



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

Le chiffre en question :
de l'objectif 92 de la loi de Santé Publique visant à
réduire de 20% le nombre de suicides en France
d'ici 2008.

Groupe n°7

- BURGI Christian, EDH
- COCHET Aline, D3S
- DO CHI Dominique, DS
- DRIGO Marie-Josée, IASS
- FORTIN Valérie D3S
- LE STUNFF Anne, EDH
- PITON Marie-Andrée, D3S
- POPIELESKI J-François, DS
- SAQUE Sylvie, D3S
- TSUJI Pierre, EDH

Animateur :

Philippe LECORPS

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. LE CHIFFRE PREND UNE VALEUR CROISSANTE DANS L'ELABORATION DES POLITIQUES DE PREVENTION DU SUICIDE.....	4
1.1. L'élaboration des politiques nationales et régionales de prévention du suicide s'est polarisée vers des objectifs globaux chiffrés.....	4
1.1.1. L'élaboration de la loi de Santé Publique a abouti à proposer un objectif de baisser de 20% le taux de mortalité par suicide en population générale.	4
1.1.2. La construction des Programmes Régionaux de Santé.	6
1.2. La polarisation vers des objectifs chiffrés des politiques de prévention souligne les fonctions croissantes que les acteurs accordent au chiffre.....	9
1.2.1. Les fonctions symboliques du chiffre sur le suicide dépassent la simple mesure quantitative.	9
1.2.1. La culture du résultat est portée par l'évaluation des politiques publiques.....	11
2. L'ANALYSE DE L'USAGE DU CHIFFRE INVITE A UNE EXPRESSION PLURIELLE DE LA VALEUR DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	16
2.1. Le chiffre présente des fragilités.....	16
2.1.1. Des données soumises à caution : la difficulté d'établir des chiffres.....	16
2.1.2. Le chiffre ne rend pas compte de la complexité du phénomène du suicide : le suicide face à l'expert.....	17
2.1.3. Pour une éthique du chiffre.	19
2.2. Dire la valeur des politiques publiques de prévention du suicide au-delà du chiffre autorise à élargir la réflexion sur les leviers d'intervention.....	22
2.2.1. La théorie du programme enrichit les pratiques d'évaluation des politiques publiques en matière de prévention, trop centrée sur la quantification globale. ..	22
2.2.1. L'évaluation programmatique aiderait à enrichir le panel des interventions utilisées en matière de prévention du suicide.	24
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE.....	29
LISTE DES ANNEXES.....	I

Remerciements

Nous remercions particulièrement M. Philippe LECORPS, animateur de notre module interprofessionnel, pour sa disponibilité et la qualité de ses conseils avisés et judicieux.

Nous remercions également l'ensemble des interlocuteurs et des personnalités que nous avons rencontrés : médecins de santé publique, professeur d'université praticien hospitalier, chercheurs, enseignants à l'ENSP, statisticiens, sociologues, psychologue chercheur, épidémiologistes, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, attachés d'administration centrale, responsable associatif, (dont les noms sont cités en annexe), pour leur accueil, leur disponibilité et la qualité de nos échanges.

Liste des sigles utilisés

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CIME : Comité interministériel de l'évaluation

CSE : Comité scientifique de l'évaluation

DGS : Direction générale de la santé

FEDER : Fond européen de développement régional

FEOGA : Fond d'orientation et de garantie agricole

FNDE: Fond national de développement de l'évaluation

FSE: Fond social européen

GTNDO: Groupe technique national de détermination des objectifs

HCSP: Haut comité de santé publique

INPES: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

NHS: National health service

PRS: Programme régional de santé

RCB: Rationalisation des choix budgétaires

RMI: Revenu minimum d'insertion

UNPS: Union nationale de prévention du suicide

INTRODUCTION

« Le dernier mot dans une affaire est toujours un chiffre »¹,

Le « meurtre de soi-même », depuis l'Antiquité, n'a jamais laissé indifférent. La société le perçoit comme un péril pour l'ordre social et cherche à réduire cette menace. Des interventions de nature préventive sont déployées, destinées à dissuader les membres du groupe de courir un risque mettant en péril les valeurs de la société. Considérées de façon plus large, les logiques de prévention se trouvent aussi au fondement d'un grand nombre de pratiques qui relèvent du religieux ainsi que de la symbolique profane. L'évaluation des programmes en suicidologie pose des questions éthiques car le suicide suscite des réactions guidées par des croyances sur la protection de la vie.

Selon les dernières données statistiques, il apparaît que le taux de suicide est de l'ordre de 2% des décès parmi toutes les causes en France. Depuis Emile Durkheim, qui définit le suicide comme “ *tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* ”², les analyses du suicide en santé publique recherchent les déterminants sociaux.

Le suicide affecte de manière très divergente les différentes tranches d'âge. Chez les hommes de 25 à 29 ans, près de 20% des décès seraient consécutives à des tentatives de suicide, contre moins de 2% chez les personnes âgées d'au moins 70 ans. Il constituerait la 2^{ème} cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans chez les personnes de 35 à 44 ans et la 1^{ère} cause de mortalité chez les adultes âgés de 25 à 34 ans. Chez les hommes en particulier, la fréquence du suicide est intimement liée à la catégorie socioprofessionnelle. Les personnes qualifiées d' “inactives” et les agriculteurs sont les plus touchés, contrairement aux cadres supérieurs.

Pour les hommes, le taux dépasse de 10% la moyenne dans la plupart des régions rurales de l'Ouest et du Nord de la France, Bretagne en tête. Il est au contraire nettement inférieur à la moyenne nationale dans le Sud de l'Hexagone. Chez les femmes, les tendances sont semblables, mais les régions enregistrant une forte mortalité sont moins

¹ Albert Brie, *Le mot du silencieux*

² Emile Durkheim, *Le suicide*

nombreuses et plutôt concentrées dans l'Ouest de la France. Concernant le mode de suicide, la pendaison est utilisée dans 37% des cas, contre 25% pour la plaie par arme à feu et 13% pour l'intoxication volontaire.

En France, la prise en charge des suicidants a longtemps primé sur les politiques préventives, c'est-à-dire l'action sur la période précédant le passage à l'acte. Le point de départ de la mobilisation pour la prévention du suicide a été les associations des endeuillés, réunies pour témoigner, réfléchir sur leurs expériences et penser à des moyens d'action au cours des années quatre-vingt. Dix ans de travaux épidémiologiques ont produit de nombreux chiffres, où les jeunes occupent une place prépondérante, mais pas d'action d'envergure nationale. Dans les années quatre-vingt-dix, trois rapports fondamentaux du Haut Comité pour la Santé Publique, du Conseil Economique et Social, et de la Conférence Nationale de Santé mettent en évidence la nécessité d'une action. Dans un premier temps, le Ministère de la Santé a préconisé une action décentralisée laissée à l'initiative des régions par le biais des Programmes Régionaux de Santé (PRS). Puis, les similitudes entre régions ont appelé une impulsion centrale des actions.

La Première Journée Nationale de prévention du suicide, organisée le 5 février 1997, remporte un franc succès. Ainsi, lors de la Deuxième Journée, l'année suivante, Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé Publique, s'engage à faire diminuer le taux de morts par suicide. Enfin, en 2000, Dominique Gillot, son successeur, annonce la mise en place d'une stratégie nationale à Nantes. En 2001 et en 2002, des circulaires ministérielles viennent officialiser cette stratégie nationale face au suicide. Comment jouer sur les quatre leviers que sont le gouvernement (qui décide), les médias (qui informent), les experts (qui ont la connaissance), et la population (qui vit les problèmes) ? Au niveau de la population, le suicide est une « catastrophe en miettes ». L'objectif est de démontrer que des lois générales ont des effets sur ce qui peut apparaître comme un destin unique et tragique. Cette dynamique s'appuie sur des groupes de pression (comme l'Union Nationale de la Prévention du Suicide), les gens qui ont vécu de près ou de loin les catastrophes.

Ce programme national de prévention de suicide, intitulé « Stratégie de prévention du suicide », est mis en place par la Direction Générale de la Santé (DGS). Une coopération entre la France et le Québec a produit des éléments de réflexion pour l'action de changement et a provoqué une accélération sur des thèmes passés dans l'ombre en France, tels que la limitation de l'accès aux armes à feu. Quatre types de mesures préventives sont mises en avant: le dépistage accru des suicidaires, c'est-à-dire les personnes ayant des comportements à risque, la limitation de l'accès aux moyens,

l'amélioration de la prise en charge des gens à risque, et la connaissance épidémiologique.

La loi de Santé Publique d'août 2004³ portant sur la période 2004-2008, de par sa précision, constitue une grande nouveauté. Elle arrête des plans prioritaires en direction des conduites à risque. Jusqu'alors, ces lois ne portaient que sur des disciplines exclusivement médicales. L'aspect novateur de cette nouvelle loi de Santé Publique réside dans la prise en compte de l'évolution de la société. En corollaire, apparaissent les objectifs quantifiés, chiffrés, en matière de politiques préventives relatives aux conduites à risque : le suicide, les accidents de la route, la consommation d'alcool.

La réduction de 20% du nombre de suicides en population générale est posée comme l'objectif 92 de la loi. Quels sont les avantages et les inconvénients de la détermination d'objectifs chiffrés en terme de santé publique ? Que signifient ces objectifs ? Répondent-ils à des impératifs symboliques autres que la simple mesure quantitative ? Comment ces chiffres ont-ils été élaborés pour un phénomène aussi complexe que le suicide ? Est-ce suffisant pour mener à bien une politique préventive du suicide ? Comment évaluer les besoins constatés et les résultats obtenus au regard d'un objectif chiffré ?

La « Stratégie suicide » a pour objectif d'orienter les interventions en se basant sur les taux de mortalité et de morbidité liées au suicide de 2001 fournies par l'INSERM. La complexité du phénomène du suicide interroge la pertinence de la précision d'un objectif chiffré de « 20% ». Ce taux chiffré de réduction du nombre de suicides est-il suffisant pour apprécier, mesurer la valeur, l'efficacité des programmes de prévention existants ?

Ainsi, quel est le sens, et par-delà même le rôle, de la quantification des objectifs de santé publique. C'est cette interrogation qui a guidé la réflexion du groupe 7 du MIP 2005 de l'ENSP, ciblée sur l'analyse de la réduction de 20% du taux de suicide.

En effet, si le rôle du chiffre dans l'élaboration de la politique publique de prévention du suicide est devenue incontournable (I), il serait préjudiciable de s'en contenter ; d'où la nécessité de favoriser une expression plurielle de la valeur des objectifs déterminés par les lois de Santé Publique (II).

³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

1. LE CHIFFRE PREND UNE VALEUR CROISSANTE DANS L'ELABORATION DES POLITIQUES DE PREVENTION DU SUICIDE.

Si l'élaboration de programmes régionaux de santé avait donné l'impulsion en terme d'objectifs chiffrés concernant la prévention du suicide, la loi de Santé Publique d'août 2004 réaffirme cette exigence. Les objectifs quantitatifs se sont imposés dans l'élaboration des politiques de prévention du suicide, suggérant une affirmation de la puissance signifiante et symbolique du chiffre dans le champ de la santé publique.

1.1. L'élaboration des politiques nationales et régionales de prévention du suicide s'est polarisée vers des objectifs globaux chiffrés.

En matière de santé publique, le niveau national donne de grandes orientations et sensibilise l'échelon régional, mais les acteurs régionaux choisissent et mettent en œuvre les politiques publiques. Malgré cette autonomie, la quantification chiffrée des objectifs en matière de prévention du suicide se retrouve spontanément tant au niveau national que régional.

1.1.1. L'élaboration de la loi de Santé Publique a abouti à proposer un objectif de baisser de 20% le taux de mortalité par suicide en population générale.

Le Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO) a présidé à l'élaboration du rapport préparatoire à la loi de Santé Publique sur une période courte allant de septembre 2002 à octobre 2003. Chaque problème de santé choisi au regard des critères dégagés par le Haut Comité de Santé Publique et l'Organisation Mondiale de la Santé a été l'objet d'une analyse par un expert du GTNDO en charge de consulter les associations, les sociétés savantes etc. Chaque problème de santé a donné lieu à la production d'une fiche comprenant : 1. l'état des lieux du retentissement du problème, 2. l'état des lieux sur les déterminants, 3. la stratégie d'intervention efficace (démontrée ou recommandée).

La théorie des programmes⁴ et les chercheurs en Santé Publique soulignent l'importance de la cohérence interne d'une politique publique et de l'existence de chaînons logiques devant présider à l'élaboration des objectifs. La fixation d'un l'objectif chiffré supposerait au préalable une argumentation serrée sur les actions envisagées et

⁴ *Evaluation de programmes en prévention du suicide*, Sous la dir. de Fr. Chagnon et Brian L. Mishara,

les effets attendus de chacune d'elles, sur la dynamique de la politique et ses interactions avec l'environnement. La fiche de synthèse « suicide » produite par le GTNDO indique la genèse du chiffrage de l'objectif 92 de la loi de Santé Publique : « Le premier objectif est proposé en tenant compte de l'objectif fixé par le HCSP en 1994, réduire de 10% le taux de suicide d'ici l'an 2000, et par le document américain Healthy People 2010, où l'objectif de réduction est fixé à plus de 50% ; passer d'un taux de 11,3/100 000 à un taux de 5/100 000. »

Selon des acteurs du champ de la santé rencontrés, l'objectif est modeste pour tenir compte de la réalité des moyens mobilisables tout en signifiant le passage d'une logique d'obligation de moyens à une obligation de résultats ; « 20% n'engage pas trop mais permet de s'interroger (...), ce choix de 20% est avant tout une décision politique, qui est légitime, même s'il n'existe pas de méthode de calcul permettant d'arriver à ce chiffre. Il s'agit bien d'un compromis entre plusieurs partenaires, dont les décideurs politiques et les experts scientifiques. Ce chiffre n'a donc pas de valeur en soi mais a juste pour objectif de fixer les esprits. Néanmoins, force est de constater que le choix de 20% montre une volonté d'arriver à un consensus, tout en restant raisonnable en terme d'objectif à atteindre. Enfin, 20% c'est aussi la prise en considération du droit de disposer de sa vie, et donc implicitement du droit à la mort. » La même fiche du GTNDO avançait que « la comparaison avec des pays proches (Royaume-Uni, Espagne) conduit à estimer que 50% des décès par suicide en France seraient évitables soit environ 5 à 6 000 chaque année. » Selon les institutionnels, « dans cet objectif des 20%, on cherche avant tout à inverser la tendance, à se placer sur une pente descendante. L'élaboration d'un objectif chiffré permet de trouver des financements et de convaincre les élus (nationaux, locaux) et autres décideurs de l'enjeu de cette politique de prévention. »

Le travail de synthèse de l'INPES effectué pour le compte du GNTDO illustre le mode de fixation approximatif du volet quantitatif de l'objectif 92 de la loi de Santé Publique. Les propositions d'actions des contributeurs aux travaux du GTNDO ont été synthétisées sous forme de fiches décrivant les cibles, les références d'actions précédentes, les résultats souhaités, l'indicateur retenu et le gain attendu. Sur les trois fiches portées à la connaissance des rédacteurs du présent travail (1. Améliorer le dépistage et le traitement de la dépression pour prévenir le suicide, 2. Former à l'intervention de la crise suicidaire, 3. Diminuer l'accès aux armes à feu), seule une fiche prévoit un objectif chiffré de réduction de 50% chez les déprimés. Cet objectif rend compte directement du retentissement dans la littérature sur le suicide de l'évaluation du programme de sensibilisation des médecins généralistes de l'île suédoise de Gotland au

dépistage et au traitement de la dépression. Les résultats avaient atteints spectaculairement les 50 % ...

L'objectif global de 20% n'est donc pas la synthèse d'objectifs chiffrés établis mode d'intervention par mode d'intervention mais bien une quantification reposant d'abord sur la symbolique du chiffre 20%. L'objectif de 20% ne vient pas couronner un long travail d'élaboration d'un ensemble d'actions articulées, maillées d'indicateurs intermédiaires et de pronostics sur les effets attendus de chaque action. Il est posé tel quel. Le programme d'actions n'en découle pas.

L'absence de consensus sur une stratégie globale de prévention du suicide fragilise la légitimité d'un objectif chiffré. Selon M. James McCormick⁵, il n'y a aucune utilité à établir des objectifs en santé publique tant que des stratégies argumentées ne sont pas élaborées pour les atteindre. Plus encore, l'incertitude persistante sur les effets imputables aux interventions publiques et ceux liés au contexte social inviterait à la prudence dans l'action publique pour des raisons de sagesse et d'éthique.

Cependant l'attraction du chiffre est la plus forte et se retrouve à l'échelon régional.

1.1.2. La construction des Programmes Régionaux de Santé.

Si une stratégie nationale de prévention du suicide a été élaborée en 2000, les Programmes Régionaux de Santé (PRS) sur ce thème l'ont précédée. En effet, la proposition du HCSP de 1994, en proposant de « réduire de 10% le taux de suicide d'ici l'an 2000 », avait initié la prévention du suicide comme priorité de santé publique en s'appuyant sur des actions de proximité menées en région, par des intervenants de champs disciplinaires différents.

Les Conférences Régionales de Santé de 1997 ont contribué à initier des Plans de Prévention du Suicide dans onze régions. Quelques-unes ont expérimenté ces PRS dès 1995, parmi lesquelles les PAYS DE LA LOIRE et la BRETAGNE. Dans ces deux régions, les taux de mortalité par suicide s'avéraient être supérieurs à la moyenne nationale. Leur exemple est intéressant dans la mesure où, lors de l'élaboration de leur premier programme de prévention, l'une a choisi de se fixer des objectifs quantifiés, l'autre non.

⁵ James McCormick et Naomi J. Fulop *For and against health targets in Health Targets in Europe, Polity, progress and promise*

Des entretiens conduits auprès de médecins inspecteurs et de chercheurs, en charge de l'élaboration de ces programmes dans chacune des régions, permettent de mieux en cerner les raisons.

La région PAYS DE LA LOIRE a débuté sa réflexion dès 1995, à l'issue d'une Conférence Régionale de Santé proposant des priorités régionales de santé. Une étude de l'Observatoire Régional de la Santé de 1996, diligentée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, faisait apparaître cinq points essentiels :

- le suicide provoque plus de décès que les accidents de la route,
- il représente la première cause de mortalité chez les hommes,
- la mortalité régionale par suicide dépasse de 25 % la moyenne nationale,
- de nombreuses disparités géographiques et socioprofessionnelles,
- environ 8000 personnes ayant fait une tentative ont été admises en 1995 dans les hôpitaux de la région.

Le groupe de projet construit pour concevoir le programme, devant se dérouler sur la période 1998-2002, s'est fixé un objectif général – réduire sur cinq ans la mortalité par suicide dans la région -, et des objectifs spécifiques, dont celui de réduire de 20 % en cinq ans le taux de récurrence des primo-suicidants accueillis dans les hôpitaux de la région. Des champs d'actions ont été alors définis, s'articulant autour de la communication, la formation, l'organisation des soins, la lutte contre l'isolement et les dispositifs d'aide, la recherche.

Le choix de l'objectif quantifié de 20 % a été retenu après un vote des membres du groupe de projet. Certes, se fixer un tel objectif pouvait paraître risqué, et ce choix a donné lieu à débat. Pourquoi retenir le taux de 20 % ? Les raisons évoquées ont été, d'une part, celle de l'évaluation indispensable à toute action publique, et d'autre part, celle de se conformer à la moyenne nationale, ce qui semblait être raisonnable et réaliste par rapport au taux de surmortalité régionale annoncé. Ce chiffre correspondait alors à un « engagement, une volonté de ne plus se distinguer des autres, une façon d'afficher un souhait fort. » Il permettait également de se « fixer un repère », et de justifier les crédits engagés à la mise en œuvre du programme, sans éluder le fait que d'autres facteurs que ceux concernés par celui-ci étaient susceptibles d'interférer.

Un premier bilan effectué au terme de ce PRS « montrerait » une baisse du taux de mortalité par suicide dans la région PAYS DE LA LOIRE de 10 à 15 %.

L'exemple de la région BRETAGNE permet d'apporter un éclairage différent. Elle est la région présentant le plus fort taux de mortalité par suicide. Il est estimé être supérieur de 64 % à la moyenne nationale. Les départements du sud de la Bretagne présentent un taux de mortalité plus bas. Toutes les tranches d'âges et les deux sexes sont concernés par cette surmortalité.

La région a élaboré son premier programme de prévention du suicide en 1995, pour la période 1995-2000. Le champ des actions menées était large, et recouvrait les stades de la prévention : primaire, par une information auprès du public – secondaire, par des actions auprès des « groupes à risque » - tertiaire, par les actions auprès des suicidants pour prévenir les récidives.

Si des objectifs qualitatifs ont été avancés, aucun objectif chiffré n'a été affiché. Divers arguments viennent étayer ce choix. D'une part, la pertinence de l'approche chiffrée du problème est soumise à caution. En effet, les informations chiffrées sur le suicide sont en partie le reflet de l'activité de recherche avant d'être un recensement exhaustif du phénomène. Par ailleurs, les producteurs de chiffres ne mutualisent pas naturellement leurs données. Certains chiffrages peuvent relever du fantasme, comme par exemple les tentatives de suicide. D'autre part, les comparaisons internationales soulignent périodiquement un fléchissement des taux de suicide non expliqué. Enfin, d'un point de vue éthique, afficher un taux de 20% de réduction de la mortalité par suicide sous entendrait que l'on autorise 80 % des suicides.

Selon les acteurs « bretons », l'affichage d'un objectif quantifié, même s'il peut être justifié par une volonté politique de voir diminuer le taux de suicide, masque la réalité : sur quelles bases et sur quoi doit-on le faire porter ? Evaluer un programme sur un phénomène aussi diffus, aussi multifactoriel que le suicide ne peut se limiter à recenser le seul nombre de morts. Les indicateurs chiffrés peuvent certes s'appliquer sur une population ciblée, comme en milieu carcéral par exemple, mais ils perdent leur pertinence lorsqu'ils sont appliqués à la population générale.

Cependant, la notion de résultats, inhérente à toute action publique, semble étroitement liée à la production de chiffres. Leurs productions conditionneraient les moyens alloués. Mais quelle peut être la légitimité de ces chiffres ?

1.2. La polarisation vers des objectifs chiffrés des politiques de prévention souligne les fonctions croissantes que les acteurs accordent au chiffre.

L'essor du chiffre procède de deux mouvements dont les effets s'additionnent : le lien entre le chiffre et le substrat rationaliste de la culture française d'une part, le développement d'une culture de l'évaluation fondée sur les mesures quantitatives d'autre part.

1.2.1. Les fonctions symboliques du chiffre sur le suicide dépassent la simple mesure quantitative.

La rencontre de certains acteurs de santé publique oeuvrant dans le domaine de la prévention du suicide et le recueil de leur sentiment sur l'usage du chiffre a débouché sur un constat assez homogène ; professeurs d'université praticien hospitalier, chercheurs, statisticiens, épidémiologistes, enseignants, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, médecin de santé publique, médecin inspecteur, la plupart n'imagine pas faire l'économie de l'usage du chiffre.

Selon les eux, « il ne faut pas tomber dans la dictature du chiffre mais il est incontournable ». Ou encore « l'usage du chiffre comme outil d'aide à la décision n'est pas en soi discutable, c'est son utilisation de manière politique, c'est-à-dire liée à la subjectivité de son utilisateur, qui induit un problème éthique ».

Il convient donc de s'interroger sur le sens que l'on peut attribuer au chiffre d'une façon générale. La rencontre avec l'association Pénombre⁶, association voué à une réflexion sur l'usage des nombres dans le débat public et comprenant des économistes, des démographes, des chercheurs en sciences humaines, des statisticiens, des enseignants etc., a permis de dégager deux grands type de fonctions.

- Le chiffre est un repère sémantique :

Selon les acteurs, « le chiffre rassure, il répond au besoin de modéliser la politique ». De même, « la valeur du chiffre a un effet mobilisateur. Ce qui peut être dangereux c'est de prendre une décision uniquement sur des chiffres. Le chiffre est important à partir du

⁶ www2.unil.ch/penombre/ e-mail : redaction@penombre.org

moment où il est remis dans son contexte, c'est un bon guide à la décision ». Ou encore, « le chiffre correspond à un engagement, une volonté, une façon d'afficher un souhait fort ».

L'analyse que Pénombre donne de la fonction sémantique du chiffre est de dire que faire un inventaire, c'est compter mais également mettre les objets dans des cases. La diversité se résume en faisant des catégories dénombrées. Le nombre sert à enserrer conceptuellement la réalité. Selon Alain Descosières⁷, la statistique n'est pas une activité numérique mais sémantique qui bâtit des nomenclatures. Pour compter ce qu'on met dans un tiroir il faut définir le tiroir. Ainsi y a-t-il parfois une bonne ou mauvaise identification du tiroir. Les querelles de chiffres sont en fait des querelles de mots.

- Le chiffre sert de repère d'objectivation :

Selon les acteurs, « on chiffre pour se donner du courage, se mettre à l'ouvrage. Il nous faut des chiffres objectifs pour dire la vérité, le pourcentage n'est là que pour faire joli. Le chiffre sert pour l'avenir, sans chiffrage pas de possible pour la politique publique ». De même, « les informations chiffrées permettent de relativiser certains phénomènes. Le chiffre n'est pas un mal en soi, c'est un élément pour convaincre, il permet de réaliser l'état des lieux d'un phénomène, de réaliser des tableaux de bord, de lancer des actions puis de les mesurer. Le chiffre permet de mobiliser les acteurs de terrain ». Ou encore, « quantifier et chiffrer permet de fixer des objectifs. Cependant ils ont leurs limites et doivent être complémentaires d'une approche plus qualitative des politiques mises en place »

Le chiffre donne donc une référence d'objectivation. Entre deux affirmations divergentes (Paul dit a, Pierre b), le chiffre se propose comme arbitre. Le statisticien dit le fait, c'est sa fonction sociale. La fonction du chiffre est de rendre les choses objectives.

Selon Pénombre, depuis le XVIII^e siècle, la société occidentale est une civilisation du chiffre. Lavoisier commence par peser. Les sciences sociales suivent, les succès techniques et l'essor économique du XIX^e siècle sont étroitement liés à la quantification. "L'homme moderne" est convaincu que le bonheur repose sur la science et la science sur le chiffre. Aussi aujourd'hui l'invocation du chiffre joue sur ce fond culturel.

⁷ Alain Descosières, *La politique des grands nombres*

Le chiffre est utile pour maîtriser un phénomène mais il est investi d'une telle force qu'il peut y avoir une récupération de la puissance de son image : le chiffre, c'est scientifique. Certains profitent de l'aura du chiffre, comme une arme à la vertu présumée. Les acteurs de la prévention du suicide n'en sont pas dupes : « il faut savoir regarder et lire les chiffres pour analyser objectivement des phénomènes. Les chiffres peuvent être manipulés pour masquer certains phénomènes et servir à des effets d'annonce » ou encore « un chiffre ne peut être affiché sans un minimum d'argumentaire car le chiffre n'est pas la vérité vraie et ne rend compte que partiellement du processus. L'utilisation des chiffres dans la loi peut présenter un risque lié à l'aspect financier, la notion de résultat, l'orientation des fonds ».

Parfois l'annonce d'un chiffre peut faire dérapier le phénomène (ex. l'inflation). En fait le chiffre représente une vérité. En matière de suicide faut-il toujours dire la vérité sachant que le discours pourrait avoir un impact sur le phénomène ?

1.2.1. La culture du résultat est portée par l'évaluation des politiques publiques.

- L'évaluation des politiques publiques est désormais ancrée en France.

Cet intérêt pour le chiffre se retrouve également dans le champ des politiques publiques. Les objectifs quantifiables sont indissociables de l'évaluation des politiques publiques. Ce sont en fait les deux facettes d'une même réalité. Si cette culture est relativement récente en France, ses racines sont profondes et anciennes dans le monde anglo-saxon, essentiellement pour des raisons culturelles. L'évaluation des politiques publiques trouve donc son essor aux Etats-Unis, dès le début du XXème siècle. Evaluer un programme revient à mesurer scientifiquement son efficacité, ce qui ne laissait qu'une faible place aux aspects qualitatifs. Les facteurs de développement de cette pratique aux Etats-Unis relèvent de facteurs propres à ce pays : la faible légitimité des pouvoirs publics leur impose une justification de leur action. Toute politique publique est révoquée, votée pour une durée déterminée et se doit d'atteindre des objectifs pour être reconduite. Cette culture de l'évaluation donne une place importante à l'observation et au recueil de données quantifiables.

La pratique de l'évaluation et la fixation d'objectifs atteint l'Europe après la seconde guerre mondiale, s'étendant dans un premier temps en Grande-Bretagne et au monde anglo-saxon puis dans les pays nordiques. Le développement dans les pays latins et en France est plus tardif. A la fin du XXème siècle, l'avancée américaine en la matière est incontestable. On peut toutefois noter le rôle moteur de la Commission européenne,

qui, dès 1983 dispose d'une unité spécialisée d'évaluation au sein de la Direction chargée de la recherche (DG 12). Le traité de Rome et le développement de l'aide aux régions ancrent l'évaluation des politiques communautaires : en 1988, le règlement relatif aux programmes financés par le Fond européen d'orientation et de garantie agricole (FEOGA), le Fond européen de développement régional (FEDER) et le Fond social européen (FSE) dispose que l'action communautaire devra faire l'objet d'une « évaluation ex-ante et ex-post destinée à apprécier son impact ». L'adoption d'une nouvelle directive en 1993 précise et renforce cette injonction d'évaluer.

En France, le développement des pratiques d'évaluation au regard d'objectifs a été marqué par deux tentatives successives. Entre 1970 et 1984, la rationalisation des choix budgétaires (RCB) visait à planifier le budget en le restructurant sous forme de programmes d'actions et de fonder les décisions de dépense sur une prévision de leur impact socio-économique. Malgré des débuts encourageants, la RCB a peu à peu perdu toute influence sur la décision budgétaire : on peut en imputer la cause à une gestion conjoncturelle du budget, qui laisse peu de place à la programmation. Cette procédure a été abandonnée en 1984. Au milieu des années 80, la réflexion administrative s'oriente vers une évaluation ex-post. La promotion de l'idée d'évaluation s'inscrit dans la politique de « Renouveau du service public ». Les arguments avancés en sa faveur sont la responsabilité des agents publics et le rôle de l'évaluation dans le débat public. Suite au rapport Viveret en 1989, deux décisions importantes sont prises par le gouvernement Rocard : il met en place une commission indépendante chargée d'évaluer les effets de la loi sur le RMI et pour la première fois une loi est votée pour une durée déterminée de 3 ans, et son renouvellement est conditionné par les résultats de son évaluation. En 1990, par voie de décret, il instaure le Comité interministériel de l'évaluation (CIME), le comité scientifique de l'évaluation (CSE) et le Fond national de développement de l'évaluation (FNDE). L'évaluation est conçue comme partie prenante et totalement incorporée au processus de décision publique. L'évaluation est inséparable de la modernisation de l'Etat et est un outil de transparence, d'efficacité et de responsabilité.

Malgré tout, dans les années 90 la France accuse toujours un certain retard en comparaison de ses voisins européens. La pratique de l'évaluation est diffusée de manière très hétérogène selon les politiques publiques considérées : elle est par exemple inexistante sur les champs de la prévention sanitaire et les politiques économiques. Bernard Perret⁸ met en avant une culture administrative peu favorable à l'évaluation,

⁸ Bernard PERRET, *Evaluation des politiques publiques*

thèse confirmée par Jean Leca⁹. De plus, on peut mettre en avant un manque d'intérêt des citoyens français pour l'évaluation, pour le contrôle de la dépense publique.

Cependant, la tendance actuelle tend à rattraper ce retard et à rationaliser les politiques publiques en passant d'une logique de moyens à une logique de résultats. L'exemple le plus parlant est la loi organique relative aux lois de finances votée en août 2001¹⁰ : elle inscrit l'action étatique et les dépenses publiques dans une logique d'évaluation ex post, les fonds étant alloués par missions et programmes faisant l'objet d'une évaluation régulière au regard d'objectifs quantifiés. Cette logique se répercute donc sur la loi de santé publique du 9 août 2004 qui pour la première fois fixe des objectifs quantifiables en matière de santé publique.

Mais ce mode d'évaluation généralisé est-il applicable aux politiques de prévention du suicide?

- L'évaluation des politiques de prévention du suicide invite à la prudence dans le maniement d'objectifs chiffrés.

Une étude de mars 2004, réalisée par l'Institut National de Santé Publique du Québec, sur les programmes de prévention du suicide chez les jeunes fournit des éléments de réponse. Cette étude définit quatre catégories de stratégies de prévention :

- promouvoir les facteurs de protection
- prévenir les facteurs de risque,
- identifier et agir auprès des personnes à risque,
- agir sur une combinaison des objectifs précédents.

Les effets de ces stratégies mesurées sur les personnes sont l'idéation, le comportement suicidaire, l'attitude, la détresse émotionnelle et le contrôle de la colère.

La première catégorie de stratégie se concentre sur la promotion des habiletés d'adaptation. Plusieurs études montrent que ces programmes peuvent avoir un impact sur les comportements à risque. Ils diminuent les comportements d'agressivité des jeunes à court terme et de délinquance à long terme. Ils préviennent l'apparition de la dépression et de la dépendance aux drogues et à l'alcool. Les études de cohorte comparant des groupes de population avec ou sans prévention montrent de meilleurs résultats aux

⁹ cité par Bernard Perret in *Evaluation des politiques publiques*

¹⁰ Loi organique n°2001-692 relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 ou encore « LOLF »

mesures du risque suicidaire, mais ne montrent pas d'amélioration face au risque de la dépression. En revanche, l'action de prévention met en évidence des habiletés relationnelles ou d'adaptation.

La prévention des facteurs de risque recouvre en particulier le contrôle de l'accessibilité aux moyens. Le choix de la méthode pour se suicider n'est pas un hasard mais la résultante d'une combinaison de facteurs (contexte personnel, normes culturelles...). Si le mode choisi ne peut être utilisé au moment voulu, le fait de différer ou de changer de mode s'avèrera moins efficace voir inefficace. Par exemple, une modification de la composition du gaz domestique en Grande Bretagne, a fait chuter de 40 % le taux de suicide ; ce résultat est resté stable durant une dizaine d'années. Cette méthode transposée sur les armes à feu, les médicaments, le monoxyde de carbone montre également des résultats positifs.

La troisième catégorie de stratégie, à savoir l'identification et l'action auprès de personnes à risque s'est concrétisée par une sensibilisation en milieu scolaire par le moyen de rencontres de groupes, d'information sur l'épidémiologie, les signes et les ressources. Dix études de cohorte ont mesuré l'efficacité de ces campagnes. Les résultats sont décevants. Seule une amélioration légère des connaissances et du niveau des attitudes dans la recherche ou l'apport d'aide au dévoilement d'idéations suicidaires sont observés. Par ailleurs des effets négatifs de ces programmes mettent en alerte : l'étude Schafferetal menée en 1990 – 1991 donne la parole à des jeunes qui disent être troublés par le programme, et dont certains pensent que le suicide peut être une solution. La formation de sentinelles, personnes adultes travaillant dans le milieu scolaire et susceptibles d'aider les jeunes relève également de cet axe d'action. Quelques experts américains avaient estimé à 12 % la réduction possible du taux de suicide avec ces programmes. Aucune étude ne l'a confirmé, tant pour l'impact sur les comportements suicidaires que sur l'identification des jeunes à risque.

La formation de médecins généralistes peut aider à dépister des attitudes suicidaires: 20 à 34 % des suicidés ont consulté au cours du mois précédent leur acte. Cependant, les jeunes ne parlent pas spontanément de leur difficulté à un médecin. Quant aux médecins, ils ne détectent les signes de détresse émotionnelle que dans 50 % des cas. Une expérience suédoise de 1997 basée sur la formation des médecins généralistes de l'île de Gotland à mieux repérer et traiter la dépression majeure a montré une diminution des arrêts maladie, des hospitalisations du taux de suicide et une augmentation de prescription des antidépresseurs. Ces effets se sont estompés au bout de deux ans. Une nouvelle formation alors dispensée a montré les mêmes résultats que la première fois.

Enfin, les lignes d'écoute téléphonique, expérience qui date des années 50 (mouvement des samaritaines à Londres) sont un vecteur de prévention du suicide. Une étude de 1997 sur différentes régions avec ou sans écoute, montre un lien faible et inconsistant entre taux de suicide et présence d'un numéro d'appel. L'écoute aurait un effet apaisant immédiat mais l'idée de suicide reste présente dans 50 % des cas après 4 mois.

Agir sur une combinaison de facteurs sous forme de programmes globaux montre une amélioration du niveau de connaissances et une amélioration des attitudes des conseillers. En revanche, une étude réalisée en Australie met en évidence que le réseau n'entraîne pas automatiquement une réponse adéquate en situation de crise. Au Québec, l'étude sur l'efficacité de la mise en réseau montre une amélioration des connaissances.

L'étude québécoise ne permet pas d'affirmer l'efficacité des différentes stratégies, car il n'existe pas de données solides en la matière. En santé publique, en particulier en promotion de la santé et en prévention, il n'existe pas de consensus sur les conditions nécessaires pour établir un lien de cause à effet. La preuve se heurte à deux difficultés, la première résidant en la faible capacité des études à reproduire les résultats, la deuxième difficulté reposant sur la qualité méthodologique des études.

Au final, la culture du résultat se transpose à la prévention du suicide en rencontrant quelques difficultés. En France si la loi de santé publique s'assigne un objectif de réduction de 20% du taux de suicide, elle témoigne plus d'une volonté d'affichage et d'une mise sur agenda politique que d'une détermination rigoureuse et d'une évaluation quantifiées.

La place du chiffre est incontestée par la plupart des acteurs, sa portée pour dire la valeur des politiques de préventions reste très relative. L'analyse des évaluations menées invite à la prudence dans l'utilisation des chiffres qu'il faut interroger et étayer d'autres moyens de rendre compte.

2. L'ANALYSE DE L'USAGE DU CHIFFRE INVITE A UNE EXPRESSION PLURIELLE DE LA VALEUR DES POLITIQUES PUBLIQUES.

La confiance innée dans la mesure chiffrée est risquée en matière de suicide. Des limites apparaissent et invitent à ne pas renoncer à la complexité pour dire la valeur des politiques de préventions du suicide.

2.1. Le chiffre présente des fragilités.

Les difficultés de construction liées à la complexité du phénomène suicidaire et les effets d'une aura propre à l'expert manier de chiffre attestent de l'intérêt d'une réflexion éthique sur l'usage du chiffre en santé publique.

2.1.1. Des données soumises à caution : la difficulté d'établir des chiffres.

Les indicateurs concernant le suicide sont actuellement peu nombreux. Les tentatives de suicide ne sont pas recueillies de façon systématique ; l'enregistrement n'est pas disponible et les caractéristiques épidémiologiques sont décrites à partir d'enquêtes hospitalières ad hoc. Seule une estimation du nombre de tentatives de suicides accueillies par les services d'urgence des hôpitaux non spécialisés est possible. Des enquêtes montrent que seul un tiers des tentatives de suicide est médicalement prise en charge et donc recensé. En milieu hospitalier, la nature du codage PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) ne permet pas de recenser les tentatives de suicide de façon précise.

Les données de mortalité par suicide sont en revanche exhaustives mais soumises à l'existence de nombreux biais. Deux sortes sont à distinguer : les biais introduits au moment de la certification du décès par le médecin et les biais introduits au moment de la codification du décès. Que l'effet de ces biais se fasse dans le sens d'une sous-estimation du suicide dans les statistiques officielles est généralement admis. Une illustration peut être évoquée par le cas extrême du contexte irlandais, traditionnellement catholique où un suicide n'autorise pas le droit à des funérailles religieuses ce qui a pour conséquence une sous déclaration importante. En France, un autre biais à fort potentiel pour la sous déclaration du suicide a été identifié. Il est lié à l'utilisation de la catégorie « causes inconnues ou non déclarées », qui, de fait, contient un grand nombre de suicides. Cette sous déclaration s'explique par l'absence de retour systématique de la partie médicale du

certificat de décès par les instituts médico-légaux (ces cas sont alors codés en cause inconnue).

En 1999, on dénombre au plan national 1907 décès de cause indéterminée, 1332 hommes et 575 femmes. Ces décès représentent 0.3% de la mortalité générale. Le taux de décès par cause indéterminée en 1999 est de 3.3 pour 100 000 globalement et varie selon le sexe et l'âge. Bien que la fréquence des taux de décès de cause indéterminée soit moins élevée que celle des taux de suicides, les deux catégories évoluent selon les classes d'âge en suivant une courbe semblable. Il existe une corrélation positive entre les ratios du suicide et les ratios des causes indéterminées. Ceci suggère un lien entre les suicides et les causes indéterminées.

Le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDC) estime que le potentiel de sous déclaration attribué aux « causes indéterminées » est estimé à 15% chez les hommes et 16% chez les femmes. La pendaison est le mode de décès qui a le potentiel de sous déclaration de suicide le plus faible, chez les hommes comme chez les femmes, tandis que la noyade est le mode le plus sensible à la sous déclaration potentielle. Les chutes et les empoisonnements ont des potentiels de sous déclaration intermédiaires. Pour l'utilisation des armes à feu, le potentiel de sous déclaration du suicide est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

2.1.2. Le chiffre ne rend pas compte de la complexité du phénomène du suicide : le suicide face à l'expert.

Lors de l'élaboration de la Loi de Santé Publique, les experts ont pris le parti de définir en annexe des objectifs chiffrés en matière de réduction du suicide. La Santé Publique se veut scientifique : les autorités ont été amenées à produire des chiffres. Pourtant, croire qu'on peut réduire le taux de suicide de 20% participe d'une méconnaissance du phénomène du suicide, par nature complexe.

Les facteurs de risques qui interviennent dans la production du suicide sont multiples. Ils indiquent une fragilisation de la personne, ils peuvent favoriser l'apparition d'idées suicidaires mais ne sont en aucun cas des déterminants du suicide. La survenue d'un événement déclenchant est primordiale dans le passage à l'acte. Aussi, la prédiction du geste suicidaire est impossible même en cas d'accumulation des facteurs de risques. Les risques individuels comprennent les antécédents familiaux (le suicide apparaît comme un phénomène qui s'apprend, phénomène de mimétisme, la parenté est un facteur de risque important), les difficultés familiales et ou conjugales qui fragilisent l'individu, enfin le

facteur solitude (comparée à la population générale, les personnes mariées sont sous-représentées alors que les célibataires, divorcés et veufs sont sur-représentés). Les risques médicaux gravitent autour du syndrome anxio-dépressif ; la consommation de médicaments psychotropes, d'alcool ou d'autres drogues peut favoriser le passage à l'acte. La situation économique peut jouer un rôle même si le lien entre chômage et suicide apparaît complexe et la causalité directe n'est pas établie formellement. Il existe une corrélation positive entre niveau de vie et dépression. Le milieu rural est sur-représenté dans la mortalité par suicide.

Le suicide est donc un phénomène complexe dont la construction mobilise différents déterminants, le genre, l'âge, la santé mentale, les conditions économiques, les souffrances psychiques, les deuils, la solitude, etc... Mobiliser des acteurs sur chacun de ces segments de causalité relative de production d'un acte suicidaire pour en réduire de 20% les passages à l'acte paraît périlleux tant il est difficile de cerner tous les aspects qui conduisent au suicide. Aussi, il existe des objets politiques sur lesquels on peut poser des taux, à propos desquels une action politique de prévention est possible : en déconstruisant les phénomènes qui aboutissent à produire un accident de la route, on peut en limiter le nombre (instauration de limitations de vitesse, du permis à points, des radars, interdiction de conduire en état d'ébriété...). Pour autant, il semble que l'on ait peu de pouvoirs d'action sur les éléments et les multiples causalités qui produisent le suicide.

Pour Max Weber¹¹ aucune politique scientifique n'était possible. Il rappelait que l'action publique relève toujours, en dernière instance, de la décision et que, pas plus que la religion ou l'idéologie, la science ne peut démontrer la supériorité d'un système de valeur sur un autre. La santé publique n'est pas réservée aux experts économiques, administratifs ou médicaux. Car l'expert se donne comme ce *deus ex machina* avec lequel on ne discute pas, et devant le savoir de qui on s'incline.

La question reste ouverte : comment construire la problématique et la solution au problème de santé publique que constitue le suicide au-delà du chiffre ? Les conditions de la production de la santé se situent bien en amont des strictes politiques sanitaires. La prévention du suicide passe par la socialisation de l'être humain. Pour que l'individu trouve un sens à sa place dans le collectif, pour que le social devienne une condition de son épanouissement personnel, une politique démocratique est nécessaire. Il est incontestable qu'actuellement, ne sachant pas régler facilement les phénomènes que

¹¹ Max weber, *Le savant et le politique*

nous venons d'évoquer, le politique affiche des objectifs chiffrés comme pour se dédouaner. Or dans un programme de santé de prévention du suicide, on attend la mise en place des conditions qui permettront au sujet humain, quel que soit son passé, de déployer sa vie. On attend de l'éducateur qu'il soit conseiller ou témoin, ne s'excluant pas de la question qu'il pose, ouvrant les choses de la vie à l'espace du questionnement, de l'analyse, du dialogue, de la confrontation. On attend qu'il aide la personne suicidaire à échapper à la sidération, sous l'effet du poids de son histoire, de sa place sociale, de sa culture pour s'ouvrir à la construction d'une vie possible. L'éthique de l'intervention, c'est le refus du *fatum* : rien n'est écrit définitivement pour personne¹².

2.1.3. Pour une éthique du chiffre.

Présenté de manière brute et sans précaution d'usage, le chiffre peut se révéler dangereux, on vient de le voir. Pourtant, il apparaît comme un outil indispensable de communication et d'aide à la prise de décision par sa fonction d'objectivation. Dès lors, plutôt que de chercher à s'en affranchir, la réflexion doit porter sur la manière de se réapproprier le chiffre, en intégrant ses limites pour mieux les dépasser. Il s'agit de se prémunir des risques de dérive que son usage comporte par la définition d'un corpus de règles de bonne utilisation des valeurs chiffrées, à l'image des bonnes pratiques professionnelles. Par « bonne utilisation », on entend l'utilisation la plus objective possible du chiffre, c'est-à-dire celle par laquelle le chiffre remplit au mieux sa fonction d'objectivation du phénomène observé. En un mot, pour rendre au chiffre cette fonction qui lui appartient, il faut mettre en pratique une éthique du chiffre.

Cette éthique doit tendre à ce que la valeur du chiffre soit recevable par le plus grand nombre d'interlocuteurs et qu'elle puisse faire l'objet d'une observation critique. On peut alors proposer les trois impératifs éthiques suivants : premièrement, au travers de son mode de production, le chiffre doit s'approcher au plus près de la réalité objective ; deuxièmement, il doit être contestable ; troisièmement, il doit être utilisé de manière critique. Ces trois impératifs peuvent se décliner pragmatiquement sous la forme de dix règles de bonne utilisation, dix commandements ci-dessous expliqués.

¹² « *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie* », Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet, page 177.

Les Dix Commandements de l'Ethique du Chiffre

(proposés par le groupe de travail du module)

Le chiffre jamais nu tu ne livreras ;

L'incertitude statistique tu calculeras et présenteras ;

L'erreur issue des biais tu évalueras ;

Les sources tu dévoileras ;

Le protocole de construction du chiffre tu décriras ;

Le but poursuivi par l'élaboration de ton indicateur chiffré tu préciseras ;

L'auteur de la commande tu identifieras ;

Lorsque l'incertitude surpasse la valeur même de ton chiffre, d'utiliser ce chiffre tu te garderas ;

Les évolutions spatiales ou temporelles plutôt que la valeur absolue tu analyseras ;

L'analyse chiffrée par une analyse qualitative tu compléteras.

Le chiffre doit chercher à s'approcher au plus près de la réalité objective. Pour cela, il ne doit pas être présenté seul, en omettant la marge d'incertitude qu'il comporte. Cette marge d'incertitude doit être évaluée au mieux, en intégrant à la fois l'incertitude statistique et l'erreur issue des biais divers lorsqu'on ne parvient pas à les corriger. En appliquant cela à la prévention du suicide, il conviendrait d'une part d'évaluer la variance statistique lors du décompte de morts par suicide annuelle comme pour n'importe quelle donnée démographique – aucun texte institutionnel ne précise l'incertitude entourant le chiffre des dix à douze mille morts par an – et d'autre part d'évaluer l'importance de la sous déclaration du phénomène – suivant les spécialistes et les régions, elle varie d'un optimiste 10% à un vertigineux 40%. La correction des biais devrait par ailleurs s'attacher à résoudre le problème des non déclarations de nature institutionnelle ou culturelle, telles que la confidentialité maintenue par l'Institut médico-légal de Paris ou la pratique du classement en « cause inconnue » des suicides sur route.

Le chiffre doit être contestable, c'est-à-dire que deux interlocuteurs doivent pouvoir utilement en débattre. Pour cela, il faut que les termes du sujet soient intelligibles par tous, que l'un comprenne au mieux la position de l'autre. Il faut donc identifier clairement les sources – pour notre exemple les bases de données utilisées – et décrire précisément le protocole de production de l'indicateur chiffré – c'est-à-dire les algorithmes, les simplifications pratiquées traduisant des hypothèses, etc. En outre, puisque la production d'un chiffre répond généralement à une demande intéressée – suivant l'adage selon lequel dans le noir, il vaut mieux chercher là où il y a de la lumière – il est toujours utile de

connaître l'auteur de la commande et la nature de ses objectifs pour pouvoir évaluer au mieux les éventuels biais qui peuvent avoir accompagné la production du chiffre. En effet, le niveau d'indicateur est peut-être corrélé aux ressources politiques et administratives disponibles ou souhaitées plutôt qu'au phénomène lui-même. En reprenant l'exemple du suicide, il faut s'interroger sur le fait que le niveau d'un indicateur peut refléter une logique d'acteurs directement liée à l'agenda politique national.

Le chiffre doit être utilisé de manière critique, c'est-à-dire en intégrant ses limites. Puisqu'il est porteur d'une incertitude assumée, il convient d'abord de s'affranchir de la suprématie de la valeur absolue pour s'intéresser plutôt aux variations spatiales et temporelles que présente un indicateur. Pour reprendre les termes d'un épidémiologiste : « Il convient de donner du sens aux variations d'un indicateur plutôt qu'à sa valeur absolue. » En effet, si l'on fait l'hypothèse que les biais dans son élaboration reste constant au cours du temps – par exemple la pratique de la sous déclaration dans les méthodes de codage des praticiens constatant les décès – une variation importante de l'indicateur fera sens même si le niveau de l'indicateur lui-même ne le fait pas parce qu'il est entaché d'une erreur qu'on ne peut évaluer. De même, la comparaison entre pays amènera d'abord à s'interroger sur les différences de pratiques de production de l'indicateur. En outre, lorsque le degré d'incertitude sur un chiffre est tel que sa valeur est dénuée de sens – par exemple si l'on estime qu'il y a entre cinq mille et quinze mille morts par suicide et par an – on peut s'interroger sur le bien-fondé de son utilisation à des fins d'arbitrage politique. Peut-être vaut-il mieux en pareil cas décréter que la prévention du suicide est une priorité de santé publique, non pas parce qu'il atteint des proportions insupportables bien qu'impossibles à chiffrer en l'état, mais parce que c'est un phénomène socialement inacceptable. Enfin, pour éclairer ces variations et pour réduire l'incertitude portée par les biais, il est nécessaire de compléter toute analyse quantitative porteuse d'une pléthore d'indicateurs chiffrés par une analyse qualitative du phénomène. Ainsi l'évaluation des PRS suicide fait-elle l'objet à la fois d'une étude de la variation des indicateurs chiffrés et d'une analyse des processus de mise en œuvre des actions programmées.

2.2. Dire la valeur des politiques publiques de prévention du suicide au-delà du chiffre autorise à élargir la réflexion sur les leviers d'intervention.

Si l'usage du chiffre peut être soutenu sous réserve de précautions d'usage, il n'épuise pas le champ des possibles. La valeur de l'intervention publique en matière de prévention du suicide nécessite une mesure plurielle qui, généralisée, est le meilleur gage d'une dynamique d'ajustement des pratiques de prévention.

2.2.1. La théorie du programme enrichit les pratiques d'évaluation des politiques publiques en matière de prévention, trop centrée sur la quantification globale.

L'objectif de l'évaluation consiste à produire une connaissance utile et appropriable. Evaluer une politique, c'est d'abord la questionner, c'est-à-dire élaborer collectivement un certain nombre de questions à son sujet. Ces questions concernent typiquement les aspects suivants : pertinence des objectifs, mise en œuvre des mesures, cohérence de la politique, atteinte des objectifs, efficacité, efficience, mécanismes d'action.¹³

En matière de suicide, plusieurs professionnels de l'évaluation ont évoqué en point d'orgue une évaluation quantitative comparant l'efficacité de la prévention des suicides entre des régions disposant ou ne disposant pas de PRS spécifique à la prévention du suicide. Cette référence croisée de plusieurs acteurs sert-elle à la réflexion pour l'action ? L'analyse porte au doute car la référence chiffrée a un effet niveleur.

En effet, cette étude établirait que les régions disposant d'un PRS suicide voient leur taux de mortalité par suicide diminuer deux fois plus vite que les autres. Or, les êtres humains potentiellement suicidaires vivent dans une société où ils interagissent continuellement avec des individus et des organismes. Les interventions ne sont donc jamais les seuls facteurs pouvant influencer le potentiel suicidaire d'un individu. Les évaluateurs doivent donc départager les effets provoqués par les actions qu'ils sont en train d'évaluer des autres expériences de vie des participants. Ce travail d'exploration imposé par la complexité du problème suicidaire n'a pas été effectué dans le cas d'espèce ; la relation causale n'est pas démontrée scientifiquement. Mais la magie de la

¹³ *L'évaluation des politiques publiques*, de Bernard Perret in *L'évaluation des politiques publiques*, Revue « Informations sociales » (n° 110), septembre 2003

comparaison chiffrée pousse à l'utilisation de la donnée avant même vérification et imputation de la baisse observée à l'action publique, à l'environnement ou ... à l'effet programme sur la production de données !

Cette utilisation rapide, et peut-être erronée du chiffre, traduit-elle un retard culturel en France ? Certains professionnels de l'évaluation rencontrés établissent une comparaison entre « la France où l'accréditation est basée sur des procédures et des normes de références, alors qu'en Angleterre, le NHS préconise une approche de la qualité basée sur le *risk management* » Les pratiques françaises proviendraient d'une culture spécifique de l'inspection où chaque strate institutionnelle publique possède son propre corps d'inspection. Dès lors, le chiffre fait alors l'objet d'un usage plus symbolique et politique que rationnel.

Plus généralement, la synthèse effectuée au Québec sur vingt années d'évaluation en matière de prévention du suicide invite à élargir le périmètre de la réflexion évaluative. « Du point de vue de la recherche, rien ne prouve que les programmes réussissent à diminuer le taux de suicide et les comportements suicidaires au Québec. En effet, ces vingt dernières années, les taux de suicide sont demeurés relativement stables et élevés dans la province. Ils n'enregistrent pas de fléchissement significatif à long terme. » Est-ce à dire que l'action publique québécoise a été sans valeur ? Affirmons plutôt que la manière de dire la valeur de ces politiques publiques a touché sa limite. « Plusieurs s'interrogent sur la pertinence de l'utilisation des taux de mortalité. En fait, puisqu'il n'y a pas de consensus sur une théorie explicative des relations causales entre les variables impliqués dans le suicide, il est difficile d'en établir un sur ce qui peut être considéré comme un bon indicateur des effets des programmes de prévention. »

En fait, même utilisé avec une rigueur méthodologique plus poussée, l'usage premier d'un objectif quantifié dans le débat élude le questionnement évaluatif pour se fixer sur une comparaison « input/output » qui ne dit rien du chemin parcouru et des voies d'amélioration découvertes pour l'avenir. Cette pratique s'inspire de l'approche expérimentale, centrée sur les effets qui « vérifie la relation causale entre l'intervention prônée par le programme (la variable indépendante) et les résultats observés (la variable dépendante) en contrôlant les variables pouvant porter atteinte à la validité interne de la recherche. ¹⁴

¹⁴ *La recherche évaluative et la prévention du suicide au Québec, Historique et état de la situation*, François Chagnon in *Évaluation de programmes en prévention du suicide*.

Ce courant encore dominant dans l'évaluation des politiques publiques de prévention du suicide peut être qualifié de « boîte noire ». Bien que ce mode d'évaluation permette de vérifier si les résultats observés sont causés par le programme, si les obstacles à la validité sont bien éliminés, elle se montre somme toute peu utile pour comprendre les processus et les mécanismes en jeu dans ses effets. Or l'évaluation doit servir à informer non seulement de l'efficacité de leur action pour ce qui est des résultats, mais aussi des éléments à l'œuvre dans la production de ses effets et des correctifs susceptibles d'améliorer le programme.

Ainsi les approches axées sur les processus et la théorie du programme s'intéressent non seulement aux effets positifs ou négatifs du programme mais cherchent aussi à comprendre les mécanismes en cause dans ses effets. Elles étudient la logique entre les causes du problème, les objectifs du programme, ses moyens d'action, son contexte d'implantation et ses effets à court, moyen et long terme. Leurs utilisations permettraient à terme de basculer dans un cercle vertueux.

2.2.1. L'évaluation programmatique aiderait à enrichir le panel des interventions utilisées en matière de prévention du suicide.

« La tendance est de reproduire les mêmes façons de faire de la prévention alors qu'aucune diminution importante des taux de suicide n'ait été notée : mélange d'interventions cliniques et éducationnelles. La présomption fondamentale est alors que les personnes ciblées vont changer leurs comportements problématiques si elles reçoivent de l'information et du support interpersonnel. Une évaluation fondée sur la théorie s'attaque à cette présomption fondamentale et peut favoriser l'élargissement des répertoires d'interventions. »¹⁵ Dire la valeur autrement que la grandeur chiffrée impose la rigueur de l'argumentation démonstrative et permettrait de progresser dans l'élaboration d'une stratégie d'intervention en matière de prévention du suicide.

Pour ce faire un premier pas serait de se détacher de la « dictature du chiffre », dans le cas d'espèce du taux de mortalité par suicide dans la population générale. « Une autre approche serait de ne pas utiliser les taux de décès comme indicateurs finaux de l'action publique et de centrer davantage les évaluations sur les variables intermédiaires et les processus d'intervention. » (...) « Dans la mesure où le suicide est conceptualisé comme

¹⁵ Marc Daigle in *Evaluation de programmes en prévention du suicide*,

l'impact négatif ultime de toute une chaîne de comportements et de symptômes qui ont des effets sur les personnes, les impacts positifs des programmes de prévention devraient être recherchés dans les effets intermédiaires de ces derniers et se rapporter à l'ensemble des symptômes négatifs plutôt qu'aux seules conséquences très distales du suicide. »

Plusieurs illustrations sont fournies par la littérature ou les chercheurs rencontrés. Par exemple, la réduction de la détresse psychologique, de même que celle du sentiment d'isolement qu'éprouvent les personnes suicidaires pourraient être considérées comme un impact important des programmes de prévention du suicide.¹⁶

Plus avant, un facteur d'efficacité de la politique de prévention du suicide serait de cibler des milieux à risque et d'y associer les « bons » indicateurs selon les contraintes suivantes. « Un bon indicateur fournit une information pertinente (l'information se rapporte correctement au problème de santé), utile (la définition de l'indicateur satisfait au besoin d'information et fait l'objet d'un consensus parmi les acteurs impliqués) et mesurable (il existe une variable mesurable dans l'expression quantitative de l'indicateur que l'on peut estimer par un instrument de mesure.) »¹⁷

Le monde du travail serait un lieu propice à détecter les suicidants par la médecine du travail et la mesure de la satisfaction du travail un « bon » indicateur intermédiaire de l'efficacité d'une politique de prévention du suicide en milieu professionnel. De même, l'intervention publique en milieu scolaire pourrait gagner à suivre l'amélioration du bien-être de la population scolaire plutôt que les taux de mortalité et de morbidité. Des situations à risque peuvent être l'objet d'actions ciblées ; former le personnel bancaire au contact des personnes en surendettement est évoqué par plusieurs chercheurs, former les avocats des cabinets spécialisés dans les affaires de divorce. Les indicateurs de programmes spécifiques seraient bâtis au plus près de la logique d'intervention des acteurs de la prévention.

Dire la valeur de l'intervention publique en matière de politique de prévention du suicide autrement que par un indicateur global chiffré est possible. Les progrès de la culture d'évaluation laissent à penser qu'il est possible d'échapper à la simplification outrancière mais le chemin et long est la pente est de 20%.

¹⁶ François Chagnon in *Evaluation de programmes en prévention du suicide* .

¹⁷ Jean-Jacques Breton, *ibidem*

CONCLUSION

La loi de santé publique d'août 2004 constitue une innovation en assignant des objectifs quantifiables aux politiques de santé publique. On perçoit au terme de cette étude toute l'ambiguïté qui repose sur le chiffre 20% rapporté au suicide, phénomène complexe qui met en jeu le libre arbitre. Le chiffre apparaît comme étant un élément incontournable qui reflète une volonté politique forte et permet également de mobiliser des moyens d'action, de trouver des financements et de convaincre les décideurs. De fait, plus le fait observé est complexe, plus le chiffre s'éloigne d'une objectivité mesurée et s'oriente vers une valeur symbolique.

Mais, étant donné les conséquences qu'il implique en terme d'évaluation, il doit être manié avec prudence et remis dans son contexte. Ce taux peut dans un premier temps paraître anodin. Cependant, si on le rapporte aux évolutions démographiques de la population française (entrée dans la tranche d'âge où le risque de décès par suicide est le plus élevé de la génération du baby-boom), il se révèle bien plus ambitieux. Il importe donc de ne jamais séparer le chiffre de son contexte de production, d'utilisation.

Il ne faut pas renier au chiffre sa fonction d'objectivation et de mobilisation, mais il ne se suffit pas à lui-même. Légitime dans un contexte d'affichage d'une volonté politique, dans son rôle d'aide à la décision, un tel chiffre ne peut être seul outil d'évaluation d'une politique de prévention du suicide, sous peine d'éclipser la qualité des actions entreprises. Le chiffre dit la valeur d'une volonté d'action, d'un choix de société mais pas d'une évaluation qui exige une analyse plus fine à l'aide d'indicateurs intermédiaires et d'outils diversifiés.

La méfiance envers le chiffre est saine et doit se pratiquer à tous les niveaux : au moment de la conception et au moment de l'évaluation.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- BATT-MOILLO Agnès, JOURDAIN Alain, *Le Suicide et sa prévention, émergence du concept, actualité des programmes*, éd. ENSP 2005.
- BLANCHET LAURENDEAU et AL, 1993, *Evaluation des stratégies préventives du suicide chez les jeunes*.
- CAMPEON Armand, *La construction politique contemporaine d'un problème de santé publique*.
- CHAGNON François, MISHARA Brian L., *Evaluation de programme en prévention du suicide*, 173p, 2^e trimestre 2004, Presses de l'Université du Québec.
- DESCOSIERES Alain, *La politique des grands nombres*.
- DURKHEIM Emile, *Le suicide*.
- FACY Françoise, *Evaluation de programme en prévention du suicide*, chapitre 4 : « *Epidémiologie évaluative – les limites en suicidologie* » (2004 - Presses de l'Université du Québec).
- JACQ Jean, *Contribution à l'étude de la mesure dans les sciences humaines*, Thèse en doctorat 1982. Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*.
- McCORMICK James et FULOP Naomi J., *For and against health targets in Health Targets in Europe, Polity, progress and promise*
- PERRET Bernard, *Evaluation des politiques publiques – éditions La Découverte*, collection Repères 2001.
- WEBER Max, *Le savant et le politique*.

REVUES

- *Suicide et tentative de suicide en France, tentative de cadrage statistique*, DRESS n° 109, Etudes et résultats,
- *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* (J. Loup CHAPPERT, Françoise PEQUINOT, Gérard PAVILLON, Eric JOUGLA – Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – INSERM). DRESS, série études n°30 – avril 2003.
- *Histoire de la prévention du suicide*, Informations psychiatriques n°5, volume 78, mai 2002.

- *La prévention du suicide*, Actualité et Dossier en Santé Publique (adsp) n° 45, décembre 2005.
- *L'évaluation des politiques publiques* - Informations Sociales n° 110, septembre 2003, chapitre : « L'évaluation des politiques de prévention » Bernard PERRET – « Une politique peut-elle être évaluée » Nicolas TENZER).
- Echo des statistiques – Pays de la Loire – n° 26, avril 2005.

RAPPORTS ET TEXTES REGLEMENTAIRES

- Loi de Santé Publique du 9 août 2004 et annexe.
- DGS – circulaire 2002-271 du 29 avril 2002 relative à la stratégie nationale face au suicide – plan 2000-2005 : actions prioritaires 2002.
- DGS – circulaire du 16 juillet 2003 relative aux actions à mettre en œuvre pour 2003.
- DGS – rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique 2003- 2008 (GTND) – sous la présidence de M. le Pr. ABENHAIM, rapporteur : Mme C. LE GALES (INSERM-OMS).
- IGAS – rapport 2003 : « Santé pour une politique de prévention durable », La Documentation Française.
- PRSP de Bretagne – Version I (chapitres : état des lieux – prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008).

DIVERS

- Elisabeth GUIGOU Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, discours d'ouverture du colloque organisé par l'UNESCO pour l'Union Nationale de la Prévention du Suicide (UNPS) dans le cadre de la journée nationale du 5 février 2002 sur la prévention du suicide.
- Une politique de prévention des suicides ou des politiques de prévention, MIP de management du système de santé 1999.
- Opportunité et faisabilité des réseaux de prévention du suicide, MIP de Santé Publique 2000.
- Evaluation des politiques de prévention de la drogue, MIP de Santé Publique 2001.
- www.sante.gouv.fr
- www2.unil.ch/penombre/

Liste des annexes

Annexe A : Liste des entretiens

Annexe B : Fiche suicide du GTNDO

ANNEXE A : ENTRETIENS

- Mme Françoise JABOT, Médecin de Santé Publique à l'ENSP
- M. Alain JOURDAIN, Démographe, enseignant-chercheur - ENSP.
- M. Olivier GRIMAUD, Epidémiologiste, enseignant-chercheur - ENSP.
- Mme Martine BELLANGER, statisticienne ENSP.
- Mme Agnès BATT, Chercheuse INSERM – Faculté de médecine de RENNES – Laboratoire de Santé Publique
- M. le Dr PETITJEAN, Médecin Inspecteur de la Santé Publique – DRASS de Bretagne.
- M. le Pr CASTELNAU, psychiatre CHU MONTPELLIER.
- Mme LE STUNFF, DRESS.
- Mme CASES, Chercheuse DRESS.
- Mme SALINE, Médecin Inspecteur DRESS.
- Mme DANIEL, Médecin Inspecteur de la Santé Publique – DRASS des Pays de la Loire.
- Mme LE GALL, IASS – DRASS des Pays de la Loire.
- M. JEAN, Statisticien – DRASS des Pays de la Loire.
- Mme LAMBOY, INPES (Institut National d'Education en Santé).
- Mme RABORD, Attaché d'administration centrale, chargée des politiques de prévention du suicide – Direction Générale de la Santé (DGS) – Ministère de la Santé.
- Mme GERHART, Médecin Inspecteur de Santé Publique, chargée de l'évaluation des programmes de recherches et prospectives - Direction Générale de la Santé (DGS) – Ministère de la Santé.
- M. PADIEU – Association « Pénombre » - PARIS

SUICIDE

Objectif général

- Réduire de 20% le nombre des suicides en population générale et
 - Diviser par deux le taux de suicide chez les adolescents
 - Diviser par deux la mortalité par suicide chez les hommes de plus de 75 ans
 - Abaisser le taux de suicide de la population carcérale au taux observé en population générale.

Mortalité, morbidité

Chaque année, en France, 12 000 personnes se suicident et du fait, d'un effet dit « génération », on attend encore une augmentation de ce chiffre d'ici 2010. Le suicide est la deuxième cause de décès pour les 15-24 ans, la première pour les 25-34 ans. On dénombre également 160 000 tentatives de suicide et environ 2 millions de personnes vivent une crise suicidaire. Les personnes détenues ou celles souffrant de troubles psychiatriques sont particulièrement à risque. Quel que soit l'âge, les taux standardisés de mortalité par suicide des hommes et des femmes sont plus élevés en France que dans la plupart des pays de l'Union européenne (à 15 pays). Les expériences de pays tels que la Finlande, la Suède, la Norvège, le Danemark, la Hongrie et l'Allemagne (Nuremberg) ont montré qu'une réduction très significative du nombre de suicides pouvait être obtenue. La comparaison à ces pays proches conduit à considérer qu'en France, il devrait être possible d'éviter plus de 5 000 décès par suicide chaque année.

Actions

La stratégie d'action doit permettre de

- Réduire la souffrance psychique des personnes atteintes de troubles psychiatriques, notamment par une amélioration de leur prise en charge médicale (*se référer au chapitre concerné*)
- Diminuer l'accessibilité des moyens de suicide à létalité élevée. (notamment les armes à feu)
- Etablir et diffuser des recommandations en matière de méthodes de repérage et de modes de prise en charge des crises suicidaires.
- Identifier les personnes à risque et assurer leur accès à des traitements appropriés conformes aux recommandations.

En milieu carcéral, la mission confiée au Pr. JL Terra devrait permettre de définir une stratégie d'action spécifique. Son achèvement est prévu en juin 2003.

Indicateurs

Ces indicateurs seront développés ultérieurement, on peut néanmoins citer :

- i. Incidence des suicides par tranches d'âge en population générale
- ii. Incidence des suicides en population carcérale.
- iii. Fréquence relative des moyens de suicide utilisés

Besoins d'information ou de surveillance non couverts, connaissances scientifiques à développer dans une perspective de santé publique

Ces besoins seront développés ultérieurement

* *

*

1 Pathologie

1.1 Description

En 1999, on a dénombré en France 10 268 décès par suicide ce qui représentait 1,9% de l'ensemble des morts de l'année. Le taux de mortalité est de 19 décès par suicide pour 100 000 habitants par an. Le suicide représente la deuxième cause de décès pour les 15-24 ans, la première pour les 25-34 ans. Néanmoins, ces chiffres ne reflètent pas l'intégralité de la mortalité par suicide dans notre pays puisque, par exemple, le Cépidc INSERM estime que certains suicides sont comptabilisés, par défaut d'informations, parmi les 1907 décès classés comme indéterminés quant à l'intention. Au total, selon le CepiDc, la sous-estimation du nombre de décès par suicide serait de l'ordre de 20%, ce qui porterait le nombre de décès annuels à un total de 12 000. Sur la base des informations collectées pour l'année 1995, les moyens les plus utilisés sont la strangulation et la pendaison (environ 4 400 décès), les armes à feu (environ 2 900), les médicaments (1 300), les précipitations (environ 1 000) et les noyades (970).

Le nombre de décès ne suffit pas à décrire l'intégralité du phénomène. En effet, il faut y ajouter les tentatives de suicides non mortelles et les crises suicidaires :

- Les premières sont estimées par la DREES à 160 000 chaque année. Leur létalité est très variable selon l'âge, le sexe (de 1 décès pour 100 tentatives chez les jeunes femmes à 1 décès pour 3 tentatives chez les hommes de plus de 75 ans) et les moyens de suicide utilisés (90% en cas d'usage d'arme à feu ou de précipitation sous un train, 1,3% en cas de suicide médicamenteux).
- La fréquence des crises suicidaires (périodes de 6 à 8 semaines où, pour une personne, le suicide devient une solution pour arrêter sa souffrance) est estimée à 4 000 pour 100 000 habitants¹. On peut en déduire, après exclusion des enfants en bas âge, que 2 millions de personnes vivent une crise suicidaire chaque année en France. Durant la crise suicidaire, la qualité de vie du sujet est évidemment détériorée mais la qualité de vie des proches est aussi souvent très altérée pendant la phase de souffrance notamment en cas de trouble psychiatrique, d'abus de substance... A la suite du suicide, un autre suicide peut survenir dans l'entourage.

Plus généralement, les retentissements ou complications du suicide sont de divers ordres :

- Les séquelles des tentatives de suicide,
- Les personnes "endeuillées par suicide" d'un proche dont le nombre est estimé à 6 en moyenne par suicide soit 80 000 nouveaux cas par an,
- Les personnes qui sont traumatisées d'avoir été les témoins du suicide,
- Les victimes des cas d'homicide suicide (souvent des enfants).

➤ Population concernée

Le suicide touche toutes les tranches d'âge adulte (les suicides sont exceptionnels chez les enfants de moins de 10 ans). Actuellement, le taux de suicide augmente globalement avec l'âge mais la courbe connaît un palier entre 40 et 75 ans². Le sex-ratio est de 3 hommes pour une femme avec une tendance à l'augmentation.

Les inégalités sociales sont très marquées. Les taux de suicide varient de 10/100 000 chez les intellectuels et les cadres d'entreprise à 173/100 000 chez les sans emploi³.

Certains groupes constituent plus que d'autres des populations à risque. A titre d'exemple, on citera :

¹ A. Lesage

² Etudes et résultats DREES n° 185 août 2002 : "l'évolution des suicides sur longue période"

³ Les taux de suicide sont plus élevés chez les sans emploi (173/100 000), les employés administratifs du secteur privé (86), les ouvriers agricoles (61), les employés de la fonction publique (50). Les taux de suicide sont médians pour les ouvriers qualifiés (43), les instituteurs (39), les commerçants (38), les policiers et militaires (36), les exploitants agricoles (34), les professions intermédiaires social-santé (33), les membres des professions libérales (33), les professions libérales (29), les employés du commerce (27).

- Les personnes présentant certains troubles mentaux et les personnes hospitalisées en psychiatrie, soit durant la phase d'hospitalisation (1 décès pour 1 000 admissions en psychiatrie) soit dans les 4 semaines suivant une hospitalisation.
- Les personnes détenues avec une incidence de 2,14%.

La taille de la population à risque élevé peut être estimée à **5 millions de personnes**.

➤ *Évolution*

Selon les données de l'OMS concernant une centaine de pays, le taux moyen mondial de mortalité est passé de 10,1 en 1950 à 16 pour 100 000 habitants. En France, les trente dernières années ont été marquées par des fluctuations importantes de la mortalité par suicide : de 17,9 pour 100 000 en 1968, le taux de suicide est passé à 18,9 en 1976, il a cru fortement jusqu'à 26,3 en 1985 pour diminuer jusqu'à 21,3 en 1998. La diminution du nombre de suicides observée en France depuis plus de 10 ans comme dans d'autres pays européens reste difficile à interpréter et pourrait être liée, pour partie, à l'amélioration du traitement de la dépression.

Les générations de l'entre deux guerres présentent une propension relativement faible au suicide, contrairement aux générations suivantes (en particulier chez les hommes). Si l'effet de génération persiste, toutes choses étant égales par ailleurs, on peut s'attendre aux alentours de 2010 à une augmentation de la mortalité lorsque ce facteur se combinera avec l'effet d'âge, c'est à dire lorsque les générations d'hommes nés après 1945 arriveront aux âges où les comportements suicidaires tendent à se devenir plus fréquent. Il convient par conséquent de tenir compte de ce facteur démographique en favorisant le traitement de la dépression chez le sujet âgé

1.2 Gravité

➤ *Morbidité ou mortalité évitables*

Le suicide fait partie des causes de décès évitables. Il survient lors d'une crise suicidaire qui a une durée estimée maximale de 6 à 8 semaines. De ce fait, le suicide ne représente pas l'évolution inéluctable d'un état morbide mais constitue pour une personne, à un moment donné, pour mettre fin à sa souffrance. Cette crise a des étapes de développement identifiables et, à chaque étape, des interventions appropriées sont à entreprendre⁴. Plusieurs pays ont conduit avec succès des programmes de prévention du suicide. Cependant, il est difficile d'apprécier avec exactitude la part évitable du suicide car l'importance des efforts actuels de prévention n'est pas mesurée et parce qu'il existe des pays avec des taux faibles sans qu'il soit possible d'identifier les raisons.

➤ *Comparaisons internationales*

La France fait partie des 5 pays européens les moins bien placés pour la mortalité par suicide. Ceci est particulièrement marquant pour les hommes entre 25 et 55 ans et pour les hommes âgés de plus de 75 ans pour lesquels la France se trouve très mal placée, dépassée seulement par l'Autriche et la Hongrie.

Sur la base des données Eco-Santé 2002 de l'OCDE, la situation de la France est encore plus difficile. En effet, quelle que soit la tranche d'âge considérée, les taux standardisés de mortalité des hommes et des femmes sont plus élevés en France que dans la plupart des pays de l'Union européenne (à 15 pays). La différence entre la France et la moyenne de ces pays de l'Union est maximale pour les hommes d'âge moyen.

Le nombre d'années potentielles de vie perdues attribuables au suicide, à 75 ans, pour les hommes, est de 8 années pour la France contre 4 pour le Royaume-Uni⁵. La comparaison avec des pays proches (Royaume-Uni, Espagne) conduit à estimer que 50% des décès par suicide en France seraient évitables soit environ 5 à 6 000 chaque année. A partir des données Eurostat 2002, il apparaît que si les taux de suicide des hommes et des femmes étaient en France au niveau des taux du pays européen le mieux placé, 7 300 vies seraient sauvées chaque année et près de 200 000 années de vie.

⁴ (Conférence de consensus sur la crise suicidaire)

⁵ (Données pour 1991 de l'OMS : statistiques sanitaires et démographiques)

➤ *Consommation de soins et répercussion économique*

Les seules données disponibles concernent les hospitalisations pour tentative de suicide qui représentent environ 160 000 séjours par an dans les services d'urgences. Les hospitalisations pour crise suicidaire et les consommations de soins ambulatoires ne sont pas connues.

➤ *Inégalités*

Le suicide existe dans toutes les catégories sociales mais les taux de suicide varient beaucoup en fonction du groupe de population auquel s'apparente la victime : ces groupes de population sont eux-mêmes influencés par des déterminants sociaux (voir infra).

1.3 Objectifs envisageables à 5 ans

- Réduire de 20% le nombre des suicides en population générale.
- Diviser par deux le taux de suicide chez les adolescents (compte tenu de sa gravité exprimée en années de vie perdues.)
 - Diviser par deux la mortalité par suicide chez les hommes de plus de 75 ans
 - Abaisser le taux de suicide de la population carcérale au taux observé en population générale

Le premier objectif est proposé en tenant compte de l'objectif fixé par le HCSP en 1994: "Réduire de 10% le taux de suicide d'ici l'an 2000" et par le document américain Healthy People 2010, où l'objectif de réduction est fixé à plus de 50% : "passer d'un taux de 11,3/100 000 à un taux de 5/100 000. Le 3^{ème} sous-objectif renvoie à la mission confiée en janvier 2003 par les ministres de la Santé et de l'Intérieur au Pr. JL Terra.

1.4 Indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte des objectifs de santé

- Incidence des suicides et des tentatives de suicide par tranches d'âge en population générale
- Incidence des suicides et des tentatives de suicide en population carcérale
- Fréquence relative des moyens de suicide utilisés

1.5 Besoins de recherche sur la pathologie

A développer

2 Déterminants

2.1 Description

➤ *Déterminants de la fréquence*

Déterminants endogènes ou biologiques

Des facteurs génétiques et familiaux ont été documentés : sexe masculin et âge (globalement le risque de suicide croit avec l'âge), antécédents familiaux de suicide (risque relatif multiplié par 4).

Des recherches ont été conduites pour identifier des marqueurs biologiques du suicide surtout ceux réalisés avec des moyens considérés comme violents. Des anomalies du métabolisme de la sérotonine ont été trouvées en lien avec l'impulsivité. L'alcoolisme pourrait être aussi relié à la variable impulsivité. Un lien a été établi entre l'abaissement du taux de cholestérol et le taux de morts violentes, y compris le suicide. Le taux de cholestérol serait lui aussi en lien avec l'impulsivité et l'agressivité.

Déterminants liés aux comorbidités

Comme cela a été souligné dans le chapitre consacré aux troubles psychiatriques, la relation entre ces troubles et le suicide est très forte. On retrouve un trouble psychiatrique dans plus de 90 % des suicides, souvent comme comorbidité (dépression, abus d'alcool et trouble de la personnalité étant une configuration fréquente). De nombreuses pathologies psychiatriques sont associées à une augmentation du risque relatif de suicide. Par exemple, en présence d'une dépression, le risque relatif de suicide est multiplié par 20. Il en est de même pour la dépendance à l'alcool et les substances illicites. Le risque relatif de suicide est multiplié par 8 en cas de schizophrénie, par 7 en cas de trouble de la personnalité et par 2 en présence d'anorexie mentale. Un traitement approprié des états dépressifs, particulièrement pour l'homme adulte et âgé, représente un déterminant de première importance dans la réduction du risque de suicide.

L'existence d'une pathologie somatique lourde est aussi corrélée à un risque relatif accru. Par exemple en cas de SIDA, le risque relatif de suicide est multiplié par 36.

Déterminants liés aux comportements individuels et aux habitudes de vie

Un trait essentiel est l'impulsivité souvent intégrée à un trouble de la personnalité de type borderline ou antisociale.

La qualité de la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents est un déterminant important pour la vie adulte : l'insécurité pendant l'enfance, les différentes formes de négligence parentale et/ou de maltraitance diminuent la confiance que peut avoir l'individu pour se confier et demander de l'aide en cas de détresse. Ces difficultés durant l'enfance favorisent le recours aux toxiques licites ou illicites pour diminuer la souffrance.

Déterminants liés à l'environnement physique

L'accès à un moyen de suicide à létalité élevée est un facteur de risque reconnu. L'existence d'une arme à feu multiplie le risque de suicide par 5 pour les membres de la famille si l'accès n'est pas sécurisé. Ce risque passe à 2,7 si un dispositif est en place. Plusieurs pays ont inclus dans leur programme de prévention la réduction de l'accès aux moyens. La détoxification du gaz de ville (réduction du taux de monoxyde de carbone) au Royaume-Uni s'est révélée très efficace de même que celle du taux de monoxyde de carbone dans le gaz d'échappement des véhicules à moteur par l'obligation des pots catalytiques en Ecosse. Des actions procédant du même principe peuvent être citées pour la taille du conditionnement des médicaments, l'accès aux voies du métro et les dispositifs de protection (ligne 14 de la RATP, métro de Lille, Orlyval, métro de Lyon).

Déterminants liés à l'environnement social (milieu et conditions de vie)

Les hommes célibataires, séparés ou veufs, les personnes vivant seules sont à risque plus élevé. La fraction étiologique de ces situations n'est pas connue.

Déterminants liés au système de santé

Les personnes en crise suicidaire recherchent activement des solutions pour apaiser leur souffrance. Le recours au système de soins s'intensifie dans les mois, les semaines et les jours précédant le suicide. Dans les 15 derniers jours, 20 à 40 % des personnes qui vont faire une tentative de suicide ont consulté leur généraliste, en cas de suivi psychiatrique, 10 à 50 % ont consulté leur psychiatre. La sous estimation du risque de tentative par les professionnels de santé a été mesurée par des auteurs comme Appleby. Seuls 15% des sujets qui feront une tentative dans la semaine ont été identifiés comme à risque sur une population de 1 040 suicides.

L'hospitalisation en psychiatrie est aussi une période à risque élevé ainsi que les 4 semaines qui la suivent. Environ 5% des suicides ont lieu à l'hôpital. Dans les 4 semaines qui suivent une hospitalisation en psychiatrie, le risque relatif est multiplié par 100 pour les femmes et par 200 pour les hommes. Ces décès représentent 10 à 15 % de l'ensemble des suicides. Un déterminant majeur est donc la détection de la crise suicidaire et sa prise en charge.

2.2 Conséquences

Quel que soit le déterminant envisagé, sa part attribuable reste mal connue.

2.3 Objectifs envisageables à 5 ans

- Améliorer le dépistage et de traitement de la dépression (se référer au chapitre concerné).
- Diminuer de 20% le nombre de patients en situation de crise suicidaire non repérée.
- Diminuer l'accès aux armes à feu.
- Diminuer l'accès aux moyens de suicide relevant d'un équipement collectif.

2.4 Indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte des objectifs portant sur les déterminants

- Proportion de patients dépressifs pris en charge conformément aux recommandations.
- Part des situations de crise suicidaire repérées et correctement traitées.
- Etat des ventes d'armes à feu en vente libre.
- Pourcentage des lignes de transports sécurisées.

2.5 Besoins de recherche sur les déterminants

Part attribuable des différents déterminants dans la survenue ou la récurrence des épisodes de troubles psychiatriques.

3 Stratégies d'action

La stratégie d'action doit permettre de:

- Réduire la souffrance psychique des personnes atteintes de troubles psychiatriques, notamment par une amélioration de leur prise en charge médicale (se référer au chapitre concerné)
- Diminuer l'accessibilité des moyens de suicide à létalité élevée.
- Etablir et diffuser des recommandations en matière de méthodes de repérage et de modes de prise en charge des crises suicidaires.
- Identifier les personnes à risque et assurer leur accès à des traitements appropriés conformes aux recommandations

En milieu carcéral, la mission confiée au Pr. JL Terra devrait permettre de définir une stratégie d'action spécifique. Son achèvement est prévu en juin 2003.

3.1 Description

- Formation des médecins généralistes au dépistage, à l'orientation et au traitement de la dépression
- Codification des pratiques de repérage et de prise en charge de la crise suicidaire
- Information du grand public et des bénévoles au contact des populations à risque, en vue de faciliter le repérage des principales manifestations de la dépression.
- Poursuite des actions de formation au repérage de la crise suicidaire et à l'intervention selon le contenu scientifique de la conférence de consensus d'octobre 2000, dans une approche territoriale
- Elaboration et diffusion d'outils de dépistage des patients suicidaires auprès des professionnels de santé
- Renforcement des conditions d'achats des armes à feu et favoriser leur retrait en cas de crise suicidaire. Par exemple :
 - mise en place d'un délai de réflexion lors de l'achat pour éviter les achats impulsifs et/ou remplissage d'un questionnaire de motivations par les candidats à l'achat,
 - définition des procédures de retrait d'armes en cas de projets d'homicide ou de suicide,

- développement du stockage sécuritaire des armes,
- incitation au dessaisissement des armes.

➤ Installation de dispositifs de séparation pour sécuriser les voies de chemin de fer et les métros.

3.2 Résultats attendus et impact prévisible

Les expériences de pays tels que la Finlande, la Suède (Ile de Gotland puis l'ensemble du pays), la Norvège, le Danemark, la Hongrie et l'Allemagne (Nuremberg) ont montré qu'une réduction très significative du nombre de suicides pouvait être obtenue. Ainsi, l'expérience de formation des généralistes de l'île de Gotland avait induit une réduction chez les femmes de 50% en 1 an.

En matière d'accessibilité aux moyens de suicide, la réduction des armes à feu en Angleterre ou en Australie a démontré son efficacité sans transfert vers d'autres moyens aussi létaux. Le nombre de suicides par arme à feu est directement relié au nombre d'armes en circulation dans une société. Les expériences dans divers états des USA de réduction de l'accessibilité des armes à feu ont ainsi donné des résultats concluants sur le suicide alors que leur objectif initial était la réduction de la criminalité. Par contre, des expériences non concluantes ont été menées dans les communautés du Canada dans des populations où le nombre d'armes est considérable.

3.3 Conditions préalables à la mise en œuvre

A développer ultérieurement

3.4 Indicateurs souhaitables pour suivre la mise en œuvre des actions

- Nombre de professionnels de santé formés
- Nombres de guide de bonnes pratiques ou de recommandations

A développer ultérieurement

3.5 Besoins de recherche sur les actions

A développer ultérieurement

4 Documents utilisés

Les troubles psychiatriques (F Rouillon)

Prévention du suicide (JL Terra)

Healthy People 2010

Rapport du HCSP

DREES Etude et résultats n°185 : évolution des suicides sur longue période

Plan de santé mentale (DGS)