suivante : <https://portal.health.fgov.be>.

⁸⁶ Conférence interministérielle : la CIM s'organise dans le cadre de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980, dont un chapitre est consacré à la concertation et la coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et Régions. En effet, il importe que des accords puissent être conclus, notamment sur la création et la gestion conjointes de services et institutions communs, sur l'exercice conjoint de compétences propres, ou sur le développement d'initiatives en commun. Les conférences interministérielles n'ont aucun pouvoir de décision contraignant mais constituent les instruments les plus adaptés d'une concertation souple et efficace entre les autorités intéressées, dans le respect de l'autonomie de chacune. Dans le cadre des Conférences Interministérielles « Santé publique » - dont le rythme est de deux par année -, des protocoles d'accord ont été établis sur les matières les plus diverses qui concernent les problématiques de Santé Publique. Le Ministre Demotte a initié, au sein de la CIM « Santé publique », un groupe de travail sur la santé mentale.

l'interaction, l'interdépendance et la cohérence mutuelle à chaque niveau de compétence.

Un représentant de la Ministre de la Santé de la Communauté française fait partie de ce sous-groupe de travail.

Depuis sa mise sur pied, le sous-groupe s'est penché sur la description uniforme de sa mission et s'est attelé à la mettre en œuvre.

Le sous-groupe de travail doit veiller à :

- avoir des données statistiques et épidémiologiques pour l'ensemble du pays ;
- dresser un inventaire de tous les services et de toutes les initiatives axés sur la problématique du suicide ;
- dresser un inventaire des «good practices» ;
- optimiser l'échange des données ;
- concrétiser les recommandations de l'OMS en ce qui concerne l'image que donnent les médias du suicide ;
- résoudre les points problématiques existants dans l'offre de soins actuelle ;
- rédiger, si nécessaire, un protocole entre l'Etat fédéral et les entités fédérées afin de réduire le nombre de tentatives de suicide et de suicides et d'améliorer la prévention tertiaire.

Le sous-groupe de travail ne s'est plus réuni depuis février 2007.

6.1.2 Au niveau de la Communauté flamande

Au niveau des données qui sont disponibles en Communauté flamande, on trouve des données récentes de mortalité suicidaire publiées sur base des statistiques de décès, des données de morbidité suicidaire grâce au registre des tentatives de suicide géré par l'Hôpital universitaire de Gand et des données relatives à la fréquence des idéations suicidaires par le biais d'enquêtes ponctuelles.

Au niveau de la prévention, il existe un Centre de Prévention du Suicide spécifique pour la Communauté flamande⁸⁷. Il s'agit du *Centrum ter Preventie van Zelfmoord* (CPZ).

La Communauté flamande s'est également engagée dans une réflexion pour l'établissement d'un programme de prévention de la dépression et

⁸⁷ Celui-ci a été créé quelques années après le CPS francophone. En effet, le premier CPS belge a été installé en 1970 à Bruxelles, pour la partie francophone du pays. Ce CPS recevait continuellement des appels de personnes néerlandophones. Il a donc été décidé de créer, fin 1978, un CPS pour personnes parlant le néerlandais.

du suicide. Ce programme vise à diminuer le taux de suicide de 8% d'ici 2010 par rapport au taux observé en 2000.

La réduction du nombre de suicides constitue donc aussi une priorité pour le Gouvernement flamand⁸⁸. Notons que trois grandes lignes stratégiques sont privilégiées, à savoir : 1/ une meilleure information pour le grand public, 2/ la promotion de l'expertise des professionnels et le travail en réseaux⁸⁹, 3/ une attention particulière aux publics vulnérables.

L'implantation de ce plan a débuté par une phase test et cela au travers de projets pilotes qui seront suivis d'une évaluation. L'extension à l'entièreté de la Flandre aura lieu si les résultats de ces évaluations sont concluants.

6.2 Les acteurs en Communauté française

Avant de présenter tous les acteurs qui oeuvrent, en Communauté française, à la prévention du suicide, il est important de rappeler que la Communauté française s'est dotée d'un Plan quinquennal de la promotion de la santé⁹⁰ ainsi que d'un Plan de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité⁹¹. Ces deux plans prévoient des mesures spécifiques dans le domaine de la prévention du suicide.

Par ailleurs, la Communauté française prend part aux travaux du sous-groupe de travail « Suicide », institué au sein du groupe de travail « Soins de santé mentale » de la Conférence interministérielle « Santé publique ».

Sur le territoire de la Communauté française, les acteurs qui participent à la prévention du suicide sont agréés et/ou financés par la Communauté et/ou par les Régions, voire par le fédéral.

⁸⁸ Un résumé du plan développé en Communauté flamande peut être consulté à l'annexe 3.

⁸⁹ Dans ce cadre du plan flamand de prévention du suicide, la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale a initié à Bruxelles une série d'échanges entre intervenants concernés par cette problématique ; et ce, pour mieux se connaître, situer le travail de chacun et échanger les « bonnes pratiques ». Cette initiative à durée déterminée, organisée sous forme de « tables rondes », avait un objectif pragmatique. Elle n'a pas fait l'objet de publication. Son intérêt était de pouvoir associer via la PFC Bruxelloise acteurs flamands et francophones, dont les pratiques sont aujourd'hui relativement différentes tant en termes de structuration que d'orientation. L'expérience devrait être renouvelée à échéance de manière à évaluer l'évolution de la situation.

⁹⁰ Un résumé de ce plan peut être consulté à l'annexe 4.

⁹¹ Un résumé de ce plan peut être consulté à l'annexe 5.

À côté des acteurs officiels, se sont développées des initiatives centrées de façon spécifique sur la prévention du suicide ou inscrites dans un cadre d'actions en promotion de la santé (dont la santé mentale). Ces initiatives bénéficient habituellement d'un financement par projet. Certaines se développent sur base du volontariat. Une large palette d'actions donc, menées chacune dans un cadre spécifique, à un niveau défini, avec des ressources variables, des échéances propres et des objectifs particuliers ... qui témoignent d'un réel potentiel et d'un réel travail, sans toutefois permettre d'en refléter une bonne vue d'ensemble.

Lors de l'étude réalisée en 2006, nous avons utilisé deux approches pour objectiver l'existant⁹² sur le territoire de la Communauté française :

- L'examen des textes légaux régissant les missions des acteurs agréés ;
- Le repérage sur base de leur « visibilité »⁹³, d'initiatives menées par des acteurs de terrain.

Sur cette base, les différents acteurs agréés dans un cadre décretaal qu'il nous a été donné d'identifier sont :

- Les équipes Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE),
- Les Centres Psycho Médico Sociaux (CPMS),
- Les Aides en Milieu ouvert (AMO),
- Les Services de Santé mentale (SSM)⁹⁴,
- Les Centres de planning familial (CPF),
- Les Centres d'aide par téléphone⁹⁵.
- Les Centres locaux de promotion de la Santé,
- Le Centre communautaire, Educa santé, responsable du programme « Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité » dans le cadre du plan quinquennal de promotion de la santé en Communauté française ;

Les initiatives, nationales, communautaires, régionales ou sous-régionales, subventionnées ou non, sont, par exemple :

- Le Centre de Prévention du suicide (CPS) de Bruxelles,
- Le Centre de Prévention du Suicide de Namur, créé en 2007
- Les Associations du Réseau d'accompagnement du deuil après suicide,
- Les concertations provinciales, notamment :
 - o la Commission provinciale de Prévention du Suicide de Liège⁹⁶,
 - o le Service Prévention suicide de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon,
 - o le Service des Actions de Promotion de la Santé mentale de la Province de Luxembourg⁹⁷,
- Eole, service d'aide par téléphone aux intervenants de 1ère ligne,
- Les associations régionales de santé mentale : l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM) et la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale (LBFSM),
- La Fondation Julie Renson,
- Les Associations Similes,
- Les associations de patients et groupes d'entraide.

Notons qu'à côté de ces acteurs identifiés, de nombreux intervenants jouent un rôle en matière de prévention du suicide, notamment un rôle d'interface. Nous pensons notamment aux professionnels présents dans les services d'urgence et aux acteurs de 1^{ère} ligne, tout particulièrement les médecins généralistes et les maisons médicales, mais aussi aux enseignants, aux autres intervenants du secteur de l'aide à la jeunesse (les SAJ, par exemple), aux éducateurs dans toutes les institutions d'aide et d'accompagnement pour jeunes (AWIPH⁹⁸ ou Aide à la jeunesse), aux animateurs d'organisations de jeunesse ou de centres de jeunes, aux agents pénitentiaires, aux aides familiales et aides seniors, aux soignants dans les maisons de repos ou dans les institutions hospitalières, etc.

D'autres participent à la prévention du suicide via une action de promotion de la santé en général, ou de la santé mentale en particulier. Nous pensons tout particulièrement au rôle joué par :

⁹² Des fiches descriptives, par acteur identifié, peuvent être consultées en annexe 6.

⁹³ Pour objectiver la "visibilité", nous avons fait des recherches sur l'Internet belge, nous avons lu des rapports d'activités, nous avons recherché des brochures, et enfin nous avons recherché dans les catalogues de bibliothèque de la littérature plus spécifique décrivant le contexte belge.

⁹⁴ Dont certains développent aussi des initiatives spécifiques comme le Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles,

⁹⁵ Y compris le Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles, financé comme centre d'aide par téléphone par la Cocof.

⁹⁶ Particulièrement active dans le domaine de la prévention du suicide, la Province de Liège est aussi le pouvoir organisateur du Centre Patrick Dewaere, Hôpital spécialisé à Lierneux, lui-même actif dans le domaine de la prévention du suicide.

⁹⁷ Qui avait soutenu la création et le fonctionnement de la cellule D'Clic, aujourd'hui disparue.

⁹⁸ Association wallonne pour l'intégration de la personne handicapée.

- l'ONE, au niveau de la prime enfance, en soutenant les relations familiales et les compétences parentales ;
- le programme YAPAKA, dans le cadre de la cellule de prévention des maltraitements dont l'action dépasse largement le cadre strict de la maltraitance ;
- les projets communautaires, subventionnés dans des régions ou pour des publics défavorisés dans une perspective globale de santé (via des CPAS, des communes ou des maisons médicales par ex. ; notamment à Mouscron, Comblain-au-Pont, Esneux, Forest, dans les marolles à Bruxelles, à Namur, ...)

Les actions menées par ces différents acteurs⁹⁹ peuvent être synthétisées de la façon suivante¹⁰⁰ :

Pour la prévention universelle :

- **Pour la promotion du bien-être et de la santé mentale**, ce sont des services comme les SPSE (C), les CPMS (C), les AMO (C) et les CPF (R) qui ont cette mission dans leurs attributions légales :
 - Les SPSE ont, entre autres, comme mission la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé.
 - Les CPMS, eux, doivent contribuer à rendre optimales les conditions psychologiques, psychopédagogiques, médicales, paramédicales et sociales de l'élève lui-même et de son entourage éducatif immédiat.
 - Les AMO apportent une aide préventive au bénéfice des jeunes dans leur milieu de vie et dans leurs rapports avec l'environnement social.
 - Les CPF font des animations de groupes (notamment de jeunes) dans le cadre de la vie affective et sexuelle ainsi que relationnelle.

A ce niveau, le milieu scolaire est une bonne « cible » pour la prévention, pour les jeunes en tout cas, puisqu'ils sont tous concernés. Les CPMS et SPSE y jouent un rôle essentiel, dans une coordination qui n'est pas toujours simple à

réaliser. Le travail se fait à l'école ou en marge¹⁰¹. L'axe prioritaire de ces actions vise à offrir une écoute et à encourager le dialogue. Des outils, comme SACADO¹⁰² notamment, ont fait leur preuve dans ce cadre, ou des initiatives comme « A la rencontre de l'autre », soutenue plusieurs années par l'IWSM et la LBFSM, qui invite les jeunes à rencontrer la différence et réaliser des projets communs avec des personnes en difficulté.

- **En termes de sensibilisation et d'information du grand public** : la variété d'acteurs retrouvée est plus large : CPS (R), Commission provinciale de prévention du suicide de Liège (P), Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon (P), Services de Santé mentale (R), IWSM et LBFSM (R), Fondation Julie Renson (R) et Fondation Similes (R). On reprend aussi ici la cellule « Yapaka » (C) du Ministère de la Communauté française : elle coordonne des outils à destination des jeunes et des parents pour améliorer les relations, entre parents et enfants notamment, et pour soutenir la parentalité.

- En ce qui concerne la **collaboration avec les médias** : seules les associations Similes (R) et la Commission provinciale de prévention du suicide de Liège (P) ont été identifiées. La première déclare « *informer les médias en les sensibilisant aux pathologies mentales* » tandis que la seconde a édité une brochure « *Suicide et presse* » reprenant des réflexions et recommandations pour aborder le suicide de manière responsable dans les médias¹⁰³.

Pour la prévention dite sélective :

- **La sensibilisation, la formation et le soutien aux professionnels de première ligne** :
 - Le CPS (R),

¹⁰¹ Pour ceux qui sont en décrochage, et qui, souvent, se retrouvent fragilisés et donc à risque, les services d'interventions sur le milieu de vie (éducateurs de rue, AMO, etc.) prennent alors le relais.

¹⁰² La finalité du Sacado consiste à aborder le thème de la santé avec les jeunes. Il permet aux animateurs de créer un espace de communication authentique, avec les adolescents, favorisant la participation et l'expression de chacun autour de la question de la santé. Il permet aux adolescents de concrétiser le mot « santé ». Outil de découverte, de réflexion collective, d'interrogation et de communication, Sacado propose à chaque adolescent d'élaborer ses propres solutions et apporte les moyens d'un dialogue.

Plus d'information à l'adresse suivante : http://www.educasante.org/jeunesbienetre/documentation_sacado.pdf.

¹⁰³ La Commission a également décerné un prix à des journalistes ayant diffusé un article ou un reportage responsable et respectueux des personnes concernées par le suicide. Ce prix était décerné par un jury indépendant suite à un appel à candidatures, mais il a du être abandonné faute de candidats... (ou de moyens).

⁹⁹ C= Financement et/ou agrément communautaire / R= Financement et/ou agrément régional / P= Soutien provincial / F= initiative fédérale

¹⁰⁰ Un tableau synoptique des acteurs peut être consulté en annexe 7.

- La Commission provinciale de prévention du suicide de Liège (P),
- le Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon (P),
- L'IWSM et la LBFSM (R)
- Eole (F).

Il s'agit par exemple, comme dans le Brabant wallon, de cycles de formations pour les policiers, les professeurs, les animateurs de quartiers, etc. Le CIMP¹⁰⁴ a, quant à lui, préparé avec la contribution des différentes cellules provinciales et le CPS de Bruxelles, une brochure à destination des médecins généralistes et des intervenants de 1^{ère} ligne. Elle aborde les questions liées à la prévention, à la détection des situations, à la gestion de la crise, à l'intervention et au suivi.

- Pour rencontrer les recommandations visant la **détection et l'orientation correcte des individus à risque** mais aussi la **promotion et la construction de relais**, nous avons mis en évidence un large panel d'acteurs : les SPSE (C), les CPMS (C), les AMO (C), les CPF (R), les SSM (R), le CPS (R), Télé Accueil (R), Le Service « prévention suicide » de l'intercommunale sociale du Brabant wallon (P) et l'IWSM (R). Prenons l'exemple des AMO qui proposent une aide individuelle lors d'une situation de rupture avec l'environnement social et familial et qui peuvent relayer vers un SSM en cas de problème important, ou encore les sentinelles dans les écoles qui assurent la présence d'enseignants sensibilisés et formés en matière de suicide et plus généralement de santé mentale, et qui peuvent constituer une ressource en cas de problème (dans certaines régions, le SSM assure la formation de ces enseignants). Certaines actions visent encore la diffusion d'informations sur les ressources existantes, leurs atouts et leurs limites. Les services existent mais ils ne sont pas connus ! L'organisation de cycles d'échanges et de rencontres comme les « *matinales pour la santé mentale des enfants et des adolescents* » (IWSM) s'inscrit dans cette dynamique.
- **La postvention ou le soutien à l'entourage et aux proches :**
 - le CPS (R),
 - la Commission provinciale de prévention du suicide de Liège (P),
 - les associations Similes (P)
 - le Réseau d'accompagnement du deuil coordonné par le CPS. Il regroupe une

quinzaine d'associations wallonnes et bruxelloises. Ce réseau propose trois types d'accompagnement : le groupe d'entraide, qui est créé et animé par des personnes qui vivent une même problématique ; le groupe de parole, qui poursuit la même démarche d'expression, de dialogue, d'échange que le groupe d'entraide mais qui est mis sur pied et animé par des professionnels ; et enfin, le suivi individuel, soit en attente d'une participation à un groupe de parole, soit par choix de la personne intéressée.

On peut en outre pointer des initiatives plus particulières, telles que celle du SSM du CPAS de Charleroi (R), qui organise un groupe de parents d'adolescents autour des conduites à risque (Paradoxe).

A noter aussi : les outils de psychoéducation proposés par Similes aux familles dans le but de mieux connaître la maladie de leur proche - ses symptômes, ses conséquences - et donc de mieux comprendre la personne en souffrance afin de pouvoir adopter des attitudes adéquates. Ces outils sont aussi utilisés par des associations de patients, notamment par l'asbl « Réflexions » à Liège.

Pour la prévention indiquée :

- **La prise en charge et le traitement des individus.** Les acteurs identifiés sont :
 - le CPS (R)
 - les SSM (R)
 - le Centre hospitalier spécialisé de Lierneux (F+P).

Un travail se développe notamment entre certains services d'urgence et les ressources ambulatoires aptes à assurer le suivi. Le CPS par exemple a mis sur pied une Cellule d'intervention psychologique qui, sur demande des médecins généralistes et des unités d'urgences hospitalières, opère la transition entre ceux-ci et les services thérapeutiques devant prendre le relais pour un traitement à long terme d'un suicidant.

En ce qui concerne le Centre de Lierneux, il y existe plusieurs unités d'admission et de traitement. Citons l'exemple du Centre Patrick Dewaere, qui accueille d'une part les personnes ayant fait une tentative de suicide et, d'autre part, des personnes « à titre préventif ». Cet endroit est donc considéré comme un lieu de transition, de médiation et de remédiation. En effet, après un entretien préalable, de jeunes adultes suicidaires sont accueillis en vue d'une préparation à une prise en charge psychothérapeutique.

¹⁰⁴ Comité Interprovincial de Médecine Préventive.

- Pour les **activités de recherche**, nous avons identifié comme acteurs :
 - le CPS (R) qui apporte sa contribution à de nombreux travaux (tant belges qu'étrangers) ;
 - le SSM de l'ULB(R) qui, sur base de financements plus ponctuels, réalise des recherches opérationnelles ;
 - l'IWSM (R) qui, comme le SSM de l'ULB, réalise des recherches opérationnelles sur base de financements ponctuels.

Citons l'exemple du SSM de l'ULB qui, grâce à un subside du Fonds Houtman de l'ONE, a rédigé une brochure d'information, destinée aux médecins généralistes et aux pédiatres de la Communauté française (Prévenir le suicide à l'adolescence) ou qui, grâce à un subside de 2 ans de la Cocom, a mené une recherche-action visant à faciliter la mise en place, en collaboration avec les centres PMS, de dispositifs d'interventions de crise dans les établissements scolaires (le rapport de cette recherche-action a été publié en 2002¹⁰⁵).

Après ce survol synthétique des différentes actions menées par les acteurs mis en évidence, il nous semble important d'apporter un petit "bémol" : il existe des **disparités régionales dans les offres d'actions**. En effet, au niveau des missions légales de groupes d'acteurs comme les CPMS, les SPSE, les AMO ou les CPF, chaque composante locale organise ses activités selon ses thématiques prioritaires (par ex. le projet de service des SPSE), et la présence d'un acteur sur un territoire ne permet pas toujours de garantir la mise en œuvre systématique des différents axes de travail possibles.

Il est aussi important de noter que **les priorités et les contextes changent et évoluent**. Depuis 2006, date de réalisation de l'étude "*Prévention du suicide : Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique*", le paysage a déjà changé. Citons par exemple la naissance d'un nouveau Centre de prévention du suicide : "*Un pass dans l'impasse*" qui se situe au sein de la Mutualité Socialiste de Namur ; ou la disparition de la cellule provinciale D' Clic qui était active au Luxembourg, dont l'action est en partie confiée aux Services de Santé mentales (SSM) de la province qui rencontrent les demandes individuelles.

Il faut reconnaître l'ampleur et la diversité du champ des intervenants dans le domaine de la

prévention du suicide sur le territoire de la Communauté française. Nous avons d'ailleurs conscience de ne pas avoir pu rendre compte, ni totalement, ni dans les nuances, de l'ensemble des actions et de la diversité des acteurs. Notre repérage suffit toutefois amplement pour donner de la situation un tableau qui reflète le nombre et la qualité des cadres et des initiatives, et témoigne de l'intérêt et de la bonne volonté des acteurs, mais qui donne aussi une image « patchwork » et invite à la nécessité de construire un programme d'ensemble dans le cadre d'une politique concertée, assortie de moyens d'évaluation.

7 Constats, recommandations et pistes à envisager

L'examen de la situation et des actions menées en Communauté française de Belgique, confronté aux recommandations internationales et rapporté à la lecture des priorités d'un échantillon de témoins privilégiés¹⁰⁶ de la question du suicide en Wallonie et à Bruxelles, nous amènent à souligner quelques axes de travail prioritaires :

7.1 Reconnaître le suicide comme une problématique complexe

Lorsque l'on parle du suicide, il faut savoir que l'on ne parle pas que d'acte mortel (à savoir le suicide complété). L'éventail des comportements suicidaires inclut aussi d'une part la tentative de suicide, c'est-à-dire l'acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort ; et d'autre part, les comportements suicidaires indirects, c'est-à-dire tous les comportements humains qui augmentent la probabilité de décès à moyen terme mais qui ne précipitent pas la mort à court terme, ou qui ne causent pas de traumatisme physique dans le futur immédiat.

Il faut aussi savoir que le suicide ne touche pas seulement les suicidants et suicidaires mais aussi les proches, les pairs et tous ceux qui en ont la responsabilité (éducateurs, soignants, etc.), soit un nombre plus important encore que les chiffres avancés pour introduire ce rapport.

La problématique du suicide est vaste et elle touche un nombre important de personnes. Elle doit être reconnue socialement comme **un réel problème de santé publique**. C'est aujourd'hui encore un sujet

¹⁰⁵ Les références complètes de ce rapport se trouvent dans la bibliographie (voir à Hirsh D et collègues).

¹⁰⁶ La liste des témoins privilégiés qui ont été consultés se trouve en annexe 8.

tabou dont on doit pouvoir parler afin de pouvoir le prendre en charge de manière efficiente.

7.2 Mieux connaître l'ampleur du problème et l'évolution de la situation

La connaissance du problème du suicide en Belgique et en Communauté française est encore très parcellaire. Des informations épidémiologiques de base devraient être apportées de façon prioritaire. Pour prévenir le suicide, connaître l'évolution de la situation sur le territoire, situer les publics à risque et mesurer les effets des mesures adoptées constituent une base indispensable. Le retard et la sous-estimation actuelle des données demande de prendre des mesures concernant tant le développement d'outils et de moyens pour la collecte des données que la sensibilisation des acteurs aux suicides masqués¹⁰⁷, qui suppose un important travail sur les représentations. La mise en place du SIS (Système d'Informations Sanitaires) en Communauté française qui intègre, parmi d'autres, cette priorité de santé permettra aussi peut-être une réflexion sur les données disponibles et/ou nécessaires.

7.3 Elaborer une stratégie cohérente dans un plan d'ensemble

Sur base des recommandations et expériences internationales, nous pouvons dire que, pour élaborer une stratégie de prévention du suicide de manière cohérente, dans un continuum qui en englobe les différentes facettes et qui tienne compte de sa complexité, il est nécessaire de prévoir :

- 1) une politique qui s'accompagne d'un vaste cadre conceptuel, assorti de la formulation d'objectifs, de la mise à disposition de ressources adéquates et de paramètres d'évaluation,
- 2) une attribution de mandats explicites à des institutions et des organisations responsables de la mise en œuvre des objectifs définis correspondant à une répartition claire des tâches dans une bonne complémentarité,
- 3) une perspective à long terme, porteuse de réels changements,
- 4) la définition de priorités.

7.4 Valoriser, faire connaître et coordonner l'existant

¹⁰⁷ Le tabou et le sentiment d'échec que véhicule encore aujourd'hui le suicide amènent trop souvent les intervenants à traduire toute tentative de suicide sous une forme qui leur semble plus acceptable.

Nombreux sont les acteurs qui consacrent tout ou partie de leur action à prévenir le suicide. Force est de constater qu'ils ne sont pas toujours bien connus, que leurs actions ne sont pas toujours valorisées et que leurs moyens, pris individuellement en tout cas, restent limités.

Sur base de l'existant et donc sans nécessairement devoir recourir à la création de nouvelles structures, il devrait être tout à fait possible d'organiser une réponse préventive plus performante et plus efficace en facilitant, en stimulant, en soutenant financièrement la création de réseaux efficaces permettant une approche plus globale et plus concertée de la réalité suicidaire.

Les axes à soutenir pour atteindre cet objectif sont : faire connaître les actions des uns et des autres, décloisonner les secteurs et créer des ponts entre les services, évaluer l'ensemble et travailler avec chacun à l'évolution de ses outils, créer des synergies locales et les soutenir par une concertation des politiques aux différents niveaux de pouvoir (voir point 7.5).

7.5 Coordonner les politiques

Dans le champ de la prévention du suicide, des initiatives intéressantes existent aux différents niveaux de pouvoir. Actuellement, ces initiatives sont peu ou pas concertées.

Pour appuyer la concertation des acteurs, une démarche de concertation¹⁰⁸ entre tutelles compétentes en la matière, telle que prévue dans le cadre de la CIM¹⁰⁹ notamment, ou à l'initiative de tout autre autorité compétente, pourrait soutenir les efforts, les expertises, les champs de compétences des différentes autorités en charge de ces matières dans un objectif d'approche globale de prévention.

7.6 Promouvoir la santé mentale

La prévention du suicide s'inscrit dans un cadre de promotion de la santé mentale. Le suicide correspond généralement à la pointe de l'iceberg, comme pourraient l'être beaucoup d'autres actes transgressifs (abus d'alcool, toxicomanie, délinquance, violence, etc.), occultant le désarroi profond qu'il peut révéler.

Favoriser la santé mentale et promouvoir le bien-être participent donc à la prévention du suicide ou de toute autre forme d'expression du mal-être. Il

¹⁰⁸ Un exemple est celui du groupe assuétudes, organisé à l'initiative de la Communauté française (son engagement explicite dans cette matière dans le cadre du plan quinquennal pourrait servir de levier).

¹⁰⁹ Voir infra (point 6.1.1 et note 81)

s'agit de promouvoir une approche globale qui ne réduit pas l'individu à son symptôme, mais renvoie à la souffrance que celui-ci révèle. La promotion de la santé mentale inclut la lutte contre toute forme de stigmatisation ou discrimination, quelles qu'elles soient, dans le but de permettre à chaque individu de se construire une identité qui lui est propre et qui peut être respectée et reconnue, et, par là, de renforcer ses ressources et ses habiletés personnelles à faire face à des situations difficiles.

Les experts s'entendent pour dire qu'une prévention frontale peut être dangereuse. Ce qui ne veut pas dire qu'aucune campagne de promotion de la santé mentale (et de prévention du suicide) ne peut s'envisager, mais elle doit être pensée, élaborée, réfléchie... sur base d'une évaluation rigoureuse de ce qui se fait à l'étranger, et compte tenu des spécificités de notre culture et de notre organisation de l'aide et des soins.

Qu'elle s'envisage de façon globale ou ciblée, toute action en promotion de la santé mentale ne peut, en outre, s'engager que si des relais sont disponibles pour recevoir les personnes qui se seront senties concernées par l'action (voir la recommandation 7.11).

7.7 Agir sur les médias

L'information passe entre autres par les médias. Via différents supports, les médias peuvent jouer un rôle considérable sur la connaissance du phénomène, sur « les gestes qui sauvent » mais ils peuvent aussi provoquer un phénomène de reproduction. Parler du suicide, quel que soit le contenu, a un impact sur le public.

Une des priorités sera donc de sensibiliser les médias à ce niveau : en parler peu et bien...et veiller à informer sur quelles ressources solliciter lorsqu'on est en souffrance.

Des initiatives ont été prises dans ce sens, notamment par la Commission provinciale de prévention du suicide à Liège qui a rédigé et diffusé un dépliant « Suicide et presse - Réflexions à l'usage des médias ». En référence aux recommandations de l'OMS, cette brochure souligne le rôle joué par les journalistes, reprend une série de conseils et recommandations, et propose des adresses utiles. La Commission a aussi proposé plusieurs années de suite un « prix presse » pour mettre à l'honneur une bonne communication sur le suicide. Cette initiative a été abandonnée « faute de combattants » ! Côté flamand, une attention permanente est portée à ce volet de la prévention, qui constitue à part entière un des 5 axes du plan flamand de prévention du

suicide. Le travail est coordonné dans le cadre d'un groupe de travail (Verder), qui associe 5 partenaires dont le « *Centrum ter preventie van zelfdoding* ». Une information détaillée, à l'attention de la presse, se trouve sur le site www.werkgroepverder.be (et sur www.zelfmoordpreventie.be), avec comme accroche : « Comme journaliste, vous pouvez sauver des vies ». Cette action « Voor de pers » est élaborée en partenariat avec les associations de journalistes.

En miroir de ces initiatives dédiées à tous ceux qui ont des responsabilités dans les médias, un travail à l'attention du public a toute sa place. Un travail d'éducation aux médias apparaît en effet utile pour permettre à chacun de décoder l'information qu'il reçoit, et de pouvoir prendre plus facilement distance sur des sujets sensibles. La Communauté française vient d'adopter un projet de décret ¹¹⁰ qui poursuit cet objectif, essentiellement auprès des jeunes.

7.8 Lutter contre l'isolement social

L'isolement social est considéré comme un des principaux facteurs de risque. Sortir les personnes de l'isolement, en renforçant la visibilité et l'accès des lieux d'accueil ; donner du temps aux professionnels pour l'écoute ; favoriser le maintien ou la création du lien social ; développer les réseaux sociaux, les réseaux communautaires, les réseaux de solidarité, les groupes de pairs, les groupes d'entraide, etc., et ce, tout particulièrement pour les jeunes, notamment dans les lieux où ils se trouvent (écoles, AMO, organisations de jeunesse, centres de jeunes, associations sportives, ...), tout en veillant à soutenir les liens familiaux et amicaux et les ressources personnelles, sont autant de pistes pour lutter contre l'isolement social. Lieux spécialisés ou lieux d'entraide, déclinés sous différentes formes, participent à cet objectif. Pour un travail dans la durée, il est en effet important d'encourager, et ce, dès le plus jeune âge, le développement de liens sociaux.

Différentes solutions doivent en outre pouvoir s'envisager pour permettre aux plus fragiles de ne pas rester seuls avec leurs souffrances et trouver les ressources « dans l'instant », au moment où le problème se pose... (notamment les jeunes en rupture amoureuse, ceux qui s'interrogent sur leur identité sexuelle ; les personnes âgées dont le réseau de connaissance s'amenuise au fil du temps ; les

¹¹⁰ Décret portant création d'un conseil supérieur de l'éducation aux médias et assurant le développement d'initiatives et de moyens particuliers en la matière en Communauté française, voté en séance plénière du Parlement le 3 juin 2008.

personnes en décrochage ; les personnes en situation de grande précarité, etc.). Il faut pouvoir leur donner du temps et les aider à dédramatiser. Parfois l'écoute, notamment l'écoute immédiate, peut suffire à désamorcer une souffrance, même aiguë. Cette priorité concerne tous les publics, mais vise aussi tout particulièrement les publics à risque.

Dans la lutte contre l'isolement social, les services d'appel téléphonique, spécialisés ou non, orientés vers un public particulier ou non, jouent un rôle important, et la formation des bénévoles qui reçoivent les appels est fondamentale. Ils font eux-mêmes bien souvent partie du réseau de la personne et peuvent l'aider à reconstituer un réseau bien tangible qui lui sera propre.

7.9 *Priorité aux jeunes*

Il est connu que différents milieux et/ou publics « à risque » peuvent être privilégiés¹¹¹ même si l'on se place dans une réflexion globale (nationale et/ou régionale) de prévention du suicide. Nous savons aussi que :

- 1) les adolescents sont un groupe particulièrement à risque ;
- 2) l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 indique que, « [...] *le milieu scolaire fera [...] l'objet d'une attention toute particulière. En effet, la population des jeunes de 6 à 18 ans est soumise à l'obligation scolaire, et la Communauté française rassemble des compétences orientées vers ce public : promotion de la santé, enseignement, culture, sport, aide à la jeunesse. C'est évidemment une opportunité pour développer des programmes cohérents de promotion de la santé à l'école* » et que « *L'école apparaît comme un lieu particulièrement propice à la promotion de la santé mentale. Elle est pour le jeune un lieu de vie et d'apprentissage, intermédiaire entre la famille et le monde des adultes, un lieu de rencontres, d'échanges souvent intenses et de construction de l'identité. Toutefois il apparaît que les jeunes hors obligation scolaire ou en rupture de scolarité se retrouvent parmi les publics les plus à risque dans le domaine de la santé mentale ; il est donc important de*

chercher des canaux et les acteurs qui permettraient d'intervenir auprès d'eux ».

Au vu des compétences¹¹² de la Communauté française et de ses priorités¹¹³, voilà un groupe pour lequel il serait tout à fait possible de réfléchir à une prévention intégrée mais spécifique, qui tienne aussi compte des facteurs de risque spécifiques (isolement, décrochage, précarité, questionnement sur l'identité sexuelle). Des initiatives existent déjà, qui s'appuient sur des outils expérimentés. Elles impliquent les jeunes, leurs familles, les enseignants, les services de prévention et de promotion, et d'autres secteurs. Elles participent à la promotion du bien-être dans un cadre de santé. Elles pourraient néanmoins être mieux valorisées, encouragées et coordonnées.

Cette priorité aux jeunes pourra s'envisager dès le **plus jeune âge**, de manière à donner toutes les chances à chaque enfant de développer des ressources qui lui permettront plus facilement de faire face aux difficultés. Proposer un cadre structurant en soutenant la parentalité et le développement harmonieux de l'enfant, dans les familles, à la crèche, dans les écoles maternelles et fondamentales, au moyen d'outils accessibles sera porteur de résultats à l'adolescence et bien après.

7.10 *Soutenir la formation*

La formation des acteurs, tout particulièrement des acteurs de première ligne, constitue un autre axe essentiel dans la prévention du suicide.

La formation permet aux intervenants en prise directe avec des personnes à risque de se sentir plus à l'aise face à cette souffrance et à la façon dont elle s'exprime, et donc de pouvoir mieux y réagir. Il s'agit d'apprendre comment prévenir, quels sont les signaux d'alerte, où se situent les situations d'extrême urgence, comment gérer la crise, comment intervenir, comment soutenir les personnes endeuillées, quelles sont les ressources disponibles, etc. La formation éclairera aussi sur les publics à risque spécifique pour pouvoir adopter un comportement adéquat à partir d'une meilleure connaissance des populations.

La formation peut prendre différentes formes : modules et cycles, à la carte ou programmée,

¹¹¹ Nous savons, par exemple, que les policiers ou les prisonniers sont des groupes particulièrement à risque (en terme de comportements suicidaires) pour lesquels il faudra adapter les stratégies d'approche du problème. Nous savons aussi que certains facteurs augmentent le risque comme les populations GLBT (gays, lesbiennes, bi et transsexuelles), les personnes en décrochage, les personnes en situation de précarité ou les isolés.

¹¹² Promotion santé, enseignement, aide à la jeunesse.

¹¹³ La Communauté française donne la priorité aux jeunes (15-25 ans), et particulièrement aux jeunes scolarisés. De plus, la Charte d'avenir de la Communauté française définit la prévention du suicide comme une priorité, particulièrement chez les jeunes (deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans).

continue ou ponctuelle, transmission ou supervision, etc. Elle pourra aussi s'appuyer sur des échanges de bonnes pratiques, entre écoles par exemple. Une formation à la santé mentale en général et à la prévention du suicide en particulier devrait en outre faire partie de la formation de base des intervenants de première ligne.

La réalisation de brochures comprenant des informations précises sur le suicide, des indications pratiques sur le « comment réagir ? » et des adresses utiles pourra également soutenir les actions de formation.

La formation ne peut en outre s'envisager sans un travail sur les représentations qui visera à les identifier, à les analyser et à les dépasser pour adopter une attitude d'empathie vis-à-vis des personnes.

La formation vise tous types d'intervenants : milieu scolaire (enseignants, directions, CPMS, SPSE, etc.), aide à la jeunesse, police et services d'aide aux victimes, institutions et services pour personnes âgées (maisons de repos, aides seniors, etc.), médecins généralistes, assistants sociaux de mutuelle, éducateurs, hôpitaux psychiatriques, services d'urgence (urgentistes, pompiers, ambulanciers, etc.), bénévoles, responsables de groupes d'entraide, etc.

C'est ici notamment, dans le cadre des formations, que se situe tout l'intérêt de la reconnaissance de centres spécialisés comme ressource pour les intervenants de leur région.

7.11 Intervenir lorsqu'un problème se pose

On sait que l'entourage des personnes suicidaires est particulièrement à risque, de même que la personne qui a, elle-même, posé au moins une fois un geste suicidaire. La postvention, qui vise ce public, constitue une action de prévention particulière.

Il est important d'avoir les moyens d'intervenir vite et de façon adéquate lorsqu'un problème se pose et puis de veiller à assurer un suivi qui s'inscrit dans une durée suffisante.

Avant toute chose, il s'agira d'interroger l'offre de soins en santé mentale : est-elle suffisante et est-elle accessible¹¹⁴? Il apparaît en effet « cruel » (pire

que mieux !) d'orienter une personne en difficulté, souvent a priori réservée sur la démarche, vers un service d'aide qui ne pourra la recevoir dans un délai raisonnable. Pour tout travail qui s'envisage en amont (en matière de prévention), un travail en aval doit être réalisé (sur l'offre de soins).

Pour intervenir rapidement, il s'agira tout d'abord de pouvoir « être là », de désamorcer la crise, de réagir dans l'immédiat tout en préparant la possibilité d'un suivi à plus long terme. Il s'agira de ne pas banaliser la tentative de suicide et la souffrance qui s'exprime au travers de l'acte. Un débriefing de la situation dans l'après coup sera indispensable.

Pour assurer le suivi, il faudra chercher des relais et aider la personne, ainsi que toutes celles qu'elle aura concernées par son geste, à trouver de l'aide. Il s'agira de pouvoir travailler à la charnière. Il sera important de proposer des points d'ancrage pour permettre notamment aux jeunes ou à toute personne concernée de parler du suicide et d'être entendue. Le suivi de l'urgence constitue un des axes sur cette priorité : il s'agira d'amener et le personnel des urgences et le patient à accepter l'idée de rencontrer un professionnel de la santé mentale (au même titre que les infarctus amènent les urgentistes à faire appel au cardiologue).

Pour la prise en charge, il faut aussi savoir qu'il y a des spécificités dans la façon d'aborder la personne suicidaire, qu'il faut parfois être disponible ou trouver des relais 24h/24 et pouvoir travailler avec le risque.

Lorsqu'il y a suicide abouti, il sera important de proposer une aide à l'entourage.

Et enfin, l'accessibilité aux soins, notamment en terme financiers, participe à la prévention de la récidive.

7.12 Passer à l'action !

Pour terminer, il nous semble important de rappeler qu'il y a un relatif consensus entre acteurs sur les priorités à soutenir, et que celui-ci rejoint les grandes lignes définies par l'OMS et synthétisées dans le rapport de Senterre et collègues de 2006¹¹⁵. Le temps semble venu de passer à l'action avec une

toujours pas adopté une législation qui reconnaît le titre de psychothérapeute...

¹¹⁴ Il s'agira aussi d'obtenir des garanties sur la qualité de l'offre, ce qui est difficile actuellement, indépendamment de l'offre proposée par les services subventionnés, puisque la Belgique n'a

¹¹⁵ Ce rapport est disponible dans son intégralité sur <http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac>.

bonne vue d'ensemble, élaborée dans un cadre concerté.

Une prévention efficace peut s'organiser : les bases existent déjà, la complémentarité et la continuité entre les différents partenaires restent à développer.

8 Les annexes

8.1 Les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire	45
8.2 Résumé du plan fédéral	47
8.3 Résumé du plan en Communauté flamande	48
8.4 Extrait du plan quinquennal de promotion de la santé en Communauté française.....	50
8.5 Résumé du plan quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française.	51
8.6 Fiches des différents acteurs identifiés	52
8.7 Tableau synoptique des acteurs.....	
8.8 Les témoins privilégiés	66
8.9 Bibliographie non exhaustive	69

8.1 Les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire

Ci-dessous, se trouvent les définitions préconisées par l’OMS pour les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Prévention primaire : comprend les mesures applicables à une maladie ou à un groupe de maladies pour en bloquer les causes avant qu’elles n’agissent sur l’homme ; en d’autres termes, pour empêcher la maladie de survenir.

Prévention secondaire : comprend les mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès.

Prévention tertiaire : comprend l’ensemble des mesures visant à permettre aux personnes handicapées de recouvrer leurs fonctions initiales ou d’utiliser au maximum les capacités qui leur restent, la réadaptation comprenant à la fois des interventions individuelles et des actions sur l’environnement.

Dans le cadre de la prévention du suicide, si l’on simplifie les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire au concept temporel : « avant l’événement » - « l’événement » - « après l’événement », on se retrouve confronté, comme cela était le cas pour les catégorisations des facteurs associés, à des approches différentes. Selon l’appartenance à une certaine discipline (psychiatrie, sciences humaines ou santé publique), l’événement de référence pris en compte ne sera pas le même. Le schéma et le tableau ci-dessous illustrent ce fait :

Schéma : Mise en évidence des variations entre l’approche « médicale » et l’approche « de santé publique » dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire :

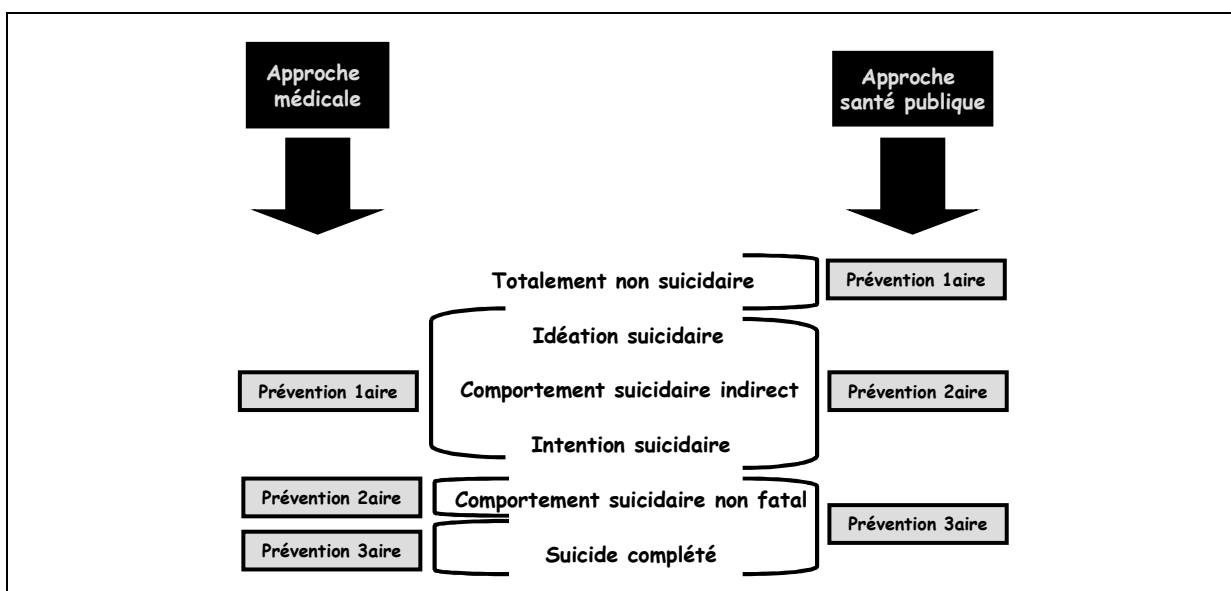


Tableau : Comparaison de l’approche « médicale » et de l’approche « de santé publique » dans le cadre du concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire :

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Approche « médicale » ¹¹⁶	essaie de minimiser les risques de recours au suicide. Cela implique le traitement précoce et adéquat de tous ceux qui sont à risque, préférentiellement ceux qui souffrent d'une pathologie mentale.	implique le traitement approprié de ceux qui ont fait une tentative de suicide par une formation adéquate de tous les professionnels de santé mentale de première ligne et les professionnels des services d'urgence.	la prévention tertiaire vise ceux qui sont touchés par la mort des autres incluant famille, amis et survivants.
Approche « de santé publique » ¹¹⁷	visé à éviter les problèmes de santé en agissant sur les facteurs qui déterminent ces problèmes. Dans le contexte du suicide, la prévention primaire peut porter sur les facteurs qui déterminent un risque accru de suicide et/ou sur les facteurs protecteurs.	visé à identifier les personnes à risque de manière à intervenir de manière précoce. [...] L'efficacité de la prévention secondaire est aussi liée à l'efficacité de la prise en charge des personnes dépistées.	porte sur la prise en charge des personnes qui ont tenté de se suicider, elle concerne moins de personnes et intervient tardivement.

Un décalage existe donc entre les deux approches : dans une perspective de santé publique, la prévention primaire commence déjà lorsque l'individu est encore en situation de bien-être, puisqu'elle peut viser à renforcer les facteurs protecteurs ; dans une perspective médicale, la prévention primaire s'intéresse aux individus à risque « *préférentiellement ceux qui souffrent d'une pathologie mentale* ».

De ce fait, en matière de prévention secondaire, il sera déjà question de prise en charge des individus ayant attenté à leur vie ; tandis que l'approche de santé publique s'intéressera à dépister et prendre en charge les personnes à risque.

¹¹⁶ Hawton K., van Heeringen K. (2000).

¹¹⁷ de Spiegelaere M., Wauters I., Haelterman E. (2004).

8.2 Résumé du plan fédéral

Présentation synthétique du plan d'action en matière de prévention du suicide au niveau fédéral¹¹⁸ :

0 - Réflexion sur l'accès aux données
<p>0.1 - <u>Réfléchir à la rectification des données épidémiologiques disponibles</u></p> <p>Puisqu'il existe du retard dans la disponibilité des données relatives aux certificats de décès.</p> <p>0.2 - <u>Optimaliser l'information en réseau</u></p> <p>Puisqu'il n'existe pas de banque de données.</p> <p>Existence du projet pilote avec l'asbl Eole qui travaille beaucoup avec le cabinet du Ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique en matière de politique de santé mentale.</p> <p>Réflexion sur la nécessité d'un site pluraliste pour réorienter les professionnels au bon endroit et sur la nécessité d'une mise en réseau.</p>
1 - Diminution du nombre de suicides
<p>1.1 - <u>Formation des médecins et des urgentistes</u></p> <p>Des sessions ont déjà eu lieu.</p> <p>1.2 - <u>Etat des lieux en matière de prise en charge des suicidants</u></p> <p>Réalisé par la BeSEDiM (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine). Le but étant de faire des recommandations en matière de prise en charge des suicidants dans les unités d'urgence et sur l'interaction de leurs services avec les unités psychiatriques.</p> <p>1.3 - <u>Mise en œuvre de la recommandation OMS sur le reportage des suicides dans les médias</u></p> <p>Cette disposition est déjà mise en œuvre du côté Communauté flamande</p>
2 - Limitation des récidives suicidaires
<p>2.1 - <u>Formation du personnel aux urgences et dans les services psychiatriques</u></p> <p>Une lettre avait été envoyée au CFE/KCE dans le courant du mois de mai 2004 pour lancer une recherche mais il n'y a pas eu de retour de la part du centre. La deuxième phase sera de faire un appel d'offre aux formateurs.</p> <p>2.2 - <u>Nécessité de relais charnière entre l'hôpital et l'ambulatoire</u></p> <p>Des associations ont rentré des projets...</p> <p>2.3 - <u>Campagne d'information</u></p> <p>Baptisée « Choose life ». Il s'agit d'une carte d'urgence qui sera remise aux suicidants à la sortie de l'hôpital. Trois modèles seront disponibles : un modèle adapté aux jeunes, un modèle adapté aux personnes âgées et un autre adapté aux malvoyants.</p> <p>Des contacts doivent être pris avec les cabinets communautaires et régionaux (wallon et bruxellois) pour leur proposer d'acquérir le matériel et de le reproduire adapté, à leur frais.</p>
3 - Amélioration des conditions d'intégration sociale des suicidants
<p>Renforcement de l'écoute etc. Ce volet est le moins développé pour le moment</p>

¹¹⁸ A l'époque de la recherche initiale (en 2006). Malgré notre demande à la personne en charge « de la prévention suicide, de la lutte contre le sida, du plan d'action national contre les violences intrafamiliales, et de l'égalité des chances » au Cabinet du Ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, aucun document ne nous a été transmis. Les informations de ce paragraphe sont donc parcellaires. Bien que nous ayons pu trouver quelques précisions sur le Web (extraits de discours du Ministre lors d'événements), la majorité des informations sont une retranscription ce qui nous a été dit de façon très synthétique lors de nos échanges téléphoniques et électroniques avec cette personne durant le mois d'avril 2005.

8.3 Résumé du plan en Communauté flamande

8.3.1 Résumé des stratégies d'actions retenues au niveau de la Communauté flamande pour mener à bien un plan de prévention de la dépression et du suicide :

Dans la déclaration politique de 1999, on retrouvait, au chapitre « politique de santé », que « *l'amélioration de la santé mentale est un objectif supplémentaire à la politique de santé préventive* » et que « *la politique de santé doit pouvoir être remplie sur base des objectifs de santé établis par une recherche scientifique, des données épidémiologiques et un grand débat social* ».

Une série de rencontres entre professionnels et politiques a abouti à l'élaboration d'une proposition de plan de politique pour 2003 – 2010. Les fondements de base sont les suivants :

- il est nécessaire de se limiter à un nombre d'initiatives raisonnables ;
- les décisions doivent être basées sur une évidence scientifique ;
- ces fondements doivent avoir une base sociale ;
- il doit y avoir une chance raisonnable de succès.

8.3.2 Les trois stratégies d'actions qui ont été retenues au niveau de la Communauté flamande pour mener à bien un plan de prévention de la dépression et du suicide¹¹⁹.

Les trois stratégies d'approches qui ont été retenues pour mener à bien le plan sont :
Stratégie 1 : une meilleure information pour le grand public
instructions aux médias concernant la couverture des suicides campagne d'information à destination du grand public en ce qui concerne la dépression et le suicide campagne d'information à destination du grand public en ce qui concerne la schizophrénie
Stratégie 2 : promotion de l'expertise des professionnels et travail en réseaux (entre eux)
promotion de l'expertise des médecins généralistes en ce qui concerne la dépression et le suicide screening psychologique des personnes ayant fait une tentative de suicide prévention de la récurrence chez des personnes ayant fait une tentative de suicide, en collaboration avec le médecin généraliste promotion de l'expertise des médecins généralistes en ce qui concerne la schizophrénie équipe de détection précoce pour la schizophrénie thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (mindfulness-based cognitive therapy)
Stratégie 3 : attention pour les groupes vulnérables dans la société
pour les proches des suicidés : brochure « De WegWijzer » (le guide) et les groupes de self help pour l'entourage des suicidés étude exploratoire auprès d'enfants de parents avec des problèmes psychiatriques projet de recherche parmi les défavorisés

Ce plan n'a pas été approuvé tel quel par le Parlement, entre autres pour des raisons budgétaires¹²⁰. Dès lors, les seuls projets qui ont été financés par le Ministère sont :

¹¹⁹ Synthèse réalisée à partir d'un exposé présenté par un représentant du Ministère de la Santé de la Communauté flamande de la rencontre du 11 et 12 mars 2004 à Bruxelles en préalable à la conférence d'Helsinki de janvier 2005

¹²⁰ Informations que nous avons récoltées lors de nos échanges de mail avec les personnes responsables au Cabinet de la Ministre flamande de la Santé.

- le groupe de travail « Verder¹²¹ » (le Ministère ne finance qu'une partie de son fonctionnement) ;
- le projet pilote pour le développement des compétences des médecins traitants par une ligne d'aide électronique (financement du 1^{er} septembre 2004 au 31 août 2006) ;
- le projet pilote MBCT ou Mindfulness Based Cognitive Therapy (la phase préparatoire est terminée et les phases de réalisation et d'évaluation devraient débiter) ;
- une recherche exploratoire concernant les défavorisés (qui s'est terminée « *sans résultats significatifs* ») ;
- une recherche exploratoire concernant les enfants dont les parents souffrent de problèmes psychiatriques (un projet pilote est maintenant lancé sur base des résultats de cette recherche, les résultats sont attendus pour 2007) ;
- Le projet pilote de prévention des récurrences (après tentatives de suicide) en collaboration avec les médecins traitants (projet de novembre 2003 à décembre 2005) ;
- Le projet de recommandations auprès des médias.

Dans le cadre du projet de recommandations auprès des médias, une brochure contenant des recommandations sur le thème du suicide et de la presse a été rédigée par un groupe de travail composé de journalistes et autres experts¹²². Notons aussi qu'il existe depuis peu un Prix des Médias¹²³ pour un reportage responsable des suicides. Son objectif est d'encourager une information médiatique correcte, réfléchie et respectueuse (du suicidé et de ses proches). La première remise de ce prix a eu lieu en novembre 2004, lors de la 3^{ème} « journée des proches ». Journée, lors de laquelle sont organisées conférences et rencontres pour les personnes qui ont vécu le suicide d'un proche¹²⁴.

¹²¹ Il n'y a pas de décret qui balise le travail avec la presse mais parmi les 5 points du plan d'action flamand, 1 des points est entièrement consacré au travail avec les médias. La coordination par contre n'est pas assurée par le CPS mais par un werkgroep : dit « Verder » (Verder voor nabestanden na zelfdoding) et porté par 5 associations (voir www.werkgroepverder.be).

¹²² Consultez la brochure à l'adresse http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie/zelfdoding_pers.pdf

¹²³ Informations issues du texte présenté dans l'ouvrage réalisé par le Fonds Fabiola pour la Santé Mentale, « Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale » (références complètes dans la partie bibliographique).

¹²⁴ Plus d'informations sur cette journée à l'adresse suivante : <http://www.werkgroepverder.be>

8.4 Extrait du plan quinquennal de promotion de la santé en Communauté française

Dans le programme quinquennal de promotion de la santé (2004-2008), le point 8 (voir le tableau ci-dessous) des problématiques de santé prioritaires concerne « la promotion du bien-être et de la santé mentale »¹²⁵. Bien que toutes les tranches d'âges soient concernées par cette problématique, la Communauté française donne la priorité aux jeunes (15-25 ans), et particulièrement aux jeunes scolarisés¹²⁶.

Le tableau reprend les objectifs définis dans le plan quinquennal, mais il faut savoir que cette problématique (santé mentale) n'est pas reprise dans le POC (Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé). De plus, dans ce POC, la problématique de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (qui inclut les traumatismes intentionnels), spécifie que « *le suicide doit être traité prioritairement dans le cadre de la santé mentale, avant d'être traité dans le cadre de la problématique des traumatismes* ».

Objectifs de promotion de la santé et objectifs de prévention de la problématique de santé prioritaires
« Promotion du bien-être et de la santé mentale » du Plan quinquennal de promotion de la santé (2004-2008) :

Point 8 : Promotion du bien-être et de la santé mentale
8.1 Objectifs de promotion de la santé.
Développer des compétences favorisant la santé mentale et relationnelle (être bien avec soi et avec les autres), via : l'apprentissage des « savoirs être » (estime de soi, empathie, capacité à résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres, de prendre des décisions, de gérer le stress ...), la communication et la participation à des projets collectifs, en prise sur les besoins, les attentes et les désirs des jeunes, la gestion des conflits et la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents.
8.2 Objectifs de prévention
diminuer le nombre de tentatives de suicide et de récidives chez les jeunes scolarisés en développant dans un premier temps des programmes de formation pour adultes travaillant en milieu scolaire, développer des programmes de recherche dans le domaine de la prévention du suicide.

¹²⁵ Notons que la réflexion nécessaire sur la problématique du suicide est aussi intégrée dans le Plan quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2004-2009).

¹²⁶ La Charte d'avenir de la Communauté française ayant défini la prévention du suicide comme une priorité, particulièrement chez les jeunes (deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans).

8.5 Résumé du plan quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française.

Cette version du plan quinquennal couvre la période 2004 – 2009.

Ce programme est composé de 4 axes, dont un est consacré à la prévention des traumatismes intentionnels (dont le suicide fait partie).

AXE 1 : Appui aux acteurs et aux actions

AXE 2 : Développement, consolidation et intégration des activités 1999 – 2003

AXE 3 : Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité auprès des nouveaux publics vulnérables (personnes âgées vivant à domicile et traumatismes en milieu scolaire)

AXE 4 : Prévention des traumatismes intentionnels, composé du volet « prévention suicide » et « suicide par armes à feu »

Les objectifs spécifiques du volet « prévention suicide » de l'axe 4 sont les suivants :

- Dresser une analyse détaillée de la situation existante en Communauté française de Belgique en ce qui concerne l'événement suicidaire au sens large du terme et ses principaux déterminants.
- Dresser un bilan de la recherche actuelle dans le domaine de la prévention du suicide.
- Dresser un inventaire des acteurs et leurs programmes d'interventions, les principaux contextes environnementaux, sociaux et professionnels favorisant.
- Elaborer un document d'orientation stratégique pour la Communauté française de Belgique en terme de stratégies et d'actions prioritaires, avec un choix d'indicateurs pertinents permettant aux responsables communautaires de faire un pilotage objectif de l'évolution du problème.
- Développer les mesures passives nécessaires pour diminuer de façon substantielle l'importance des suicides par armes à feu dans la Communauté.

Rappelons que c'est dans le cadre du premier objectif de ce volet que le rapport de recherches de Senterre et collègues (de 2006) trouve son origine.

8.6 Fiches des différents acteurs identifiés

Les Services de Santé mentale

Les Centres de Planning familial

Les Centres PMS (Psycho- médico-sociaux)

Les Services PSE (promotion de la santé à l'école)

Les Aides en Milieu Ouvert

Le Centre de prévention du suicide de Bruxelles

Le Centre " Un pass dans l'impasse ", Centre de Prévention du suicide de Namur

La Commission provinciale de prévention du suicide de Liège

Le Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon

Le Service Télé Accueil

Le Service des Actions de Promotion de la Santé mentale de la Province de Luxembourg

La Fédération des associations Similes francophone asbl

Le Service de Santé Mentale de l'ULB (SSM – ULB)

La Fondation Julie Renson

Le service Eole

L'Institut wallon pour la santé mentale (IWSM)

Les associations du réseau accompagnement du deuil après suicide

Le Centre Patrick Dewaere du Centre Hospitalier Spécialisé de Lierneux

LES SERVICES DE SANTE MENTALE (SSM)

Types d'interventions : Préventif, curatif & accompagnement

Missions légales :

Un Service de Santé mentale est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire et en collaboration avec d'autres services ou personnes concernés par la santé mentale, assure l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes.

- A titre principal, le service de santé mentale accueille, oriente et aide par des examens, des diagnostics, des conseils, des traitements et des accompagnements toute personne qui en fait la demande.
- A titre complémentaire, le service de santé mentale, seul ou en collaboration avec d'autres partenaires publics ou privés, organise des activités d'information, de recherche et de prévention qui ont notamment pour objet de promouvoir le dépistage précoce des problèmes de santé mentale et d'apporter l'aide adéquate. Le service de santé mentale organise ou collabore à des activités de prévention étroitement liées à ses missions générales et, le cas échéant, aux projets spécifiques qu'il développe. Ces activités peuvent notamment consister en :
 - une information, une sensibilisation et une éducation en matière de santé mentale de la population du territoire desservi par le service de santé mentale et des travailleurs du réseau sanitaire et social de ce territoire
 - des interventions particulières de prévention envers des groupes ciblés, notamment dans des lieux d'accueil de la petite enfance
- Le service de santé mentale assure les liaisons entre les services concernés en vue de réaliser la prise en charge intégrée des personnes.

Texte(s) de référence :

- Commission Communautaire française ; Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 27 avril 1995 ; M.B. 1995-10-03
- Commission Communautaire commune ; Ordonnance relative à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 17-07-1997 ; M.B. 1997-10-22
- Ministère de la Région wallonne ; Décret organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale ; 04-04-1996 ; M.B. 1996-05-23

Remarques : Le service de santé mentale peut, à titre exceptionnel et moyennant un agrément mentionnant cette particularité, se spécialiser dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents.

LES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL (CPF)

Types d'interventions : Prévention, éducation & consultation

L'accueil, l'information, l'éducation et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles, ainsi que l'animation de groupes, notamment des jeunes, dans le cadre de la vie affective et sexuelle (VAS) et relationnelle. Leurs missions sont :

- organiser des consultations psychologiques, sociales, médicales et juridiques ;
- préparer les jeunes à la VAS + assurer l'éducation et l'information des adultes et des jeunes dans le domaine de la vie relationnelle, affective et de la parentalité responsable ;
- informer les personnes et groupes sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non, l'IVG, les MST et tout aspect de la vie sexuelle et affective ;
- aider les personnes dans les problèmes d'infertilité, de contraception et dans tout autre aspect de leur VAS ;
- aider les femmes enceintes en difficultés ;
- porter à la connaissance du public les notions de droit familial.

Le centre organise des animations liées aux missions énoncées ci-avant. Une liste des thèmes qui peuvent être abordés a été élaborée afin « d'éviter certaines dérives ». Dans cette liste se trouvent :

- découvrir l'existence de diverses réactions possibles au comportement de l'autre et à son propre comportement ;
- aider l'enfant à réfléchir à des situations amenées : rejet, chantage affectif, maltraitance etc. ;
- lui permettre de construire un réseau de personnes ressources dans son entourage à qui l'enfant pourra parler des situations difficiles pour lui ;
- le respect de l'autre ;
- écouter avec respect, sans jugement, parler, exprimer ses sentiments, ses émotions, les sentir, les reconnaître, les dire ;
- l'affirmation de soi, être capable de dire oui ou non ;
- se connaître, se sentir bien dans son corps, dans sa tête, l'identité positive.

Dans le cadre de ces thèmes, les aspects suivants peuvent être abordés : les comportements à risque et/ou violents à l'égard de soi-même (dépendance, conduite suicidaire, anorexie et boulimie) ou de l'autre (manque de respect, intolérance, passages à l'acte etc.)

Texte(s) de référence :

- Ministère de la Région wallonne ; Décret relatif aux Centres de planning et de consultation familiale et conjugale ; 18-07-1997 ; M.B. 1997-09-23
- Ministère de la Région wallonne ; Centres de planning et de consultation familiale et conjugale. Circulaire relative aux animations : liste des thèmes et recommandations des techniques et outils à utiliser ; 03-10- 2001.

Remarques : Il existe 4 fédérations de planning : Fédération Laïque de CPF (FLCPF), Fédération des Centres de Planning et de Consultations (FCPC), Fédération des Centres de Promotion conjugale et familiale des Femmes prévoyantes socialistes (FCPF – FPS), Fédération des Centres pluralistes familiaux (FCPF)

LES CENTRES PMS (PSYCHO-MEDICO-SOCIAUX)	
Types d'interventions :	Prévention, information & guidance
Missions légales :	<p>Les centres ont pour mission d'assurer les tâches de guidance suivantes au profit des élèves de l'enseignement maternel, primaire, secondaire de plein exercice, de l'enseignement spécialisé et de l'enseignement à horaire réduit créé afin de satisfaire à l'obligation scolaire à temps partiel qui appartiennent à leur ressort d'activités :</p> <p>Contribuer à rendre optimales les conditions psychologiques, psychopédagogiques, médicales, paramédicales et sociales de l'élève lui-même et de son entourage éducatif immédiat afin de lui offrir les meilleures chances de développement harmonieux de sa personnalité et de son bien-être individuel et social.</p> <p>Dans ce cadre, la mission comporte, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prise des initiatives nécessaires à caractère préventif et palliatif afin d'éviter ou de supprimer des facteurs qui constituent une menace ou une entrave pour l'élève, et d'y remédier ; • Le soutien au processus d'épanouissement des élèves et l'aide au développement de leurs potentialités afin de contribuer à l'acquisition de leur autonomie, à la croissance harmonieuse de leur personnalité et à leur bien-être individuel et social.
Références	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Communauté française ; Arrêté royal organique des centres psycho médico sociaux ; 13-08-1962 ; M.B. 1962-08-25 / 1963-10-10
Remarques : Pour le réseau de la CF, les CPMS assurent aussi les missions de SPSE	

LES SERVICES PSE (PROMOTION DE LA SANTE A L'ECOLE)	
Types d'interventions :	Prévention & dépistage
Missions légales :	<p>La promotion de la santé à l'école consiste en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé. Les programmes peuvent concerner les problèmes de santé mentale et d'assuétudes, la prévention des accidents domestiques et de la route, la vie affective et sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention des violences et de la maltraitance, la pédiculose, l'alimentation, la santé dans le sport, ou toutes autres problématiques de santé spécifiques à certaines populations scolaires. Le Gouvernement peut fixer d'autres programmes en fonction de l'évolution du plan quinquennal de promotion de la santé. La promotion d'un environnement favorable à la santé nécessite, en collaboration avec l'établissement scolaire, des actions relatives aux installations, en général, et plus particulièrement aux classes, aux cantines, aux cours de récréation et aux installations sanitaires. • Le suivi médical des élèves. La durée de ces prestations ne pouvant pas être inférieures à 70% du temps total de prestations. • La prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles. • L'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.
Texte(s) de référence :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 ; 30-04-2004 ; M.B. 2004-07-07 ▪ Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à la promotion de la santé à l'école ; 20-12-2001 ; M.B. 2002-01-17

LES SERVICES D'AIDE EN MILIEU OUVERT (AMO)

Types d'interventions :

Prévention & éducation

Missions légales :

Le service d'Aide en Milieu ouvert a pour activité l'aide préventive au bénéfice des jeunes dans leur milieu de vie et dans leurs rapports avec l'environnement social. L'aide préventive comporte nécessairement l'aide individuelle, l'action communautaire et éventuellement l'action collective. Ces trois dimensions sont intégrées et sous-tendues par un même objectif de prévention. Complémentairement à sa mission principale [...], le service peut développer toute activité de prévention qui vise à atteindre son objectif principal.

L'aide individuelle est une aide sociale et éducative. Elle vise à favoriser l'épanouissement personnel du jeune dans son environnement social et familial, afin notamment de prévenir la rupture avec cet environnement ou toute dégradation de situation de rupture avec cet environnement.

L'action communautaire vise, dans le souci du bien-être des jeunes concernés, à améliorer l'environnement social des jeunes, à apporter une réponse globale à des problèmes individuels et à développer une dynamique de réseau et communication sociale. L'action communautaire participe à une politique d'action contre les mécanismes de marginalisation et d'exclusion sociale du public visé.

L'action collective vise à induire, à élaborer et à apporter avec les jeunes et en interaction avec leur environnement social, des réponses collectives à des problématiques globales ou individuelles. L'action collective ou de groupe est une modalité d'intervention centrée sur la pédagogie de projet qui a pour objectif principal de restaurer ou de développer une dynamique de solidarité sociale et de prise de responsabilités entre les jeunes et leur environnement. L'action collective offre aux jeunes en difficulté les capacités de conception et les moyens de réalisation de projets permettant une socialisation et une valorisation de soi susceptibles à terme d'être gérées de manière autonome par les jeunes.

Texte(s) de référence :

- Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'aide en milieu ouvert ; 15-03-1999 ; M.B. 1999-06-01
- Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse ; 04-03-1991 ; M.B. 1991-06-12

Centre de prévention du suicide de Bruxelles	
Spécifique suicide	OUI - NON
Source de financement	Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale (uniquement pour le service d'accueil téléphonique)
Public cible	Tout public : particuliers et professionnels
Type de prévention	Universelle, sélective et indiquée
Type d'activités	Destinées aux particuliers : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistance téléphonique 24h sur 24. ▪ Forum d'échanges sur la toile. ▪ Groupe de parole « l'autre temps » : pour les personnes endeuillées à la suite d'un suicide. ▪ Postvention suite à un suicide : intervention d'une équipe du Centre à la demande d'une école, d'une entreprise ou d'une prison pour apporter à l'entourage un premier soutien psychologique.
	Destinées aux professionnels : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cellule d'intervention psychologique (CIP) : sur demande des médecins généralistes et unités d'urgences hospitalières, la CIP opère la transition entre ceux-ci et les services thérapeutiques devant prendre le relais pour un traitement à long terme du suicidant. La CIP assure également la sensibilisation des médecins et infirmiers à l'accueil et à la prise en charge des suicidants. ▪ Formation et sensibilisation : le Centre développe à l'attention des professionnels du secteur psycho-médico-social mais également d'autres travailleurs tels les policiers, les pompiers, les gardiens de prison, les conducteurs de train, de tram ou de métro etc., divers modules de sensibilisation et de formation devant les aider à gérer au mieux la réalité du suicide à laquelle ils sont confrontés de par leur fonction. ▪ Bibliothèque : Le Centre met à disposition de toutes personnes intéressées par la problématique du suicide (étudiants, chercheurs, particulier etc.) une documentation spécialisée sur le sujet.
<p>Implication dans un (des) réseau(x) : 1/ Initiateur du Réseau prévention suicide en Communauté française. Ce réseau regroupe le CPS, le Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon + travaille en collaboration avec l'équipe adolescence du Service de Santé Mentale de l'ULB. 2/ Coordonnateur d'un Réseau d'accompagnement du deuil après suicide qui assure, à travers toute la Communauté française, une prise en charge spécifique et diversifiée des personnes endeuillées par le suicide (réseau qui regroupe une quinzaine d'associations wallonnes et bruxelloises) [voir la fiche correspondante].</p>	

" Un pass dans l'impasse ", Centre de Prévention du suicide de Namur	
Spécifique suicide	OUI - NON
Source de financement	Mutualités socialistes
Public cible	Tout public : particuliers et professionnels
Type de prévention	Universelle, sélective et indiquée
Type d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre aussi disponibles que possible pour celles et ceux qui souhaitent s'informer, en constituant un centre de documentation sur le sujet, accessible à toute personne s'intéressant à la problématique du suicide (professionnels, étudiants, etc.) ▪ Proposer des lieux d'écoute et d'accompagnement pour l'entourage des personnes emportées dans cette spirale, afin d'exprimer leur souffrance, de clarifier leur situation, de trouver des ressources adéquates et de prendre du recul en vue d'ouvrir d'autres voies possibles. ▪ Sensibiliser et former toutes celles et ceux qui se trouvent (ou peuvent se trouver) confrontés à des personnes suicidantes et suicidaires dans leur pratique professionnelle (médecins généralistes, urgentistes, travailleurs du secteur psycho-médico-social, personnel de police, enseignants, éducateurs...). ▪ Intervenir dans les milieux (professionnels ou scolaires) où la problématique est survenue afin d'éviter la contagion ou les phénomènes associés, par le biais de l'animation d'un espace de parole adapté (sur base de la technique du débriefing).
	<p>Implication dans un (des) réseau(x) : Travail en réseau afin de créer une synergie de travail avec les différents services en Province de Namur</p>

Commission provinciale de prévention du suicide de Liège	
Spécifique suicide	OUI - NON
Source de financement	Province de Liège
Public cible	Tout public et professionnels
Type de prévention	Universelle et sélective
Type d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion d'une information la plus large possible par le biais de dépliants et d'organisation de colloques. ▪ Organisation de formations traitant de la prise en charge du suicide destinées à différents publics cibles (personnel des urgences, travailleurs psycho-médico-sociaux, infirmiers, médecins généralistes, agents pénitenciers, services sociaux de la police fédérale, enseignants etc. ▪ Organisation de soirées de sensibilisation à destination des médecins généralistes, des ambulanciers, des pompiers etc. ▪ Organisation chaque année d'une semaine provinciale de prévention du suicide. ▪ Existence d'une équipe de première intervention suicide qui peut intervenir à la demande des directions des établissements scolaires, tous réseaux confondus, suite à un suicide ou à une tentative de suicide. Cette équipe intervient pour assurer, auprès de l'institution scolaire, l'information et le soutien adéquat. Elle oriente, si nécessaire, vers les services ressources les plus habilités (PMS, IMS, Centres de Santé Mentale, ...). ▪ Conception et mise à disposition d'une exposition itinérante de prévention du suicide " Les maux n'auront pas le dernier mot ".
Implication dans un (des) réseau(x) : Collaboration avec l'association " Vivre sous les Oliviers " qui propose une aide à l'entourage de personnes ayant commis l'acte suicidaire	

Service « Prévention suicide » de l'Intercommunale Sociale du Brabant wallon	
Spécifique suicide	OUI - NON
Source de financement	Province du Brabant wallon
Public cible	Tout public et milieu scolaire
Type de prévention	Universelle et sélective
Type d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanence téléphonique (du lundi au vendredi de 9h à 17h) et orientation des demandes d'aide de personnes en difficultés (jeunes, familles, professionnels etc.) vers les services spécialisés. ▪ Développement des relais. ▪ Organisation d'actions de prévention via des cycles de formation et d'information (pour les professionnels et le grand public. Exemple : police, parents, professeurs, animateurs de quartiers, écoles, etc.)
Implication dans un (des) réseau(x) : Membre du Réseau prévention suicide en CFWB	

Télé Accueil	
Spécifique suicide	OUI - NON → santé mentale
Source de financement	Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale pour le Centre régional de Bruxelles et Région wallonne pour les Centres régionaux de Charleroi, Liège, Luxembourg, Mons, Namur et Brabant wallon
Public cible	Tout public
Type de prévention	Universelle et sélective
Type d'activités	Propose un espace de parole et d'écoute 24h sur 24 à toute personne qui vit une situation de crise ou une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique. « <i>Télé Accueil est reconnu par les Pouvoirs publics comme centre de crise et de prévention du suicide</i> »

Service des Actions de Promotion de la Santé mentale de la Province de Luxembourg	
Spécifique suicide	OUI - NON → santé mentale
Source de financement	Province (+ parfois subsides ponctuels pour des projets ponctuels)
Public cible	Les professionnels et les particuliers
Type de prévention	Universelle
Type d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser une politique concertée de santé mentale répondant aux besoins spécifiques de la population luxembourgeoise grâce à l'appui et à la mobilisation des structures en place (publiques et privées). ▪ Assurer la promotion de la santé mentale en développant des activités ou en les encourageant sur les plans local, régional, provincial, voir inter provincial. ▪ Elargir le champ de la santé mentale promotionnelle en santé mentale communautaire : créer un ancrage entre le plan social et le plan thérapeutique sans entrer dans une dimension curative (ex : groupe de paroles fermés avec des demandeurs d'asile). ▪ Coordonner les informations, développer ou encourager des activités concernant la santé mentale, conférences-débats, ou partenariats afin de s'inscrire dans une large politique de santé permettant d'atteindre un mieux être : en développant des partenariats extérieurs, en coordonnant clairement les activités en place, en assurant leur visibilité et leur diffusion, en établissant des priorités en matière de santé publique, en répertoriant les partenaires potentiels et les associations, en facilitant l'accessibilité au public. ▪ Poursuivre des activités de sensibilisation sur les conduites à risques telles que le suicide, la somnolence au volant, l'abus d'alcool ou de substances toxiques, l'isolement, etc. ▪ Elargir le champ par un échange de savoirs (tant au niveau communautaire qu'europpéen). ▪ Coordonner le réseau communautaire de prévention du suicide.
Implication dans un (des) réseau(x)	Oui, de par leur mission de coordination des partenaires publics et privés.

Fédération des associations Similes francophone asbl	
Spécifique suicide	☹ - NON → santé mentale
Source de financement	La Fédération elle-même ne reçoit aucun subside, la section de Bruxelles (Similes Bruxelles asbl) reçoit un subside de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale et la Section wallonne (Similes Wallonie asbl) reçoit un subside de la Région wallonne. Les autres revenus de la fédération et des sections proviennent de dons et de cotisations.
Public cible	Familles et amis de personnes souffrant de maladie mentale
Type de prévention	Universelle, sélective et indiquée
Type d'activités	<p>Les missions de cette asbl sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir la qualité de vie des malades mentaux et de leurs familles ; ▪ Aider les familles dans la défense de leurs propres intérêts, matériels ou moraux, ainsi que de ceux de leur malade ; ▪ Sensibiliser du monde politique et médical pour que soit reconnu le rôle important des proches de malades mentaux. <p>Ils remplissent leurs missions via :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'organisation de groupes de parole pour partager les expériences, s'entraider et se soutenir ; ▪ L'information aux familles sur les droits des malades, les adresses utiles etc ; ▪ L'organisation de conférences débats avec participation d'experts ; ▪ L'information aux médias.
Implication dans un (des) réseau(x)	Partenariat avec des organismes de santé mentale (ex : Fondation Julie Renson, IWSM, ...).

Service de Santé Mentale de l'ULB (SSM – ULB)	
Spécifique suicide	☹ - NON → santé mentale
Source de financement	Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale
Type de prévention	Universelle et sélective
Type d'activités	<p>Les Activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliniques : consultations, psychothérapies, interventions thérapeutiques à domicile, interventions en institution, expertises et conciliations, traitements psychothérapeutiques sous contrainte judiciaire ; ▪ Prévention avec entre autres : la prévention du suicide à l'adolescence (dans la continuité de l'évaluation préliminaire du dispositif de soins bruxellois réalisée en 1997-1998, un projet spécifique élaboré dans le cadre du département "adolescence" a mis en oeuvre, grâce à un subside spécifique de 2 ans de la Cocom, une recherche-action visant à faciliter la mise en place, en collaboration avec les centres PMS, de dispositifs d'interventions de crise dans les établissements scolaires. Cette recherche-action a débouché sur un rapport en décembre 2002). Par ailleurs, un subside du Fonds Houtman de l'ONE a permis la rédaction d'une brochure d'information, destinée aux médecins généralistes et aux pédiatres de la Communauté Française (Prévenir le suicide à l'adolescence) ; ▪ Formation ; ▪ Recherche ; ▪ Organisation de séminaires et de conférences.
Implication dans un (des) réseau(x)	Collaboration avec le Réseau Prévention suicide en Communauté française.

Fondation Julie Renson	
Spécifique suicide	OUI - NON → santé mentale
Source de financement	Subsides Région wallonne – fonds propres – intervention FOREM, ORBEM et VDAB.
Public cible	Tout public, professionnels
Type de prévention	Universelle et sélective
Type d'activités	<p>C'est une fondation d'utilité publique qui a pour objectif principal l'amélioration de la santé mentale en Belgique (amélioration de la qualité de l'accueil et des soins aux malades mentaux).</p> <p>Les activités suivantes lui permettent d'y répondre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisation ou information d'un large public sur des sujets sensibles ou méconnus de la santé mentale, par l'organisation de congrès, journées d'études, rencontres entre les communautés linguistiques du pays etc ; ▪ Initiation de groupes de travail sur différents thèmes ; ▪ Publications sur la prévention de la santé mentale, les traitements psychiatriques, la place de la dimension culturelle en santé mentale etc ; ▪ Service Info santé mentale qui répond par téléphone, courrier, etc. aux questions émanant de professionnels et/ou de particuliers sur le thème de la santé mentale ; ▪ Gestionnaire de Theseas.be : base de données sur la santé mentale accessible gratuitement par Internet, et destinée au grand public.
Implication dans un (des) réseau(x)	Partenariat ponctuel et/ou à plus long terme avec la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, l'Institut wallon pour la santé mentale, Similes, le Centre de prévention du suicide etc.

Eole	
Spécifique suicide	OUI - NON → santé mentale
Source de financement	Fédérale et en attente de subsides de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale.
Public cible	Professionnels de première ligne
Type de prévention	Universelle et sélective
Type d'activités	Service téléphonique d'orientation et de gestion de situations cliniques pour les professionnels de première ligne ayant des difficultés pour l'orientation et le maniement de problématiques de santé mentale avec leurs patients.
Implication dans un (des) réseau(x)	De par leur mission de base, avec différents services de santé mentale, services psychiatriques d'urgence et hospitaliers, centres de jour, services d'aide à la jeunesse, maisons médicales, centres PMS, CPAS, psychiatres, associations de patients et de familles de la région de Bruxelles Capitale etc.

<i>Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM)</i>	
Spécifique suicide	⊕ – NON → santé mentale
Source de financement	Région wallonne mais existence de financements ponctuels par les pouvoirs publics ou les partenaires privés.
Public cible	usagers, intervenants de 1 ^{ère} ligne, professionnels de la santé mentale, décideurs et population dans son ensemble.
Type de prévention	Universelle et sélective
Type d'activités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rassemblement des acteurs de terrain et des représentants des usagers et des familles en vue de soutenir, entre autres, une réflexion permanente sur les problématiques de santé mentale ; ▪ Recherche pour accroître la compréhension des problématiques ; ▪ Formation des professionnels de la santé mentale, des intervenants de 1^{ère} ligne et des usagers et de leurs familles. Différentes formes : (cycles) de séminaires, journées d'études, colloques, groupes de formation, interventions, échanges de savoirs, supervisions, modules thématiques. La formation inclut la sensibilisation des professionnels ; ▪ Information (3 volets) : <ul style="list-style-type: none"> - l'information proprement dite : rôle, fonctionnement et coordonnées des services et institutions ou orientation vers des organismes de référence, information sur les formations, sur les activités, sur le secteur, sur la santé mentale en général. - le centre de documentation : mise à disposition auprès de toute personne ou association demandeuse d'ouvrages et de revues, recherches bibliographiques, dossiers documentaires. - la diffusion de l'information : publications et prospectus, bulletin d'information, revue scientifique.
Implication dans un (des) réseau(x) : Oui, de par leur mission première (rassemblement des acteurs de terrain, des usagers et des familles)	

Les Associations du Réseau accompagnement du deuil après suicide		
Spécifique suicide	OUI et NON (toutes les associations ne font pas que le deuil post suicide)	
Source de financement	Pas de financement spécifique pour le réseau	
Public cible	Les personnes endeuillées par le suicide d'un proche	
Type de prévention	Sélective - Postvention	
Type d'activités	Trois types d'accompagnements sont proposés :	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le groupe d'entraide (1) : créé et animé par des personnes qui vivent une même problématique, il est lieu d'expression, de dialogue et d'échanges. ▪ Le groupe de parole (2) poursuit la même démarche d'expression, de dialogue, d'échange que le groupe d'entraide mais il est mis sur pied et animé par des professionnels. ▪ Le suivi individuel (3) : soit en attente d'une participation à un groupe de parole, soit par choix de la personne intéressée. 	
	Implication dans un (des) réseau(x) : Oui, de par leur définition même. Ce réseau est initié et coordonné par le Centre de Prévention du Suicide	
	Les associations qui le compose :	
NOM	Type d'activités (1, 2 et/ou 3) et spécificité suicide	
* Cancer et psychologie	2	NON
* Centre de consultation conjugale et familiale Estelle Mazy	3, 2	NON
* Centre de planning et de consultation familiale et conjugale d'Arlon	3	NON
* Centre de planning et de consultation conjugale et familiale de La Louvière	3, 2	OUI
* Centre de planning et de consultation familiale et conjugale « la famille heureuse »	3, 2	NON
* Centre Willy Peers	3, 2	OUI (pour les groupes de paroles) et NON (pour le suivi individuel)
* Infor - Veuvage	3, 1	NON
* L'Autre temps	2	OUI
* Maison Saint Hubert	3, 1	NON
* Parents désenfantés	2	OUI
* SIRIUS – Accompagner la vie	3, 2	OUI
* Vivre son deuil Brabant wallon	3, 2	NON
* Vivre sous les Oliviers	2	OUI

Le Centre Patrick Dewaere du Centre Hospitalier Spécialisé de Lièrnx

Spécifique suicide	OUI - NON
Source de financement	Province de Liège
Public cible	Personnes jeunes (15 – 35 ans) concernées par la problématique du suicide (suicidaires ou suicidants)
Type de prévention	Sélective et indiquée
Type d'activités	<p>Le Centre hospitalier spécialisé (CHS) appartient à la Province de Liège (qui en est le pouvoir organisateur). Les patients sont répartis en 14 unités selon la pathologie ou la spécificité de la prise en charge. Au sein de ce dispositif on retrouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le <u>Centre Patrick Dewaere</u>, qui est une unité d'admission et de traitement (soins aigus, mixte, portes ouvertes) qui accueille des personnes ayant fait une tentative de suicide, ou des personnes « à titre préventif ». C'est un lieu de transition, de médiation et de remédiation. Après un entretien préalable, de jeunes adultes suicidaires sont accueillis en vue d'une préparation à une prise en charge psychothérapeutique. ▪ Le <u>Val</u> qui est une unité d'admission et de traitement (soins aigus, pour les femmes à partir de 16 ans, portes ouvertes). Sont accueillies les situations de crise, les dépressions réactionnelles, les tentatives de suicide, les névroses, les psychoses, les séniles et les déficiences intellectuelles (non isolées, mais avec troubles du comportement). Les toxicomanes de sexe féminin sont aussi prises en charge depuis quelques années. ▪ Le <u>Relais</u> qui est une unité de traitement (soins aigus, hommes à partir de 17 ans, portes ouvertes). Sont accueillies les situations de crise, les tentatives de suicide, les dépressions réactionnelles, les psychoses (après phases aiguës, en évitant les schizophrénies chroniques), névroses (spécialisés), les cas limites, les déficiences intellectuelles (légères) et les toxicomanies (sauf drogues dures).

8.7 Tableau synoptique des acteurs¹²⁷

	Fédéral	Communauté française	Régions Wallonie / Bxls	Provinces	Outils /Initiatives
Prévention universelle					
Promotion du bien-être et de la santé mentale		<input type="checkbox"/> ONE <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> AMO <input type="checkbox"/> + milieu scolaire en général <input type="checkbox"/> Projets communautaires d'action globale	<input type="checkbox"/> CPF		<input type="checkbox"/> SACADO, <input type="checkbox"/> « A la rencontre de l'autre » <input type="checkbox"/> etc
Sensibilisation et information du grand public		Cellule « YAPAKA »	<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> SSM <input type="checkbox"/> IWSM <input type="checkbox"/> LBFSM <input type="checkbox"/> FJR <input type="checkbox"/> Similes	<input type="checkbox"/> Commission provinciale Prévention du suicide à Liège <input type="checkbox"/> Service « PS » de l'ISBW	
Collaboration avec les médias			<input type="checkbox"/> Similes	<input type="checkbox"/> Commission provinciale Prévention du suicide à Liège	Brochure Prix presse
Prévention sélective					
Sensibilisation, formation, soutien aux profess. de 1 ^{ère} ligne	<input type="checkbox"/> Eole	Educa Santé	<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> IWSM <input type="checkbox"/> LBFSM	Commission provinciale Prévention du suicide à Liège Service « PS » de l'ISBW CLPS	<input type="checkbox"/> Brochures pour les MG <input type="checkbox"/> Cycle de formation
Détection, orientation relais	<input type="checkbox"/> Médecins généralistes	<input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> AMO <input type="checkbox"/> Enseignants	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> SSM <input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> Télé Accueil <input type="checkbox"/> IWSM <input type="checkbox"/> Intervenants de 1 ^{ère} ligne	<input type="checkbox"/> Service « PS » de l'ISBW <input type="checkbox"/> CLPS	<input type="checkbox"/> « Sentinelles » <input type="checkbox"/> Tables rondes et échanges entre intervenants
Postvention			<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> Similes <input type="checkbox"/> Serv . d'accomp. du deuil	<input type="checkbox"/> Commission provinciale Prévention du suicide à Liège	<input type="checkbox"/> Groupe de parents d'ado sur les conduites à risque <input type="checkbox"/> Psychoéducation
Prévention indiquée					
Prise en charge et traitement	<input type="checkbox"/> CHS Lierneux		<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> SSM		<input type="checkbox"/> Cellule d'intervention psychologique
	<input type="checkbox"/> Associations de patients et groupes d'entraide				
Activités de recherche		<input type="checkbox"/> SSM (ULB nott) <input type="checkbox"/> ULB <input type="checkbox"/> Educa Santé	<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> IWSM		
Orientations générales	Plan fédéral	<input type="checkbox"/> Plan Quinquennal de promotion de la santé			

¹²⁷ Ce tableau cherche à donner une vue d'ensemble des principaux acteurs repérés dans le cadre de la présente mission d'expertise, selon les différents niveaux d'action et de compétence en la matière dans le pays. Il n'est pas exhaustif.

	(en cours)	en C. fr. : Axes prioritaires : (8) Promotion du bien-être et de la santé mentale et (3) Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité <input type="checkbox"/> Plan Comm. Opérationnel (POC axe 5) Prév. des trauma. et prom. de la sécurité (Educa santé)			
--	------------	---	--	--	--

8.8 Les témoins privilégiés

Le rapport de cette mission d'expertise « Prévention du suicide », réalisé pour le Parlement de la Communauté française, s'est appuyé sur le rapport de la recherche réalisée par Christelle Senterre en 2006 : « *Prévention du suicide : Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique* », Rapport de recherche relatif au projet 4.1 de l'axe 4 du Programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique : Christelle Senterre, Martine Bantuelle et Alain Levêque, CERESP/ESP ULB /Educa Santé, 2006.

Synthétisés et actualisés, les résultats du rapport ont été confrontés à la lecture des priorités faite par une série d'acteurs inscrits dans le champ de la prévention du suicide sur le territoire de la Communauté française de Belgique, dans le but d'ancrer les résultats de la recherche sur la pluridisciplinarité des réalités de terrain. Les entretiens ont été réalisés par Christiane Bontemps.

La sélection des acteurs a été effectuée dans le respect de la diversité du champ de la prévention du suicide en Communauté française de Belgique, quelle que soit leur tutelle. Il s'agissait de veiller à rencontrer les différentes problématiques qui peuvent se présenter en cette matière pour la population du territoire.

Compte tenu des échéances du rapport, l'échantillon a été construit sur base de travaux réalisés antérieurement par les experts, et complété de manière à couvrir les différents secteurs concernés. Il ne s'agit donc pas d'un échantillon aléatoire, mais les contacts pris visent à atteindre une certaine forme de représentativité.

La plupart des entretiens ont été réalisés par téléphone. Un premier contact visait à préciser la demande et, sauf exception, un entretien de 20 à 30 minutes faisait l'objet d'un 2^{ème} contact. L'investigation portait essentiellement sur les initiatives existantes et sur les priorités à soutenir en matière de prévention du suicide en Communauté française, rapportées aux recommandations issues de la recherche menée en 2006.

Les notes d'entretiens n'ont pu être soumises aux personnes interviewées pour validation. Il faut donc souligner que si les conclusions se réfèrent au discours des acteurs, le résultat est de la responsabilité des auteurs du rapport.

Nous tenons à remercier ces « témoins » pour l'éclairage qu'ils ont pu apporter dans la réflexion, et à présenter nos excuses à tous ceux qui n'ont pu être sollicités dans les délais.

Merci à : **Martine Bantuelle**, Directrice Educa santé Charleroi et coordinatrice du plan quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité de la Communauté française, **Catherine Barreau**, Psychologue, Centre psychothérapique provincial – SSM Namur, **Martine Biset-Saucez**, Psychologue, Le Blé en herbe – Centre de planning familial – Namur, **Ann d’Alcantara**, Psychiatre d’adolescents, CTHA – Chef de clinique associé – UCL Cliniques St Luc, **Jacqueline Danhaive**, Chargée de missions, Observatoire de la Santé du Luxembourg, **Nicolas Dauby**, Psychologue, Asbl Reflexions – Liège, **Christine Decantère**, ligue TOC – Bruxelles, **Psytoyens**, **Guy Dekeyser**, Secrétaire général et **Paul Maurissen**, Responsable des formations, FCPL, **Axel Geeraerts**, Sociologue, Centre de Prévention du Suicide – Bruxelles, **Xavier Gernay**, Psychiatre, Centre Patrick Dewaere (Lierneux) – Province de Liège, **Rosine Horincq**, Psychologue, Magenta – Bruxelles, **Diane Huppert**, Yapaka, Ministère de la Communauté française de Belgique – Bruxelles, **Suzanne Huygens**, Coordinatrice générale, relais social – Charleroi, **Didier Lebailly**, Ministère de la Communauté française, DG Promotion de la santé, **Liliane Leroy**, Sociologue, Service d’étude des FPS et Coordination des CPF/FPS, **Nathalie Loutz**, Psychologue, PSE – Province de Namur, **Frédéric Lebrun**, Psychologue, Centre PMS Libre à Mons (et Centre de planning familial Aurore Carlier des FPS à Tournai), **Stéphanie Lemestré**, Assistante sociale, Similes – Liège/Wallonie, **Eric Mathy**, Pédopsychiatre, Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi, Centre l’Accueil (SASPE – service d’Accueil spécialisé pour l’Enfance / ONE), **Anne Pochet**, Psychologue, Responsable du programme thérapeutique, CTJAdo - Hôpital de jour pour adolescents – Vincent Van Gogh – Marchienne-au-Pont, **Daniel Recloux**, Kinésithérapeute, Coordinateur ANA (Avec Nos aînés) – SSM de Namur, **Claude Renard**, Psychothérapeute, Observatoire de la Santé du Hainaut – Mons, **Florence Ringlet**, Psychologue, Centre de prévention du Suicide – Namur, **Jean Michel Servais**, Médecin urgentiste, service des urgences de la clinique d’Auvélais, Bureau des urgences sociales et sanitaires de la province de Namur (Buss), **Brigitte Tilmant**, Psychologue – formatrice, Télé Accueil Namur-Brabant wallon, **Florence Tondeur**, Schizo possible, cofondatrice – association d’usagers – Bruxelles, Membre de Psytoyens, **Anne Marie Tromme**, Assistante sociale, Commission provinciale de prévention du Suicide – Liège, **Ruben Vanaverbeke**, Plate-Forme de Concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale, **Michel Welkenhuyzen**, Vivre sous les Oliviers, **François Wyngaerden**, Sociologue, Psytoyens –

Namur/Wallonie – Bruxelles, **Nicolas Zdanowicz**, Psychiatre, Professeur de Psychiatrie UCL
– Mont Godinne, Expert « écoute téléphonique pour les jeunes » et CAEM.

8.9 Bibliographie non exhaustive

Cette bibliographie non exhaustive, est celle qui a été utilisée, en grande partie, lors de l'élaboration du rapport de recherches de 2006.

Elle est segmentée selon les types de références qui ont été consultées.

Les textes légaux¹²⁸

- Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 ; 30-04-2004 ; M.B. 2004-07-07
- Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à la promotion de la santé à l'école ; 20-12-2001 ; M.B. 2002-01-17
- Ministère de la Communauté française ; Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'aide en milieu ouvert ; 15-03-1999 ; M.B. 1999-06-01
- Ministère de la Communauté française ; Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française ; 14-07-1997 ; M.B. 1997-08-29
- Ministère de la Communauté française ; Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse ; 04-03-1991 ; M.B. 1991-06-12
- Ministère de la Communauté française ; Arrêté royal organique des centres psycho-médico-sociaux ; 13-08-1962 ; M.B. 1962-08-25 / 1963-10-10
- Commission Communautaire française ; Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 27 avril 1995 ; M.B. 1995-10-03
- Commission Communautaire commune ; Ordonnance relative à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale ; 17-07-1997 ; M.B. 1997-10-22
- Ministère de la Région wallonne ; Décret organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale ; 04-04-1996 ; M.B. 1996-05-23
- Ministère de la Région wallonne ; Décret relatif aux centres de planning et de consultation familiale et conjugale ; 18-07-1997 ; M.B. 1997-09-23
- Ministère de la Région wallonne ; Centres de planning et de consultation familiale et conjugale. Circulaire relative aux animations : liste des thèmes et recommandations des techniques et outils à utiliser ; 03-10-2001.

Les ouvrages & parties d'ouvrages

- Arteel P., Découvrir la santé mentale. Pour apprendre à accepter l'autre, Cera fondation, 2003, Belgique.
- Artières – Cartier M – L., Repérage et évaluation de la crise suicidaire. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité du passage à l'acte in La crise suicidaire :

¹²⁸ La majorité des documents ont été consultés sur le site du Service Public Fédéral Justice http://www.just.fgov.be/index_fr.htm

reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.

[Consulté en février 2005]

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/cartier.html>

- Baudelot C., Establet R., Durkheim et le suicide, PUF, 1984, France.
- Batt A., Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France. [Consulté en février 2005]
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/batt.html>
- Bleton L., Les conduites suicidaires, in Mourir en société, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, 2000, France.
- Boski L., Repérage et évaluation de la crise suicidaire. Quels sont les éléments essentiels à l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité? Existe-t-il des modalités d'évaluation sur les évaluations téléphoniques? in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France. [Consulté en février 2005]
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/boski.html>
- Comité français d'Education pour la Santé, Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales, Collection Guide d'action, Editions CFES, 2001, France.
- Coslin P. G., Les conduites à risque à l'adolescence, Armand Colin, 2003, France.
- Fédération Française de Psychiatrie, Conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Texte long des recommandations élaborées par le Jury, 2000, France. [Consulté en février 2005]
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/textlongsuic.html>
- Hawton K., van Heeringen K., The international handbook of Suicide and Attempted suicide, Wiley, 2000, Angleterre.
- Hazif – Thomas C., Conceptualisation de la crise suicidaire in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France. [Consulté en février 2005]
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/hazif.html>
- Living Works Education, Suicide: guide d'intervention, 2001, Canada.
- Maris R. W., Berman A.L., Silverman M.M., Comprehensive Textbook of Suicidology, The Guilford Press, 2000, Etats-Unis.
- Mishara B.L., Chagnon F., Evaluation de programmes en prévention du suicide, Presses Universitaires du Québec, 2004, Canada.
- Mishara B.L., Tousignant M., Comprendre le suicide, Les Presses Universitaires de Montréal, 2004, Canada.
- Moron P., Le suicide, Que sais-je ? , 7ème édition, PUF, 2005, France.
- Moron P., La crise suicidaire (Définition et limites) in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France. [Consulté en février 2005]

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/moron.html>

- Olindo-Weber S., Suicides au singulier, L'Harmattan, 2001, France.
- Perelberg R., Violence et suicide, PUF, 2004, France.
- Perroux D., Repérage et évaluation de la crise suicidaire. Facteurs de risque associés à la crise suicidaire relatifs à l'individu, à l'environnement, aux événements de vie, à l'âge in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/bibliosuicide/perroux.html>
- Pommereau X., L'adolescent suicidaire, 3ème édition, Dunod, 2005, France.
- Vedrinne J., Weber D., Les étapes de la crise suicidaire in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France. [Consulté en février 2005]
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/vedrinne.html>
- Walter M., Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien. Quels sont les facteurs relatifs à l'environnement (famille, travail, contexte social) ? Quelle est l'influence des événements de vie ? in La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (19 et 20 octobre 2000), 2000, France.
[Consulté en février 2005]
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/walter.html>

Les programmes nationaux, les rapports de recherches, les actes de colloques, les dossiers, les brochures etc.

Pour la Belgique

- Actes du Deuxième Congrès International de la Francophonie en Prévention du Suicide, Maison du Social, 2002, Belgique.
- Actes de la journée d'étude « Du suicide aux suicides » organisée dans le cadre des « premières journées de la Prévention du Suicide en Communauté française », 2004, Belgique. [Consulté en février 2005]
<http://www.preventionsuicide.be/texte/Actes.doc>
- Burquel C., Messens E., Lahaye T., Les services de santé mentale. La santé mentale : un axe prioritaire de la politique de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, 2^{ème} édition, 2001, Bruxelles.
- Centre de Documentation et de Coordination Sociales asbl, Les Services de Santé mentale à Bruxelles, n°0 -05/98, 1998, Belgique.
- De Clercq M., Vranckx A., Navarro F., Piette D., Enquête Santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale. Recherche effectuée à la demande des Ministres Hasquin et Chabert, Plate-forme Concertation pour la Santé mentale pour Bruxelles-Capitale et Unité PROMES de l'Université Libre de Bruxelles, 1996, Belgique.
- De Spiegelaere M., Wauters I., Haelterman E., Le Suicide en Région de Bruxelles-Capitale. Situation 1998-2000, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2003/04, Belgique. [Consulté en janvier 2005]
<http://www.observatbru.be/fr/Publications/sucide%20fr.pdf>

- Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale, Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale, 2005, Belgique. [Consulté en octobre 2005] <http://www.kbs-frb.be>
- Godin I., Piette D., Kittel F., Santé mentale des jeunes. Actualisation des données de 1994. Fiche Sanomètre 55. ULB-PROMES, 2005, Belgique.
- Hirsh D., Alonso F., Englert A et al, Recherche-action pour une prévention du suicide à l'adolescence en milieu scolaire en Région de Bruxelles-Capitale, Rapport d'activité 1/12/00-30/11/02, Association pour le développement des traitements, de la prévention, de la formation et de la recherche en santé mentale à l'ULB (SSM-ULB), 2002, Belgique. [Consulté en janvier 2005] <http://www.ulb.ac.be/assoc/SSM/Suicide%2002.pdf>
- Hoyois Ph., Hirsh D., Matot J-P., 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'ULB, 1998, Belgique.
- Institut Wallon pour la Santé Mentale, Le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents : présentation d'expériences et cadastre des services existants, 2003, Belgique. [Consulté en juin 2005] http://www.iwsm.be/synth_matinales_enfants.pdf
- Ligue wallonne pour la Santé mentale, asbl et Institut wallon pour la santé mentale, asbl Recherche-action sur la création d'outils de prévention du suicide chez les jeunes. Appel à projets de la Communauté française sur la prévention du suicide chez les jeunes de 12 à 18 ans, IWSM, 2003, Belgique.
- L'Observatoire, Dossier : Actions provinciales, actions sociales, (pp : 33-84), n°15, 1997, Belgique.
- L'Observatoire, Dossier : Suicide, adolescents et milieu scolaire, (pp :17-84), n°30, 2001, Belgique.
- Renard K., Senterre C., Piette D., Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique, ULB-PROMES, 2003, Belgique.
- Service de Santé Mentale de l'ULB (SSM-ULB), Rapport d'activités 2004, Belgique. [Consulté en juin 2005] http://www.ulb.ac.be/assoc/ssm/rapport_SSM2004.pdf
- UCL-RESO, Quels sont les déterminants qui influencent la santé mentale au sein des familles ? Série de dossiers techniques, 2004, Belgique.
- Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide. Etat de la question et pistes de prévention. Synthèse de la journée d'études organisée le 17 juillet 2001, Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint Louis), Fédération des Associations Gays et Lesbiennes (FAGL), Kot à projet Accueil Homosexualité et Ex Aequo, 2001, Belgique. [Consulté en février 2005] http://www.centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/Publications/Suicide/suicide.pdf

Au niveau international

- Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth, 2002, Canada. [Consulté en juin 2005] http://www.ahfm.ab.ca/hta/hta-publications/reports/suicide_prevention.pdf
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Suicide Prevention Strategies: Evidence from Systematic Reviews, 2003, Canada. [Consulté en juin 2005] http://www.ahfm.ab.ca/hta/hta-publications/reports/suicide_prevention_strategies_evidence.pdf

- Australian Institute of Family Studies, Valuing young lives. Evaluation of the National Youth Suicide Prevention Strategy, 2000, Australia [Consulté en juin 2005] <http://www.aifs.gov.au/ysp/yspevaluation/evalrep1.pdf>
- Center for the Application of Prevention Technologies, Science Based Prevention. Step 5: Targeting Efforts: Types of Prevention Strategies (Excerpt from “Drug Abuse Prevention : What works”, National Institute of Drug Abuse, 1997, p.10-15). [Consulté en avril 2005] <http://www.secapt.org/flash/science5types.html>
- Chagnon F., Houle J., Renaud J., Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les adolescents ? Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal, Bibliothèque du centre de Jeunesse de Montréal, 2002, Canada.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, LIFE. Life Is For Everyone. A framework for prevention of suicide and self-arm in Australia. Learning about suicide, 2000, Australie. [Consulté en février 2005] <http://www.health.gov.au>
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, LIFE. Life Is For Everyone. A framework for prevention of suicide and self-arm in Australia. Areas for action, 2000, Australie. [Consulté en février 2005] <http://www.health.gov.au>
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, LIFE. Life Is For Everyone. A framework for prevention of suicide and self-arm in Australia. Building partnerships, 2000, Australie. [Consulté en février 2005] <http://www.health.gov.au>
- Department of Health and Ages Care, National Youth Suicide Prevention Strategy – setting the evidence-based research agenda for Australia (a literature review), 1999, Australie. [Consulté en juin 2005] <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/mh12.pdf>
- Department of Health, National Suicide Prevention Strategy for England, Department of Health Publications, 2002, Angleterre. [Consulté en février 2005] <http://www.dh.gov.uk/home/fs/en>
- Direction des Communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Actes de la journée sur la prévention du suicide chez les jeunes. Le modèle de la Colombie-Britannique. Un regard sur les pratiques québécoises, 2000, Canada.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention (document de travail), 2003, France. [Consulté en juin 2005] <http://www.sante.gouv.fr/dress/seriesetudes/pdf/seriesetud30.pdf>
- Institut national de Santé Publique du Québec, L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ? , 2004, Canada. [Consulté en juin 2005] <http://www.inspq.ca/pdf/publications/283-FeuilletEpidemioSuicide.pdf>
- Implementing Mental Health Promotion Action (IMHPA), Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe, 2005, Pays-Bas. [Consulté en mai 2005] http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf
- Julien M., Laverdure J., Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, Institut National de Santé Publique du Québec, 2004, Canada. [Consulté en février 2005] http://www.inspq.ca/pdf/publications/280_AvisSuicideJeunes.pdf

- Kahn J.P., Cours de psychiatrie du CNUP (Collège National des Universitaires en Psychiatries), Module 3 - Question 44 : Risque suicidaire de l'adulte. Identification et prise en charge, France [Consulté en avril 2005]
http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/44-risque-suicide.htm
- National Board of Health, National Programme for Prevention of Suicide and Suicide Attempts, 1998, Danemark. [Consulté en mars 2005]
<http://www.sst.dk/publ/publ1998/selvmod/suhpsmra/inde0005.htm>
- Ministry for Health and Community Care, Choose life. A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland, 2002, Ecosse. [Consulté en février 2005]
<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/dss-00.asp>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, « S'entraider pour la Vie » Stratégie québécoise d'action face au suicide, 1998, Canada. [Consulté en février 2005]
<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/index.html>
- Ministry of Social Development and the Centre for Social Research and Evaluation, Phase One Evaluation of the New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy, 2003, New Zealand. [Consulté en juin 2005]
<http://www.msd.govt.nz/work-areas/social-research/youth-suicide-prevention-strategy.html#2>
- Ministry of Social Development and the Centre for Social Research and Evaluation, New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy, Phase Two Evaluation, 2005, New Zealand. [Consulté en juin 2005]
<http://www.msd.govt.nz/work-areas/social-research/youth-suicide-prevention-strategy.html#2>
- Ministry of youth Affairs, Ministry of Health and The Puni Kokiri, In our hands, New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy, 1998, New Zealand. [Consulté en mars 2005]
<http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/world.asp>
- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Evaluation du programme régional de santé (PRS), Prévention du suicide et de la tentative de suicide en Bourgogne. Partie 1 : Evaluation du processus, 2003, France. [Consulté en février 2005]
<http://www.ors-bourgogne.org>
- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Prévention du suicide et de la tentative de suicide en particulier auprès des adolescents et adultes jeunes. Evaluation du programme régional en Bourgogne. 1ème partie : Evaluation du processus (rapport de recherche), 2003, France. [Consulté en février 2005]
<http://www.ors-bourgogne.org>
- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Evaluation du programme régional de santé (PRS), Prévention du suicide et de la tentative de suicide en Bourgogne. Partie 2 : Evaluation des résultats, 2003, France. [Consulté en février 2005] <http://www.ors-bourgogne.org>
- Observatoire régional de la Santé de Bourgogne, Prévention du suicide et de la tentative de suicide en particulier auprès des adolescents et adultes jeunes. Evaluation du programme régional en Bourgogne. 2ème partie : Evaluation des résultats (rapport de recherche), 2003, France. [Consulté en février 2005]
<http://www.ors-bourgogne.org>
- Ohio Department of Mental Health in collaboration with the Ohio Coalition for Suicide Prevention, Ohio's Suicide Prevention Plan, 2002, Etats-Unis. [Consulté en avril 2005]
<http://www.mh.state.oh.us/initiatives/suicide-prevention/Suicide-prevention-plan.pdf>
- Palicot A.M. (coordination du dossier), Quelle prévention du suicide ? , La Santé de l'homme, 342, pp : 14-42, 1999, France.

- Radulescu R., Henderson J., Guidelines for Country-based Programmes of Suicide Prevention, 2004, Mental Health Europe (with the support of the Belgian Federal Public Service for Health, Food Chain Safety and Environment, International Relations Department), 2004, Belgique. [Consulté en février 2005]
<http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/thema/sanment/Hpublicaties-publications/index.htm>
- Saint-Laurent D., Epidémiologie des comportements suicidaires, module de formation, Université d'été de Besançon, juillet 2005, France.
- Saint-Laurent D., Facteurs de risque et facteurs associés aux comportements suicidaires, module de formation, Université d'été de Besançon, juillet 2005, France.
- Santos O., Sermeus G., Anelli M. et al, A Four-Country Survey Regarding Suicide : Consumer's Beliefs, Attitudes and Behaviors (Belgium, Italy, Portugal and Spain), Consumer Statistical Surveys Department - Test Achats et al, 2003. [Consulté en février 2005]
www.altroconsumo.it/images/4/44381_ATTACH.pdf
- Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Stratégie française d'action face au suicide 2000-2005, France. [Consulté en mars 2005]
<http://www.infosuicide.org/fpronat.htm>
- SPAN USA (Suicide Prevention Action Network), Suicide Prevention. Prevention Effectiveness and Evaluation, 2001, Etats-Unis. [Consulté en juin 2005] <http://www.spanusa.org/pdf/LPBooklet.pdf>
- Upanne M., Hakanen J., Rautava M., Can Suicide Be Prevented? The Suicide Project in Finland. 1992-1996: Goals, Implementation and Evaluation, 1999, Saarijärvi, Finland.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Strategy for Suicide Prevention : Goals and Objectives for Action, 2001, Etats-Unis. [Consulté en mars 2005]
<http://www.mentalhealth.org/suicideprevention>
- Washington State Department of Health, Youth Suicide Prevention Plan for Whashington State, Executive Summary, 1995, Etats-Unis. [Consulté en avril 2005]
http://www.yssp.org/aboutYSSP/reports/Wa_plan.pdf
- WHO, Réunion préalable à la Conférence sur les stratégies de prévention du suicide en Europe – Bruxelles (Belgique), 11 et 12 mars 2004, World Health Organisation, 2004, Danemark. [Consulté en février 2005]
<http://www.euro.who.int/document/mnh/fpms01.pdf>
- WHO, Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions – Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005, World Health Organisation, 2005, Danemark. [Consulté en février 2005]
<http://www.euro.who.int/document/mnh/fdoc07.pdf>
- WHO, Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. La prévention du suicide – Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005, World Health Organisation, 2005, Danemark. [Consulté en mars 2005]
<http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
- WHO Europe, Suicide Prevention in Europe, The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies, World Health Organisation, 2002, Danemark. [Consulté en mars 2005]
<http://www.euro.who.int/document/E77922.pdf>

- WHO, Rapport sur la Santé dans le Monde. Chapitre 3 : Résolution des problèmes de santé mentale, 2001, Suisse. [Consulté en mars 2005]
<http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index3.html>
- WHO, Rapport mondial sur la Violence et la Santé, 2002, Suisse. [Consulté en février 2005]
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
- WHO Europe & Health Evidence Network, For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness, 2004, Danemark.
[Consulté en avril 2005] <http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>
- WHO, Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases, The quality of Suicide Mortality Data, 2002, Australie.
[Consulté en juin 2005]
http://www.aihw.gov.au/international/who_hoc/hoc_02_papers/brisbane29.doc
- WHO, Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. Introduction. Adapted from WHO. Figures and facts about suicide, 1999, Suisse.
[Consulté en juillet 2005] http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf
- WHO, Santé publique et violence : faits et chiffres pour l'Europe, 2002, Danemark.
[Consulté en février 2005] <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1002f.pdf>
- WHO – Suicide prevention – SUPRE, Multisite intervention study on suicidal behaviours – SUPRE – MISS. Components and instruments, 2000, Suisse. [Consulté en août 2005]
http://www.who.int/mental_health/media/en/64.pdf
- WHO, La prévention du suicide. Indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire, 2002, Suisse. [Consulté en avril 2005]
http://www.who.int/mental_health/media/en/679.pdf
- WHO, La prévention du suicide. Indications pour professions de santé primaire, 2002, Suisse. [Consulté en avril 2005] http://www.who.int/mental_health/media/en/427.pdf

Les articles

- Association Québécoise de Prévention du Suicide [Lévesque L., Roy F, Raymond S] ; Le modèle de la Colombie-Britannique: un modèle à découvrir, Vis-à-vie, vol. 9 n°2, 1999, Canada.
- Burns J. M., Patton G.C., Preventive interventions for youth suicide : a risk factor based approach, Australian and New Zealand journal of Psychiatry, 34, pp : 388-407, 2000.
- Cherbonnier A., Kinna F., Dubois S., Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. Quelle prévention en milieu scolaire ? , Bruxelles Santé, 29, pp : 10-17, 2003.
- Chirita C., Tordeurs D., Janne P. et al, Dépression, suicidalité et caractéristiques familiales, Louvain Med, 119, pp : 15-20, 2000.
- Chishiti P., Stone D. H., Corcoran P., Williamson E. et al, Suicide mortality in the European Union, European Journal of Public Health, 13, pp : 108-114, 2003.
- Comtois K. A., A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide, Psychiatric services, 53, 9, pp : 1138-1144, 2002.
- De Clercq M., Suicide et tentatives de suicide, Louvain Med, 117, S502-S508, 1998.

- Douglas J., Cooper J., Amos T. et al, « Near-fatal » deliberate self-arm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 79, pp : 263-268, 2004.
- Evans E., Hawton K., Rodham K., Factors associated with suicidal phenomena in adolescents : a systematic review of population-based studies, *Clinical Psychology Review*, 24, pp : 957-979, 2004.
- Gauvreau C., S'allier pour mieux combattre le suicide, Interview avec Lucie Charbonneau, *Journal de l'UQAM*, 2002.
[Consulté en juillet 2005] <http://www.jurnal.uqam.ca/2002-2003/C2901b.pdf>
- Gauvreau C., Investir dans la prévention pour mieux combattre le suicide, Interview avec Brian Mishara, *Journal de l'UQAM*, 2003.
[Consulté en février 2005] <http://www.jurnal.uqam.ca/2002-2003/J2915.pdf>
- Godenir F., Algrain V., Zdanowicz N. et al, Les conduites à risque chez l'adolescent, *L'Observatoire*, 42, pp : 69-73, 2004.
- Goldney R. D., A novel integrated knowledge explanation of factors leading to suicide, *New Ideas in Psychology*, 21, pp : 141-146, 2003.
- Gunnell D., Middleton N., National suicide rates as an indicator of the effect of suicide on premature mortality, *The Lancet*, 362, pp : 961-962, 2003.
- Herrera A., Dahlblom K., Dahlgren L et al, Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua, *Social science and Medicine*, 62(4), pp : 805-14, 2006.
- Huon M-H., Les sujets endeuillés après un suicide. Quelques considérations sur l'accompagnement psychologique individuel, *Santé conjugulée*, n°23, pp : 73-80, 2003.
- Info soins, Adolescents suicidants, le rôle essentiel des infirmières scolaires, *Soins Pédiatrie – Puériculture*, n°198, pp : 5-7, 2001.
- Jooken K., Kupers P., Le suicide. Prévenir autant que possible, *Test santé*, 57, pp : 32-36, 2003.
- Jouglu E., Pequignot F., Chappert J.L. et al, La qualité des données de mortalité sur le suicide, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 50, pp : 49-62, 2002.
- Leva C., Schul V., Coupienne V., La prévention du suicide en milieu scolaire. Réflexions et perspectives d'actions, *Education Santé*, 181, pp : 2-4, 2003.
- Maréchal N., Le suicide des jeunes, *Education santé*, 194, pp : 4-7, 2004.
- Maris R.W., Suicide, *The Lancet*, vol 360, pp : 319 – 326, 2002.
- Masson A., Deuil de soi et reconnaissance à soi-même. La traversée du péril adolescent, *Santé conjugulée*, n°23, pp : 45-50, 2003.
- Mazet P., Le suicide de l'adolescent. Prévention du suicide : qu'apporte la notion de crise suicidaire ? , *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 8(14), p : 492, 2001.
- Mishara B., Weisstub D.N., Ethical and legal issues in suicide research, *International Journal of law and Psychiatry*, 28 pp : 23-41, 2005.
- Moscicki E. K., Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention, *Clinical Neuroscience Research*, 1, pp : 310-323, 2001.

- Nordentoft M., Branner J., Drejer K. et al, Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen, *European Psychiatry*, 20 issue 2, pp : 121-128, 2005.
- Novick L. F., Cibula D. A., Sutphen S. M., Adolescent Suicide Prevention, *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (4S), pp : 150-156, 2003.
- Rhimer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland: an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners, *Journal of Affective Disorders*, 35, pp : 147-52, 1995.
- Rudmin F. W., Ferrada-Noli M., Skolbekken J. A., Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide, *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, pp : 373-381, 2003.
- Rutz W., Preventing suicide and premature death by education and treatment, *Journal of Affective Disorders*, 62, pp : 123-129, 2001.
- Sandin B., Chorot P., Santed M. A. et al, Negative life-events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress process perspective, 21, pp : 415 - 426, 1998.
- Stoelb M., Chiriboga J., A process model for assessing adolescent risk for suicide, *Journal of Adolescence*, 21, pp : 359 - 370, 1998.
- Terra J.L., Les questions de santé publique et de recherche qui se posent dans le domaine de la prévention du suicide justifient-elles de nouveaux recueils de données? , *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 50, pp : 49-62, 2002.
- Vignato M., Aspects psychosociaux de la dépression et du suicide, *Thérapie familiale*, vol. 23, N°1, pp : 35-46, 2002.
- Voracek M., National intelligence and suicide rate : an ecological study of 85 countries, *Personality and Individual Differences*, 37, pp : 543-553, 2004.

Les sites Web consultés (entre le 01/01/05 et le 30/09/2005)

Les sites belges

- ✓ Centre de Prévention du Suicide <http://www.preventionsuicide.be>
- ✓ Centrum ter Preventie van Zelfmoord <http://www.zelfmoordpreventie.be/>
- ✓ Commission provinciale de prévention du suicide de Liège
http://social.prov.liege.be/index.jsp?channel=maison&page=suicides_commission&lang=fr
- ✓ Fondation Similes <http://www.similes.be>
- ✓ Fédération des associations Similes <http://www.similes.org>
- ✓ Fondation Julie Renson <http://www.julierenson.be>
- ✓ I feel Goog, site des Mutualités socialistes <http://www.ifeelgood.be/suicide.htm>
- ✓ Institut wallon pour la Santé Mentale (IWSM) <http://www.iwsm.be.iwsm.htm>
- ✓ Plate-forme de concertation psychiatrique de la Province de Luxembourg
<http://www.pplateformepsylux.be/>

- ✓ Plate-forme de concertation en santé mentale des Régions du Centre et de Charleroi <http://www.pfrcc.com/hp/hp.htm>
- ✓ Service des actions de promotion de la santé mentale de la Province de Luxembourg <http://www.province.luxembourg.be/sante/sapm.html>
- ✓ Service de Santé Mentale de l'ULB <http://www.ulb.ac.be/assoc/ssm/index.html>
- ✓ SIRIUS – Accompagner la Vie asbl <http://users.swing.be/sirius>
- ✓ Télé Accueil <http://www.tele-accueil.be/accueil.htm>
- ✓ Unit for Suicide Research <http://users.ugent.be/~cvheerin>

Les autres sites

- ✓ American Association of Suicidology (USA) <http://www.suicidology.org>
- ✓ American Foundation for Suicide Prevention (USA) <http://www.afsp.org/index-1.htm>
- ✓ Association Canadienne pour la Prévention du Suicide (Canada) <http://www.suicideprevention.ca>
- ✓ Association québécoise de prévention du suicide (Canada) <http://www.cam.org/~aqs/activ/part/index.html>
- ✓ Association Stop Suicide (Suisse) <http://www.stopsuicide.ch>
- ✓ Centre for Suicide Prevention (Canada) <http://www.suicideinfo.ca>
- ✓ Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie (Canada) <http://www.crise.ca/fr/index.asp>
- ✓ Centre for Suicide Research (Angleterre) <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr>
- ✓ Ending Suicide (USA) <http://www1.endingsuicide.com/TopicReq?id=1>
- ✓ Info Suicide (France) <http://www.infosuicide.org>
- ✓ International Association for Suicide Prevention (IASP) <http://www.med.uio.no/iasp>
- ✓ Irish Association of Suicidology (Irlande) <http://www.ias.ie>
- ✓ National Institute of Mental health (USA) <http://www.nimh.nih.gov/suicideprevention/index.cfm>
- ✓ Preventing Suicide Network (USA) <http://www.preventingsuicide.com>
- ✓ Santé Mentale Europe <http://www.mhe-sme.org/fr>
- ✓ Suicide Awareness Voices of Education (USA) <http://www.save.org>
- ✓ Suicide Prevention and Advocacy Network (USA) <http://www.spanusa.org>
- ✓ Suicide Prevention Ressource Centre (USA) <http://www.sprc.org>

- ✓ Suicide and the School (USA) <http://www.ncpamd.com/Suicide.htm>
- ✓ WHO / OMS Europe <http://www.euro.who.int>
- ✓ Oxford University Centre for Suicide Research (Angleterre)
<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/>