

# PRÉVENTION DU SUICIDE, UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE

*Danielle et Simon Aspis*

Le suicide représente un véritable problème de santé publique, il n'a pas de frontière et les humains y ont eu recours très tôt dans l'humanité, c'est dire que la question traverse les âges et les lieux. Aujourd'hui, nous pouvons parler de souffrances psychiques pour expliquer les expressions suicidaires, cependant les Sciences Sociales et Médicales ont beaucoup à nous apprendre pour essayer de cerner plus pleinement la problématique du suicide.

Ainsi, nous aborderons notre sujet d'abord sous l'angle de la Philosophie et de l'Éthique, puis nous verrons qu'en Sociologie et en Psychologie, l'accent est souvent mis sur le sentiment aigu de solitude que ressentent les suicidants. Nous vous donnerons quelques citations et nous vous exposerons aussi, le modèle psychologique de l'entonnoir, puis nous vous communiquerons quelques chiffres dans leur contexte. Nous vous inviterons à une réflexion sur la prévention et sur la question du deuil de l'enfant, puis sur la prévention partagée.

Enfin et cela est bien entendu incontournable, nous introduirons le sujet de la réalité actuelle, de l'épidémie du Covid-19 et de ses conséquences immédiates et à terme.

## 1. Éléments de philosophie et d'Éthique

Socrate (470 à 398 av. JC), Platon (428 à 348 av. JC), et encore Sénèque (4 av. JC – 65 ap. JC), ainsi que de nombreux philosophes, de l'antiquité à nos jours ont débattu et traité de la question du suicide avec une recherche de sens et de significations multiples et différenciées. Pour exemple, Emmanuel Kant (1724-1804) le condamne car pour Kant « conserver sa vie est un devoir »<sup>1</sup>, et pour résumer : « Agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle de la nature »<sup>2</sup>.

Puis, cette problématique acquiert une place centrale chez certains philosophes du XXème siècle, comme chez Albert Camus (1913-1960) qui lui également rejette le suicide. Il écrit : « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie »<sup>3</sup>. Et plus loin : « Je tire de l'absurde trois conséquences qui sont ma révolte, ma liberté et ma passion. Par le seul jeu de la conscience, je transforme en règle de vie ce qui est une invitation à la vie et je refuse le suicide... »<sup>4</sup>. Selon lui, il ne faut pas résoudre l'absurde, mais l'affronter, par la révolte.

Le dispositif Vigilans, dont nous reparlerons, se revendique de « L'éthique de l'inquiétude » ainsi qualifiée par Michel Cornu, philosophe contemporain : « Une telle éthique, soucieuse et respectueuse de l'altérité, au sens où l'expérience de l'altérité en moi s'accompagne de celle d'autrui comme autre »<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, 1785.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Albert Camus, *Le Mythe de Sisyphe*, édition Gallimard, 1942, Collection folio essais, p. 17.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 90 et p. 91.

<sup>5</sup> L'Encéphale, Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci, 2018, par M. Walter, D. Jousset, C. Traisnel, S. Berrouguet, C. Lemey

C'est dire aussi que les pionniers du dispositif Vigilans se sont revendiqués de Cornu pour définir leurs objectifs principaux : « maintenir un lien personnalisé avec l'individu en souffrance sans envahir son existence, veiller avec bienveillance sans surveiller »<sup>6</sup>. On peut aussi appréhender cette problématique en se référant à Emmanuel Lévinas (1906-1995); en voyant la relation de soin comme « responsabilité inconditionnelle »<sup>7</sup> ou responsabilité vis-à-vis d'autrui, ou pour le dire autrement : « passer d'un dispositif soignant général dans une logique d'action à une disposition soignante singulière dans une logique de rencontre »<sup>8</sup>.

Cependant certains pays comme la Belgique, la Suisse ou les Pays Bas autorisent le suicide assisté, ce qui n'est pas le cas de la France. D'ailleurs dans ces pays, les chiffres ne cessent d'augmenter et beaucoup d'étrangers font le voyage pour se faire assister. Le suicide étant considéré par certains courants de pensée, comme chez certains philosophes, comme un élément faisant partie de la liberté, certains pays ont donc aujourd'hui choisi d'y donner accès en légiférant vers des prises en charge personnalisées. En effet, après la Révolution Française et face à la religion, le suicide n'est plus punissable et il y a une revendication vers l'autonomie de l'homme, et sa propre décision à vouloir vivre ou pas. L'autonomie est devenue une valeur suprême, on est responsable de sa propre vie, ou de sa propre mort. La question du contrôle des structures permettant le suicide assisté par une entité étatique, de leurs réglementations, de leur Éthique ainsi que de leurs critères d'acceptation est sans aucun doute une question centrale.

D'autre part, la religion peut être chez certains sujets un facteur protecteur, car dans la religion, il y a une communauté et un calendrier avec des rendez-vous sociaux, culturelles, et culturelles, et un interdit ; mais nulle part il n'y a de risque zéro et comme pour toute recherche, la question demande des études complémentaires.

## 2. Sociologie et Psychologie

Nous voudrions vous donner deux citations pour essayer de cerner la problématique d'un point de vue plus psychologique :

Maurice Halbwachs (1877-1945) dans *Les Causes du suicide* écrit :

« Le sentiment d'une solitude définitive et sans recours est la cause unique du suicide »<sup>9</sup>.  
Se sentir seul peut aussi être le résultat d'une vision subjective ou d'un ressenti particulier car malgré tout et souvent, la famille et des amis sont présents.

Et David Le Breton, sociologue contemporain :

« Le suicide est rarement une recherche de la mort. Il vise d'abord à mettre fin à une souffrance. A défaut de trouver une solution pour s'extirper d'une impuissance, et fort du sentiment que la situation est irréversible, la mort paraît la seule issue pour mettre un terme à une insupportable tension »<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> *La Santé en action, Prévenir le suicide : connaissances et interventions, Former pour mieux accompagner les personnes en souffrance psychique*, Dr Christophe Debien, Le Souci de l'Autre pour la prévention du suicide, p.16.

<sup>7</sup> *L'Encéphale, Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci*, 2018, par M. Walter, D. Jousset, C. Traisnel, S. Berrouguet, C. Lemey

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> Maurice Halbwachs, *Les Causes du suicide*, 1930, p. 425.

<sup>10</sup> Citation issue d'un chapitre d'ouvrage paru dans F. Rognon (sous la direction de), *Penser le suicide*, PUS, Strasbourg, 2018, p.11 à p. 19.

Il faut donc voir le suicide, plus comme une volonté d'en finir avec une souffrance intime et personnelle que de vouloir la mort en tant que telle.

Ce que nous disait aussi ce sociologue, c'est que depuis la fin des années 80, on va vers une individualisation croissante, on est moins porté par le collectif, par une culture de classe ou un destin de classe. Il y a moins un sentiment d'appartenance.

Œuvrer à la prévention du suicide n'est s'en doute pas compatible avec une pensée qui ferait du suicide une idéalisation. Il s'agit ici de soutenir, d'orienter, d'apporter des soins, de porter secours à des personnes pour qu'elles surmontent leurs idées ou leurs conduites suicidaires.

Nous estimons aussi qu'il n'y a pas de destin inéluctable, un soutien approprié et des méthodes éprouvées ont fait leurs preuves pour aider des personnes à risque à sortir d'un état suicidaire. Le but est que le sujet réussisse à éliminer le suicide comme solution, et qu'il puisse évoluer vers une résilience face à ses difficultés et qu'il réussisse à (re)trouver la résistance et l'élan vital pour les surmonter.

### **3. Le modèle psychologique de l'entonnoir**

Il existe de nombreux modèles psychologiques (une vingtaine) qui décrivent justement le processus de décision qui ira jusqu'au passage à l'acte. Nous allons vous donner le modèle de l'entonnoir, car en fait même si le geste peut être très impulsif, le passage à l'acte suicidaire est l'aboutissement d'un processus qui va, selon ce modèle, de la douleur psychique, psychologique, mental, aux ruminations, aux pensées obsessionnels et au désespoir, à la venue d'idées suicidaires vagues puis prégnantes, pour aller jusqu'à l'acte suicidaire et au décès.

La définition de la crise suicidaire est justement d'aller de vagues idées morbides à un plan suicidaire avancé, avec le sentiment qu'il n'y a pas d'échappatoire, comme si les portes se refermaient une à une et que le suicide était la seule solution. En général, les gens s'isolent pour commettre leur acte sauf lorsqu'ils décident de se jeter sous un train ou de se défenster mais là, l'acte est tellement soudain que le public est impuissant. Les choses peuvent prendre du temps, et s'élaborer jusqu'au moment fatidique.

### **4. Chiffres et Contexte**

#### **4.1. Épidémiologie**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère le suicide comme un problème de santé publique énorme mais en grande partie évitable, aujourd'hui à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes. On compte donc actuellement près de 800 000 décès annuels dus au suicide, et le coût économique se chiffre en milliards de dollars. L'OMS sollicite les États afin qu'ils mettent en place des politiques de prévention.

En France le taux de suicide est de 14 pour cent mille, avec 3 hommes pour 1 femme<sup>11</sup>, cependant il y a 3 fois plus de tentatives de suicide (TS) chez les femmes. Les principaux moyens du suicide en France sont actuellement la pendaison et les armes à feu chez les hommes, la pendaison et les médicaments chez les femmes. Concernant les tentatives de suicide, il s'agit dans 80% des cas de médicaments.

---

<sup>11</sup> Le taux de suicide chez les hommes français était de 19,3 sur 100 000, soit trois fois le taux pour les femmes, qui était à 6 pour 100 000, selon le rapport de l'OMS de 2012.

### Il y a ainsi en France :

- 27 suicides par jour en moyenne
- 200 000 tentatives de suicide chaque année
- 80 000 hospitalisations annuelles suite à une tentative de suicide
- Les plus touchées sont les jeunes filles de 15 à 19 ans (41 pour 10.000)
- 50% de ces patients présenteront des séquelles entre graves et très graves
- 3% des adolescents font une TS ayant nécessité une hospitalisation
- Et le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-25 ans

80% des suicides sont par moyen violent (pendaison, arme à feu, noyade) ;  
Il y a un mort par suicide toutes les heures et une TS toutes les 40 secondes en France, et un mort par suicide toutes les 40 secondes dans le monde.

Toujours en France, une personne sur 200 a fait une TS, et une femme sur 100 et 3 hommes sur 100 meurent par suicide. Le nombre de suicide par an est entre 9000 et 10000, ce qui est trois fois plus que les accidents de la route. Ce qui correspond pour la France à un taux parmi les plus élevés des pays européens, la France est placée à la dixième place sur 28.

#### 4.2. Facteurs de risque

90% des personnes décédées de suicide ont souffert d'une maladie mentale avant leur décès, dont 60% de dépression, et 80% des personnes qui ont fait une tentative de suicide souffraient aussi d'une maladie mentale. Par ailleurs, le traitement efficace de la maladie mentale permet de réduire grandement le risque de suicide.

Cependant, la grande majorité des personnes qui souffrent d'une maladie mentale ne se suicideront pas, même si le risque est 100 fois plus élevé que la population générale (environ 10%). « Nous devons donc en conclure que si la maladie mentale semble nécessaire à l'acte suicidaire, elle n'est *pas suffisante*, loin de là »<sup>12</sup>.

Une histoire passée de TS est un facteur de risque majeur de décès ultérieur par suicide. Cependant, la moitié des personnes qui passent à l'acte meurent au premier geste.

La maltraitance dans l'enfance représente aussi un facteur de risque majeur puisque 30% des suicidants ont subi des violences durant leur enfance. Les personnes ayant vécu des agressions sexuelles, ou des viols sont des personnes à haut risque suicidaire, et les violences sexuelles provoquent des altérations épigénétiques, stables dans le temps, qui représentent des « cicatrices » biologiques de ces événements traumatiques passés. D'ailleurs lorsque l'on fait de la prévention, il faut toujours poser la question du trauma, car cela peut avoir des conséquences graves sur le risque suicidaire.

Cependant, il n'y a jamais de déterminisme, il y a une augmentation du risque. Par exemple si la personne vit un événement de vie difficile et qu'en plus elle a été maltraitée dans l'enfance, cela augmente le risque. Il n'y a pas de déterminisme social ou génétique, ni de gènes du suicide, cependant la combinaison de facteurs (histoire familiale, isolement, rupture, maladie, maltraitance, addictions, traits de caractère, etc..) augmente le risque de passage à l'acte. Il faut aussi noter que des traits de caractère tels

<sup>12</sup> Dr Fabrice Jollant, *Le Suicide, Comprendre pour aider l'individu vulnérable*, édition Odile Jacob, Paris, 2015, p. 106.

l'impulsivité et la prise de décision risquée sont des traits qui peuvent s'avérer héréditaires.

Mais, il n'y a pas de fatalité ; il faut dans chaque cas être conscient des facteurs de risque qui peuvent accentuer les dangers, et des facteurs de protection qui peuvent réduire le risque chez les personnes vulnérables.

D'autre part, il y a 1000 à 1500 suicides par an dans les 4 semaines qui suivent une hospitalisation suite à une tentative de suicide. Cette période est donc une période à risque qui doit être préparée avant la sortie. Il y a aussi le programme Vigilans qui est en train de se mettre en place sur toute la France. Toutes les personnes qui ont fait une tentative de suicide sont recontactées par les services de Vigilans. Si ce n'était pas sa première tentative, le suicidant est rappelé dans les 10 à 20 jours qui suivent sa sortie d'hospitalisation. Avant chaque rappel le patient est prévenu par courrier ou par SMS. Un compte rendu est envoyé au médecin généraliste ou au psychiatre référent. S'ils sont injoignables, les services du dispositif Vigilans envoient une carte postale par mois pendant 4 mois. Si le patient est en crise suicidaire, une consultation en urgence est programmée. S'il survient une récurrence suicidaire, le patient est à nouveau sous surveillance pendant six mois. D'autre part, les patients primosuicidants, et non-primosuicidants reçoivent une carte ressource prévention avec un numéro d'appel d'urgence gratuit.

Un autre axe s'est aussi développé depuis les années 2000 : des programmes de formation réalisés par des binômes (psychiatre-psychologue ou infirmier par exemple) ont été actualisés : Il s'agit de former des sentinelles, des évaluateurs de crise, et des intervenants de crise :

« Ces sentinelles dans leur milieu professionnel, dans une association sportive ou un club du troisième âge par exemple, vont être attentives aux signes d'une crise suicidaire et vont pouvoir alerter. Ensuite, l'évaluateur doit être en mesure d'évaluer le potentiel suicidaire et de proposer des recours ; les évaluateurs sont des professionnels de santé au sens large, spécifiquement formés à ce rôle. Enfin, l'intervenant de crise précise le type de crise et propose des premiers gestes d'accompagnement. Il s'agit en général des professionnels en santé mentale »<sup>14</sup>.

A l'Université de Lille, certains étudiants en médecine qui le souhaitent peuvent aussi obtenir une formation en prévention du suicide et ainsi, intervenir dans les établissements scolaires<sup>15</sup>.

Le dispositif Awareness-Yam qui « repose sur une sensibilisation des jeunes aux problèmes de santé mentale »<sup>16</sup>, est un autre dispositif destiné aux lycées et collèges; il s'agit de former des psychologues, des éducateurs, des infirmiers scolaires afin qu'ils interviennent pour des échanges dans les classes avec les élèves<sup>17</sup>. Ce dispositif, appelé Seyle en France, en est au démarrage et reste encore à élargir.

---

<sup>14</sup> *La Santé en action, Prévenir le suicide : connaissances et interventions, Former pour mieux accompagner les personnes en souffrance psychique*, Entretien avec Pierre Vandel, p.12.

<sup>15</sup> *La Santé en action, Prévenir le suicide : connaissances et interventions, Service sanitaire des étudiants en santé : prévention en santé mentale chez les jeunes*, Charles-Edouard Notredame, Pierre Grandgenèvre, Frédérique Warembourg, Amélie Porte, Nicolas Gaud, Marielle Wathelet, Vincent Chouraqui, p. 29.

<sup>16</sup> *La Santé en action, Prévenir le suicide : connaissances et interventions, Démontrer qu'il existe des méthodes efficaces de prévention du suicide*, Entretien avec Jean-Pierre Khan, p. 32.

<sup>17</sup> *La Santé en action, Prévenir le suicide : connaissances et interventions, Démontrer qu'il existe des méthodes efficaces de prévention du suicide*, Entretien avec Jean-Pierre Khan, p. 31.

Un second point est aussi important, on note que : « 60% des suicidants ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédent leur acte et 36% dans la semaine ; et que 45% des personnes décédées par suicide ont consulté leur médecin généraliste dans le mois avant le décès »<sup>18</sup>. Le médecin généraliste est donc en première ligne et doit aussi parfois prendre en charge la souffrance psychique. Il y a eu une prise de conscience en ce qui concerne la formation des médecins généralistes, mais celle-ci a du mal à se mettre en place.

## **5. L'enfant confronté à un suicide parental**

En 2019, La Journée Nationale de Prévention du Suicide, organisée par l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS) a eu comme thème : « Suicide et Violences-Violences du suicide ».

L'objectif est de souligner qu'au-delà de la violence que le suicidé se fait à lui-même, cette violence est comme une onde de choc qui se transmet à la société tout entière et bien entendu en première ligne à la famille et aux proches.

Concernant l'analyse sociologique, il nous semble nécessaire d'analyser l'impact sociétal du suicide de manière globale et à la fois de connaître les avancées de la prévention en France et à l'international, mais également les tabous, les idées reçues et les blocages que ce questionnement suscite au sein de notre société.

En cela pour les conséquences d'ordre familial, va se poser le questionnement autour de ce deuil particulier, et le risque du choc psycho-traumatique pour les enfants confrontés à un suicide parental qui est un sujet peu abordé et qui doit être central car il concerne l'avenir de beaucoup d'enfants et leur développement futur dans la société.

Compte tenu des taux élevés de suicide en France et dans le monde et considérant que de nombreux parents avec enfants sont décédés de la sorte il faut agir en prévention ciblée.

Pour ces enfants une duplication des difficultés est à surmonter à la fois face à l'orphelinage et face à la confrontation de la violence d'un acte qui va apparaître comme un événement à la fois réel mais sur plusieurs aspects abstrait et non matérialisable, incompréhensible pour l'enfant. L'adulte pris dans cette tourmente aura aussi pour sa part beaucoup de difficultés à analyser pour lui-même, et on comprend la difficulté accrue pour l'enfant dans un contexte où l'entourage souvent ne pourra lui apporter des réponses adaptées.

Le ressenti de cette violence va être très marquant intimement chez l'enfant quelquefois de façon indécélable à court terme et contrairement à ce que certains tabous ou certaines idées peuvent amener à croire : « Pour l'enfant ce n'est pas si grave car il ne serait pas en âge de comprendre ni en mesure d'appréhender véritablement la situation ... »

L'enfant, s'il n'y a pas de prise en charge par un suivi psychologique se trouve face un risque majeur de développer des troubles ou des handicaps liés au choc post-traumatique et donc de développer une mémoire traumatique à long terme.

---

<sup>18</sup> *La Santé en action, Prévenir le suicide : connaissances et interventions, Former en prévention du suicide* de Michel Walter et Cécile Omnès, p. 9.

Un deuil pathologique pouvant dans certains cas aigus poser un risque que l'on qualifiera de « *Suicide filiale* » c'est à dire une conduite suicidaire liée au vécu antérieur d'un suicide parental qui n'aurait pas connu de résilience. Car l'acceptation de la part d'indicible qu'il est nécessaire à intégrer pour surmonter le deuil d'une personne qui commet ce qui est qualifié étymologiquement de « meurtre de soi » va être très complexe à énoncer et à expliquer frontalement à des enfants.

Pour cela nous pensons bénéfique la pratique de l'art thérapie et aussi du sport en équilibre avec d'autres soins thérapeutiques qui seraient nécessaires.

Ne pas être attentif aux conséquences liées à la violence subie chez l'enfant conséquemment à un décès familial par suicide, serait une négligence portée à ses droits fondamentaux et à sa protection. La Convention internationale des droits de l'enfant dont la France est signataire depuis 1990 engage l'État à : « Assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être ... » et « Le droit d'être soigné, protégé des maladies ... »<sup>19</sup>.

Cette souffrance qui va émaner de façons diverses en fonction de la personnalité de l'enfant, mais qui peut évoluer vers un handicap futur est toujours à évaluer. Car le manque de soins et de suivi accentue un trauma et détériore la santé et le potentiel santé de l'enfant qui n'a pas l'autonomie de pouvoir la prendre en charge par lui-même ; là où les soins appropriés entourés par une organisation soignante et bienveillante vont permettre un rétablissement et une résilience, ainsi que la restauration du potentiel santé.

La non-prise en charge de soins ou de suivi des enfants et des adolescents est à considérer comme une forme de maltraitance quand bien même ceux-ci ne sauraient être en mesure de l'exprimer directement ou par des signaux explicites. Si un mal-être émane de l'enfant il faut savoir l'évaluer et les risques en sont accrus si des manifestations comportementales ou psychologiques qui en donneront le signe ne sont pas traitées.

Le but d'un suivi personnalisé est que ces enfants puissent dépasser l'ensemble des sentiments de honte empreint de tabous, d'abandon, de culpabilité, d'isolement, de désamour, ... qui vont être très prégnantes dans ce contexte et qu'il leur faudra surmonter pour pouvoir développer leur avenir avec équilibre. Ils doivent aussi intégrer l'idée que le suicide de leur proche était un acte de souffrance mais que le suicide n'est pas la solution. Ils doivent de fait pouvoir développer des outils de gestion de stress et des difficultés de la vie, de réponse adaptée aux problèmes. Parce qu'ils sont particulièrement à risque de suicide en raison de leur histoire familiale, il est nécessaire de les aider à développer des compétences cognitives, sociales et psychologiques qui les rendront plus résilients ultérieurement.

La société doit donc restée attentive pour prévenir et promouvoir ces accompagnements, et doit être pleinement impliquée à l'ensemble des sujets de la protection de l'enfance et de l'adolescence.

---

<sup>19</sup> Convention Internationale des Droits de l'Enfant

## 6. Solidarité élargie et prévention partagée

La prévention du suicide demande d'être attentif à l'ensemble des difficultés, des tensions sociales et des violences qui traversent la société car, toutes les études scientifiques le prouvent, celles-ci ont souvent un lien avec une augmentation du risque suicidaire chez les personnes qui en sont touchées.

Le harcèlement, les discriminations, les violences, que l'on peut connaître dans les différentes sphères de la société ... Entreprise, école, famille, milieux du sport, de l'art, milieux religieux ... représentent des risques psycho-sociaux à évaluer et qu'il faudrait aussi neutraliser. Toutes les composantes de la société doivent se trouver concernées par la nécessité d'être vigilant pour prévenir ces violences, qu'elles soient physiques, sociétales, psychologiques ou sexuelles.

Prenons l'exemple des violences conjugales, aujourd'hui les médias communiquent beaucoup plus sur les féminicides, ce qui est très pertinent pour qu'il y ait une prise de conscience de la société et des pouvoirs publiques afin que des mesures concrètes et efficaces soient appliquées pour les prévenir. D'ailleurs de nouvelles mesures ont été annoncées fin 2019.

Ensuite et au-delà des décès directs suite à ces agressions, combien de femmes qui ont subies de telles violences vont tenter de mettre fin à leurs jours et combien de décès par suicide feront suite. Puis combien d'enfants de ces couples vont vivre des traumatismes psychologiques en étant témoins ou également victimes pour leur part de violences quand nous savons que 30% de personnes qui se suicident ont vécu des violences durant leur enfance. Pour l'ensemble des traumatismes, ceux liés à un viol pour donner un autre exemple, le risque suicidaire là aussi est accru. On voit des liaisons très directes se dessiner entre les traumatismes vécus, les dépressions et les risques qui en découlent.

En ce qui concerne les différentes corporations professionnelles, nous sommes alertés actuellement sur les métiers d'agriculteur et de la police qui sont des corporations exposées à des risques élevés<sup>20</sup>. Les médecins sont également des professionnels qui exercent un métier exposé à un risque de suicide. Il se trouve que durant notre première année d'actions dans le cadre de l'association Esther Lumière nous avons été émus d'apprendre le suicide de deux médecins en Région Parisienne qui étaient des proches de notre cercle de relations que nous avons commencé à créer autour de nos actions de sensibilisation.

Et il s'avère effectivement que les professions médicales ont un risque 2,5 fois plus élevé que le reste de la population<sup>21</sup>. Ceci démontre une fois de plus que certaines sphères sociales et professionnelles sont concernées et doivent se mobiliser.

Concernant le rôle des associations de prévention voici ce qu'écrit le psychologue Marc-Élie HUON : « Entre l'aide familiale et la réponse psychiatrique, [...] Les associations d'aide et d'écoute sont les représentantes de ces espaces interlopes mais elles demeurent encore mal réparties géographiquement en France et encore méconnues du plus grand nombre. Or, il est important que l'offre d'aide soit identifiable socialement pour qu'une demande émerge. »<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Valérie Ulrich, Intervention filmée à la Journée de l'Union Nationale de Prévention du Suicide 2020, *Focus : Observation National du Suicide-Rapport 2020*.

<sup>21</sup> Elsa Mari, dans le quotidien Le Parisien, *Taux de suicide, burn out...SOS médecins en détresse*, 1<sup>er</sup> août 2018

<sup>22</sup> Huon Marc-Élie, « Le sujet endeuillé du suicide : du traumatisme à l'élaboration psychique de la perte », *Études sur la mort*, 2005/1 (n° 127), p. 91-100. DOI : 10.3917/eslm.127.0091. URL : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2005-1-page-91.htm>



En cela nous pensons qu'il faut lier toute prévention au suicide à une solidarité avec l'ensemble des actions menées face aux causes qui tendent vers un accroissement du risque suicidaire.

## **7. La prévention face au Covid-19**

Il faut dès à présent que la société veille à ce que l'épidémie du Covid-19 ne s'accompagne d'une résurgence épidémiologique suicidaire. La pandémie du Covid-19 va demander une vigilance accrue face aux risques d'isolement liés aux mesures de confinement et de distanciation sociale. Il faudra également faire face aux difficultés économiques des entreprises ce qui risque d'avoir un impact négatif sur l'emploi qui était déjà un défi majeur de l'économie sociale. Le corps médical et les personnels soignants devront être particulièrement soutenus.

Est-ce que la crise du Covid19 va créer un terrain propice à la résurgence des suicides ? Il nous faudra être attentif, car la solitude, ou voir même la violence et les stress post-traumatiques peuvent concerner de nombreuses personnes quel que soient les milieux socio-économiques.

L'ensemble des acteurs de la prévention du suicide auront un rôle essentiel pour accompagner cette crise sanitaire aiguë et mondiale auquel notre pays est peu préparé.

## **Conclusion, perspectives et objectifs**

Sur les vingt dernières années le taux des suicides en France a été réduit mais reste très élevé. Parallèlement sur cette période le taux de mortalité liée aux accidents de la route a été divisé par trois. Est-ce qu'un objectif avec une courbe de réduction similaire est possible ?

D'autre part, concernant le traitement médiatique et afin de faire une prévention avec un objectif de « Postvention », il faut par exemple éviter tout sensationnalisme quand il s'agit du décès par suicide d'une personnalité populaire. Il faut pour cela promouvoir le programme Papageno qui a pour objet de prendre un certain nombre de précautions dans le ton et le caractère de l'information ; il existe pour les journalistes, avec la recommandation de mentionner les numéros de téléphone des centres d'aide et d'urgence.

L'effet Papageno s'oppose ainsi à l'effet Werther qui nomme le risque de contagion du « *suicide par imitation* ». Ce dispositif devra aujourd'hui s'intégrer amplement à internet et aux réseaux sociaux.

L'OMS et la plupart des chercheurs estiment au sujet du suicide, qu'il s'agit de décès évitables. Ce qui se confirme à chaque fois que des dispositions de prévention adaptées sont mises en œuvre. Pour cela il faut s'appuyer à la fois sur des organisations régionales qui pourront agir directement et tisser un lien social auprès des personnes à risque, appliquer une politique de santé nationale qui devra être volontariste et créer plus de synergies au niveau européen que ce soit pour des partages d'expériences ou pour des financements.

Nous pensons aussi que les actions de prévention doivent s'appliquer dès que certains signes de détresse psychologique apparaissent et cela concerne le début de la vie sociale dès l'enfance et l'adolescence. Il faut également chercher à réduire l'ensemble des facteurs de risque qui traverse les différentes sphères de la société et qui sont aujourd'hui parfaitement identifiés.

Ce défi doit devenir une priorité actuelle et future de notre société qui peut amplement le relever, les bénéfices à en tirer en termes d'espérance de vie, de santé publique, de bien-être individuel et d'équilibre sociaux sont inestimables.

**Le 25 Juillet 2020 - Article co-écrit par :**

**Danielle Aspis-Boughanim**  
Association Esther Lumière

DU de Suicidologie de l'Université de Paris DESCARTES  
Docteur en Histoire des Sciences, EHESS  
DEA en Esthétiques, Technologies et Création Artistiques Université Paris VIII  
Artiste photographe

**Simon Aspis**  
Association Esther Lumière  
Président de L'Association Esther Lumière  
Directeur Pédagogique et Sportif, Racing Club de France, Sup Tennis Int  
Artiste pluriel

**L'association Esther Lumière**  
L'Enfant confronté à un suicide parental,  
Prévention des risques suicidaires & Résilience  
[www.esther-lumiere.com](http://www.esther-lumiere.com)

*Les actions de prévention  
de l'Association Esther Lumière  
sont soutenues par la fondation OCIRP*

**Fondation**  
**OCIRP**  
agir au cœur des familles