

LE SUICIDE UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

Introduction à la problématique
du suicide en Belgique

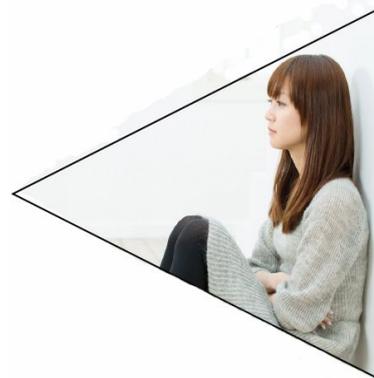
Chiffres de 2012

Centre de
Prévention
du Suicide



www.preventionsuicide.be

SOMMAIRE



Introduction.....	3
1. Repères statistiques :.....	4
A - dans le monde	4
B - en Europe	5
2. La situation en Belgique (chiffres 2012)	7
A - Nombre de décès par suicide en Belgique	7
B – Taux de suicide par régions belges	8
C - Groupe de personnes les plus concernées	8
D - Les moyens utilisés	10
E - Les tentatives de suicide	11
F – Sources	11
3. Repères théoriques	12
A- Le processus suicidaire	12
B - Facteurs de risque et facteurs de protection	13
C - Signaux d’alerte	15
D - Mythes et réalités	16
E - Que faire face à une personne suicidaire	17
4. La prévention du suicide	19
5. Les actions du Centre de Prévention du Suicide	20

INTRODUCTION

Le suicide, en Belgique, représente 2000 morts par an, soit une moyenne de 6 décès par jour. Ce sont les chiffres officiels, qui ne tiennent pas compte d'autres formes de décès, parfois « suspects », comme peuvent l'être certains accidents de la route, certains accidents domestiques, certaines overdoses,...

On estime globalement à 20 fois plus de tentatives que de décès par suicide, ce qui veut dire qu'annuellement ce sont plus de 40.000 personnes qui adoptent un comportement suicidaire.

Il touche tout le monde, quel que soit l'âge, le sexe, les origines socio économique culturelles.

Le suicide n'est pas une fatalité. Seule la mort est inéluctable.

La prévention du suicide n'est pas une lutte contre le suicide ou la promotion à tout prix de la vie. Elle consiste, à être présent dans la rencontre, dans la relation. Elle est donc l'affaire de tous et peut, dans cette optique, être réalisée par tous, professionnels du soin ou non.

Être présent dans la relation revient à être attentif à l'autre, à ces marques de souffrances dans le discours mais aussi dans le comportement, le non-verbal, le non-dit.

Cette souffrance parfois indicible, ces maux qui ne trouvent pas de mots ou encore cette douleur qui devient à ce point insupportable qu'on crie son envie de mourir comme une ultime tentative de solution pour enfin cesser d'avoir mal.

La personne suicidaire ne veut pas mourir.

Ce qu'elle veut c'est arrêter de souffrir. Le suicide intervient alors au bout d'une longue chaîne de tentatives pour trouver une issue à cette souffrance. Souffrance qui n'origine pas, dans la grande majorité des cas, d'une seule et unique cause. Le suicide est multifactoriel.



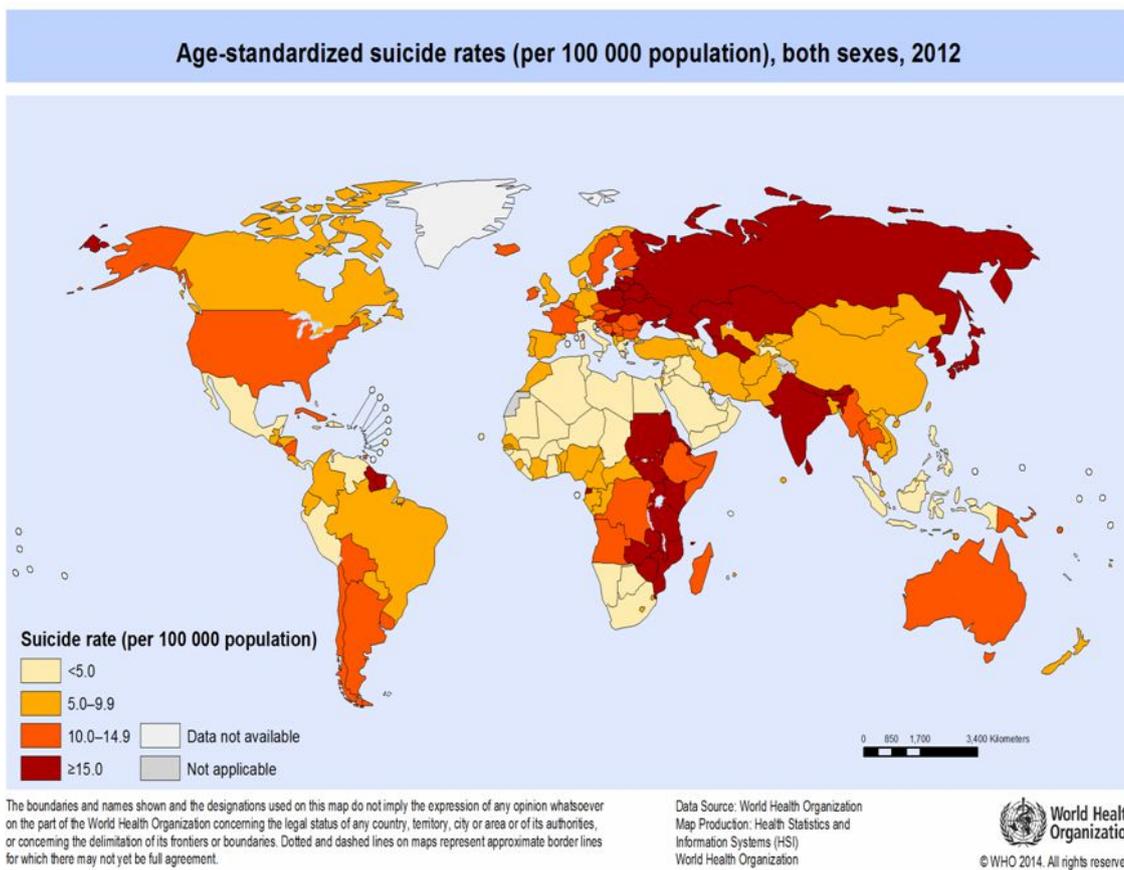
1. REPERES STATISTIQUES

A- Dans le monde

Une personne met fin à ses jours toutes les 40 secondes. Aucun pays n'est épargné. Ainsi, 800 000 personnes se donnent la mort à travers le monde chaque année.

Ces chiffres datant de 2012 sont présentés dans le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la prévention du suicide, publié en septembre 2014. Ce document rassemble les connaissances acquises dans le domaine et a pour objectif d'encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide.

L'OMS souhaite prévenir le suicide en adoptant des mesures efficaces comme en restreignant l'accès aux moyens de mettre fins à ses jours et en formant les personnels de santé.



Tous les pays touchés

Le suicide fait davantage de victimes que la guerre ou les catastrophes naturelles et concerne le monde entier, avec toutefois de fortes disparités.

Si l'on considère les chiffres absolus, il est cependant frappant de constater qu'un quart de tous les suicides du monde se produisent dans deux pays seulement : la Chine et l'Inde, ce qui reflète la taille de leurs populations respectives. La Chine compte à elle seule 20 % des suicides mondiaux.

Tous les âges concernés

Au cours des 45 dernières années, les taux de suicide ont augmenté globalement de 60 % à l'échelle mondiale. Jusqu'à tout récemment, le suicide était prédominant chez les personnes âgées, mais il est maintenant prédominant chez les personnes plus jeunes, dans un tiers des pays, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement. Le suicide figure parmi les trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans dans certains pays, et est la deuxième cause de décès dans le groupe d'âge des 15-29 ans.

On peut noter aussi la prédominance des taux de suicide des hommes sur les femmes. La seule exception est trouvée en Chine rurale où les taux des femmes sont en moyenne 1,3 fois plus élevés que ceux des hommes.

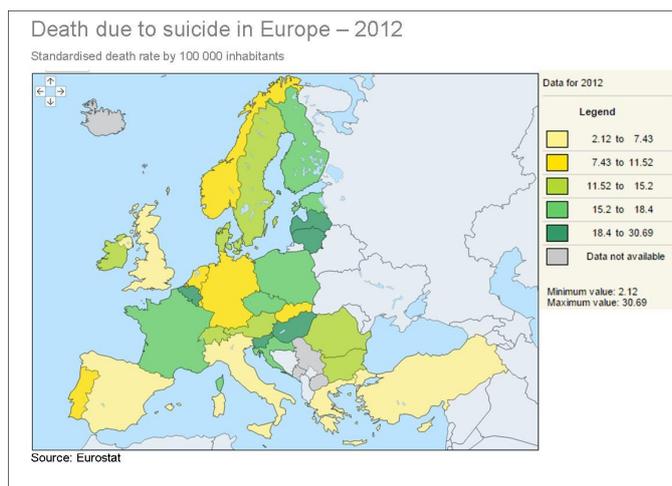
Des chiffres sous-estimés...

Chaque fois que des chiffres sur le suicide sont présentés, leur fiabilité est toujours mise en question, selon l'argument que dans beaucoup de pays - et pour plusieurs raisons - le suicide est caché et que les chiffres réels doivent être beaucoup plus élevés. Ce point est effectivement reconnu par l'OMS, ce qui renforce la gravité des statistiques présentées.

Une autre question fréquemment soulevée se rapporte à la comparabilité des données entre les pays. Les statistiques sont issues d'un document de l'OMS (Statistiques sanitaires mondiales 2012), qui présente les chiffres officiels mis à la disposition par ses états membres. Chiffres basés sur de réels certificats de décès, signés par le personnel légalement autorisé. Tous les suicides n'y sont évidemment pas recensés comme tels. De plus, la récolte des données ne se fait pas sur un modèle standardisé pour tous les pays...

B - En Europe

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



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

*Taux de décès par suicide standardisés en Europe Chiffres 2012
(Pour 100.000 habitants – source : Eurostat)*

	Hommes	Femmes	Total		Hommes	Femmes	Total
EU (28 countries)	19.44	4.94	11.72	Hungary	42.21	10.16	24.11
Belgium	28.91	9.75	18.76	Malta	11.14	2.88	6.4
Bulgaria	20.86	5.1	12.11	Netherlands	14.91	6.81	10.66
Czech Republic	28.64	5.18	15.97	Austria	25.84	6.51	15.2
Denmark	19.05	5.9	12.22	Poland	30.78	4.15	16.71
Germany	18.26i	5.74i	11.52	Portugal	18.03	3.66	9.98
Estonia	34.33	6.16	18.4	Romania	22.97	3.42	12.67
Ireland	20.55	4.1	12.18	Slovenia	39.57	7.48	21.53
Greece	7.53	1.56	4.41	Slovakia	21.05	2.65	11.1
Spain	12.28	3.3	7.43	Finland	25.29	7.79	16.14
France	25.8	7.36	15.71	Sweden	18.07	7.16	12.39
Croatia	31.58i	7.66i	18.23	United Kingdom	11.78	2.92	7.22
Italy	11.2	2.79	6.68	Liechtenstein	10.12	9.23	9.64
Cyprus	7.54	0.38	3.82	Norway	15.38	6.01	10.62
Latvia	41.56	6.4	21.82	Switzerland	20.55	6.93	13.2
Lithuania	56.59	10.06	30.69	Serbia	28.6	7.96	17.28
Luxembourg	17.08	4.69	10.69	Turkey	3.27	1.05	2.12

2. LA SITUATION EN BELGIQUE

A – Nombre de décès par suicide en Belgique

En Belgique, chaque année, on dénombre environ 2.000 décès, soit 6 suicides par jour en moyenne.

On estime globalement à 20 fois plus de tentatives de suicide que de décès par suicide, ce qui veut dire qu'annuellement ce sont plus de 40.000 personnes qui adoptent un comportement suicidaire. Si on compte pour chacune d'elles un entourage de 10 personnes, proches et professionnels, cela fait chaque année au grand minimum 400.000 personnes en Belgique qui y sont directement confrontées.

Sur nos 10,7 millions d'habitants, cela représente près de 4 personnes sur 100 par an...

Statistiques des décès par suicide en Belgique, de 2008 à 2012

(Source : Institut de Santé publique – SPMA)

	2008	2009	2010	2011	2012
Nombres absolus - Pop.tot.	2000	2013	2003	2084	2022
Nombres absolus – Hommes	1453	1459	1441	1485	1483
Nombre absolus – Femmes	547	554	562	599	539
Taux (/100.000 hab.) - Pop.Tot	18,67	18,64	18,38	18,96	18,27
Taux (/100.000 hab.) – Hommes	27,69	27,58	26,98	27,54	27,31
Taux (/100.000 hab.) – Femmes	10,01	10,06	10,12	10,69	9,56
Taux (/100.000 hab.) - Région Flamande	16,68	17,80	17,07	18,03	17,39
Taux (/100.000 hab.) - Région Flamande/ Hommes	24,02	25,99	24,91	25,99	25,70
Taux (/100.000 hab.) - Région Flamande/ Femmes	9,54	9,82	9,43	10,27	9,28
Taux (/100.000 hab.) - Région Bruxelloise	13,60	12,42	12,13	12,93	11,95
Taux (/100.000 hab.) - Région Bruxelloise/ Hommes	19,17	18,02	14,96	17,90	15,79
Taux (/100.000 hab.) - Région Bruxelloise/ Femmes	8,40	7,17	9,48	8,26	8,31
Taux (/100.000 hab.) - Région Wallonne	23,77	22,08	22,69	22,54	21,89
Taux (/100.000 hab.) - Région Wallonne / Hommes	36,95	33,41	34,50	33,43	33,93
Taux (/100.000 hab.) - Région Wallonne / Femmes	11,33	11,38	11,53	12,22	10,46

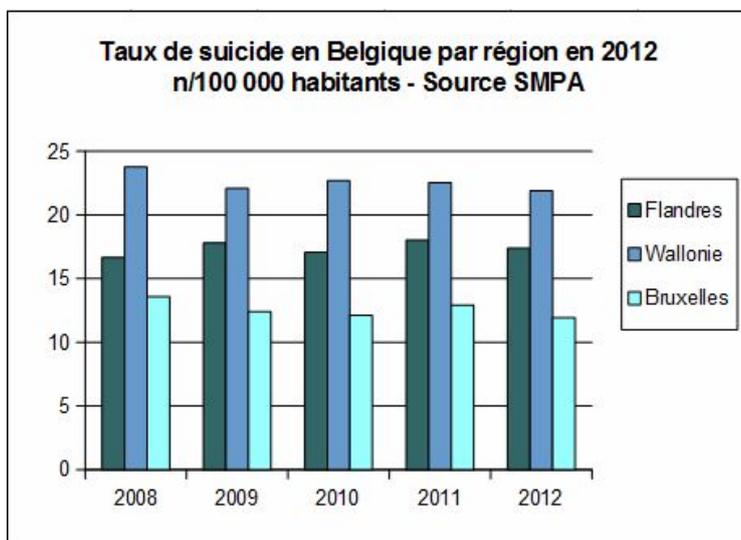
Toutes causes confondues, le suicide est la 7ème cause de décès sur la population totale, mais la première cause « externe » de décès dans la typologie de l'INS (ICD10).

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

Position du suicide dans les causes de décès, en Belgique, en 2012
(Source : Institut de Santé publique – SPMA – ICDI10)

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

B - Taux du suicide par régions belges



Le nombre de suicide en Belgique n'a pas augmenté depuis 2008.

La région la plus touchée est la Wallonie.

En 2012, les décès par suicide représentaient 1.81% de la mortalité totale en région flamande, 1.41% de la mortalité totale en région Bruxelles Capitale et 2.04% de la mortalité totale en région wallonne.

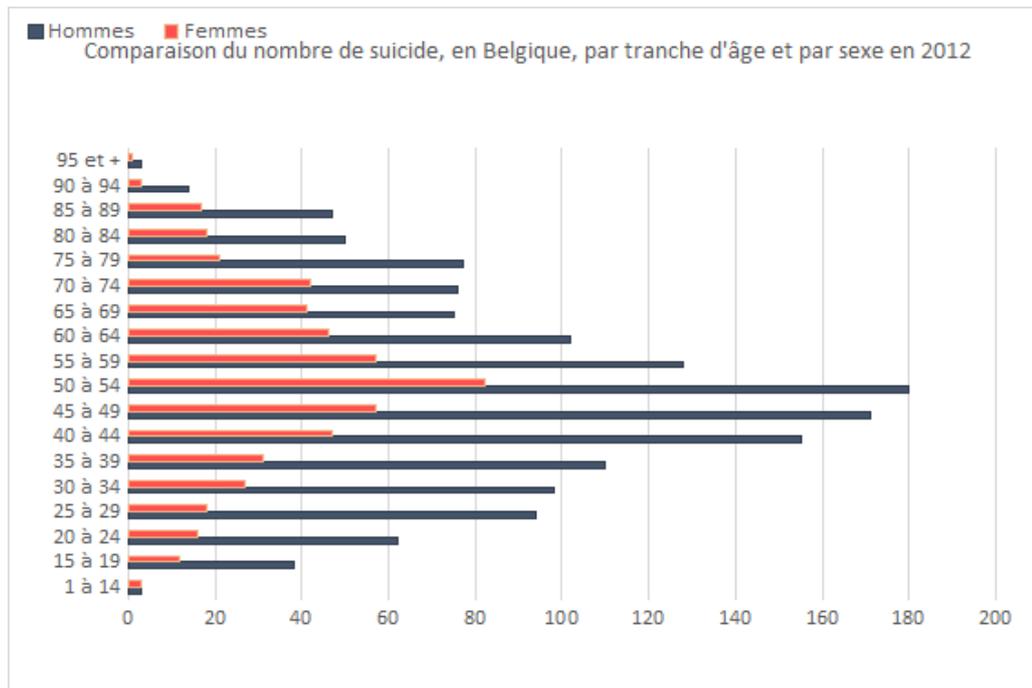
C - Groupe de personnes les plus concernées

Il existe par rapport au suicide toute une série d'idées reçues quant à la vulnérabilité particulière de certains groupes de personnes.

S'il est vrai que la problématique du suicide se pose avec plus d'acuité dans certaines classes d'âge, il touche toutes les couches de la population et toutes les classes sociales.

Comparaison des décès par suicide selon le sexe et l'âge en Belgique

La différence la plus flagrante dans la comparaison des décès par suicide est la différence hommes (en bleu)/femmes (en rouge).

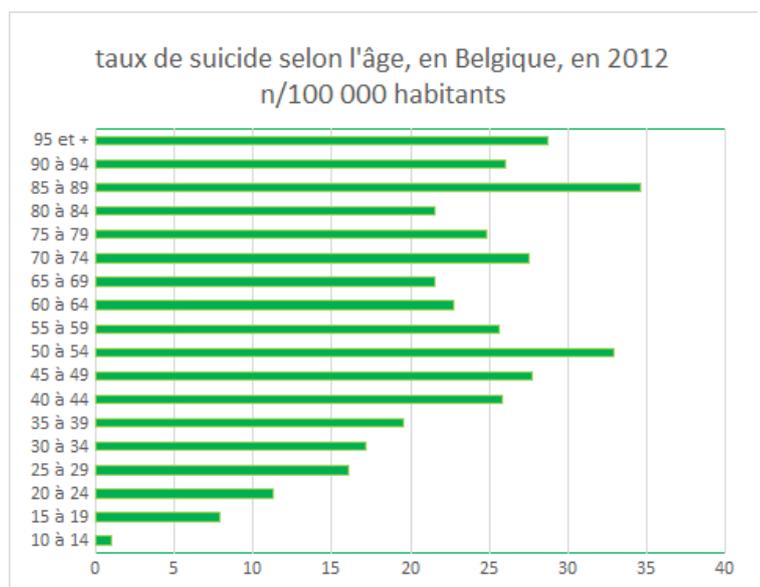


Nous constatons en effet que, dans nos sociétés occidentales, les hommes se suicident trois fois plus que les femmes.

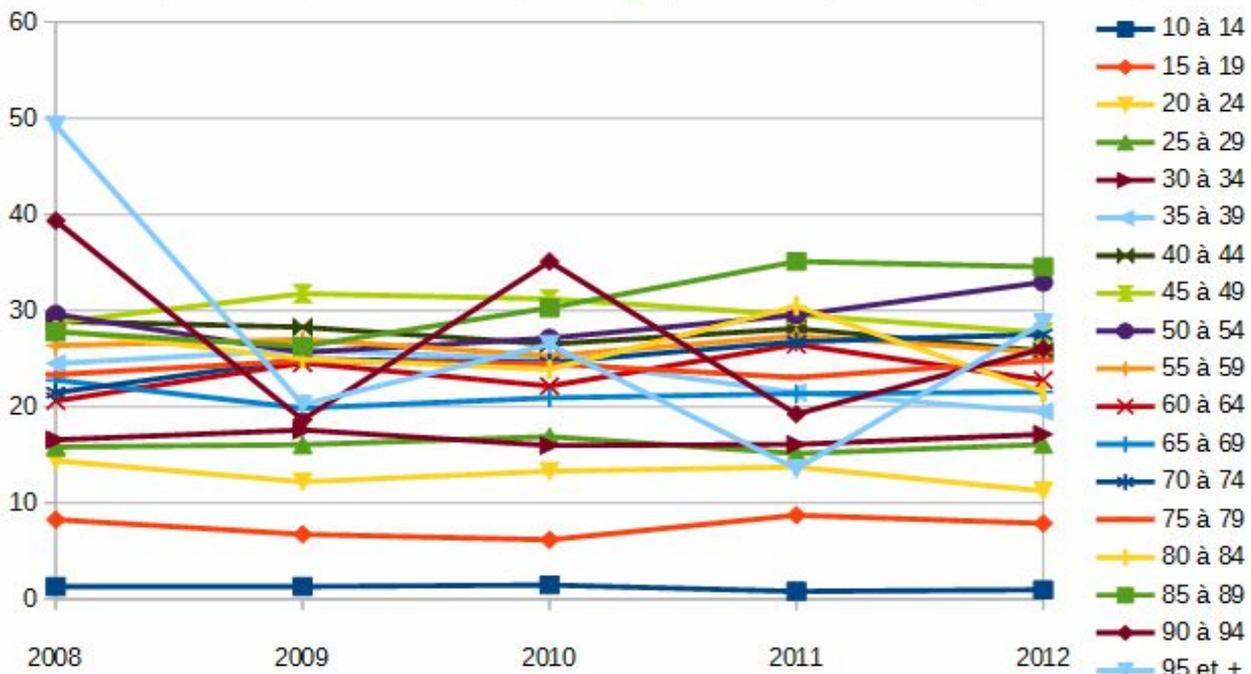
Cette importance du suicide chez les hommes se retrouve à chaque tranche d'âge. Par rapport au nombre des décès par suicide, les personnes les plus concernées sont donc les hommes d'âge mûr, de 35 à 60 ans.

Pourtant, si l'on prend en considération les taux de suicide (hommes/femmes confondus) en fonction de l'âge, on constate une augmentation des taux de suicide à partir de 40 ans, avec deux « pic » entre 50 et 54 ans et à partir 85 ans.

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



Evolution du taux de suicide selon l'âge en Belgique entre 2008 et 2012



Notons qu'entre 2008 et 2012, les taux de suicide chez les hommes de plus de 85 ans ont tendance à augmenter.

Une hausse des taux de suicide est également observée chez les hommes et les femmes entre 50-54 ans.

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

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

D - Les moyens utilisés

En ce qui concerne les moyens qui sont mis en œuvre pour mettre fin à ses jours, des différences importantes existent en fonction du sexe de la personne décédée. Ainsi, les femmes privilégient le saut dans le vide, ou l'absorption d'une substance comme la prise de médicaments. Les hommes, quant à eux, ont davantage recours à des méthodes qualifiées de « plus violentes », comme la pendaison, les armes à feu ou les explosifs.

E - Les tentatives de suicide

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

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

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

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

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

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

F - Sources

La source principale d'information statistique concernant le suicide pour le pays dans son ensemble provient des certificats de décès rédigés par le corps médical (généralistes, médecins légistes, hôpitaux, etc.) regroupés au sein de la Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE, anciennement INS). Ces statistiques sont traitées par les Observatoires régionaux et par l'Institut de Santé Publique, qui diffusent leurs données sur leurs sites Internet. Les données les plus récentes dont nous disposons pour la population belge totale datent de 2012. Ces relevés statistiques concernent uniquement le suicide accompli. Contrairement à celui-ci, il n'existe en effet aucun relevé officiel des tentatives de suicide.

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

Les principales sources sont Eurostat et SPMA, l'observatoire de la santé de Bruxelles Capitale et l'Institut de Santé Publique.

3. Repères théoriques



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

A- Le processus suicidaire

Thématique essentielle de toute réflexion sur le suicide, la crise suicidaire fait l'objet de nombreuses études. Sa connaissance, sa reconnaissance par tout intervenant en la matière est indispensable afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire. La crise suicidaire est toujours sous-jacente à une conduite suicidaire et peut être son aboutissement.

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

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

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

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

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

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

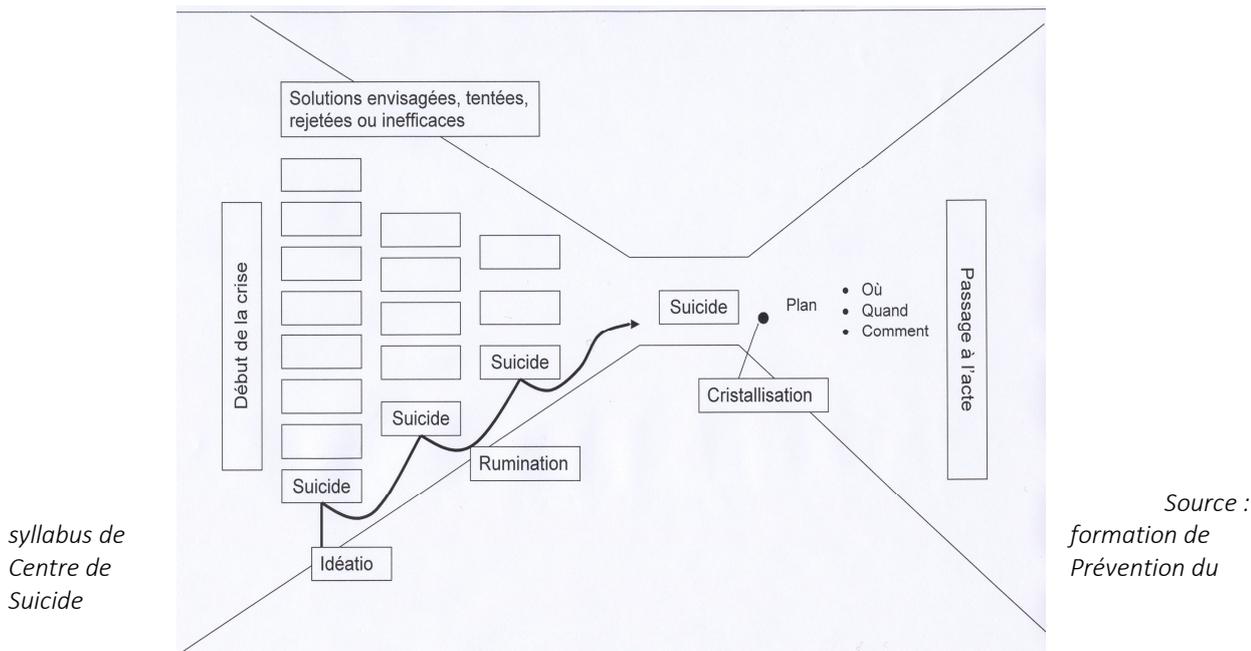
A ce moment, le faisceau des solutions possibles se rétrécit, le sentiment d'échec devient plus prégnant, l'idéation suicidaire devient rumination, laquelle occupe (littéralement) de plus en plus massivement le champ psychique de la personne.

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

Comme si le sujet, se vivant agressé de toutes parts, à l'intérieur comme à l'extérieur de lui-même, ne pouvait qu'agir avec et contre lui-même.

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

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



B – Facteurs de risque et facteurs de protection

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

De fait, le problème de cette approche est qu'elle tend à réduire un individu à un comportement général. Certaines caractéristiques de ces groupes à risque sont irréductibles. Aucune campagne de prévention ne changera le fait d'être jeune ou âgé. De plus, cette approche présente la problématique comme relevant d'un schéma causal.

Or, la pratique nous démontre qu'en matière de suicide, le schéma est beaucoup plus complexe et il ne suffit pas d'appartenir à un groupe à risque pour présenter au niveau individuel des risques accrus de passage à l'acte suicidaire.

Il est donc bien plus pertinent de parler de "facteurs de risque" versus "facteurs de protection". Issus de l'observation clinique et de corrélations statistiques, ces facteurs sont des éléments qui

ont visiblement un lien avec le suicide, en ce qu'ils peuvent ainsi favoriser ou tout au moins contribuer à un passage à l'acte suicidaire, sans toutefois pouvoir à eux seuls expliquer la survenance d'un tel acte.

→ **Facteurs de risque psychosociaux:**

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

→ **Facteurs de risque environnementaux:**

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

→ **Facteurs de risque socioculturels:**

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

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

→ **Facteurs de protection au suicide :**

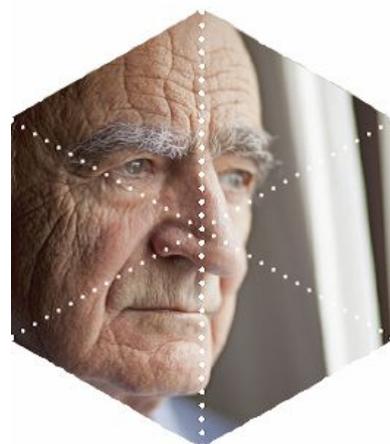
- Soins cliniques efficaces pour les troubles mentaux, physiques et d'abus de substances
- Accès facile à toute une gamme d'interventions cliniques
- Soutien dans la recherche d'aide
- Accès réduit aux moyens létaux
- Liens étroits avec la famille et soutien de la communauté
- Soutien par des relations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

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

C - Signaux d'alerte

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

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



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

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

Messages directs:

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

Messages indirects:

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

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

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

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

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

D - Mythes et réalités

A l'heure actuelle, alors que le tabou entourant le suicide diminue quelque peu, il circule encore auprès du grand public comme chez beaucoup de professionnels toute une série d'idées reçues sur le suicide. Combattre ces mythes et préjugés qui entourent le suicide sert d'une part à briser l'isolement dans lequel se trouvent souvent les personnes en proie à des idéations suicidaires, et permet d'autre part d'améliorer l'accueil, l'écoute et la prise en charge de ces situations de crises.

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

<p><i>Parler du suicide encourage le passage à l'acte</i></p>	<p>Parler du suicide à quelqu'un qui va mal n'a jamais contribué à un passage à l'acte suicidaire. Au contraire, c'est l'occasion pour la personne en souffrance de se sentir reconnue, et ainsi faciliter une demande d'aide et de soutien.</p>
<p><i>C'est héréditaire...</i></p>	<p>Le suicide n'est pas héréditaire. Cependant, un suicide dans une famille peut influencer les membres de cette famille sur plusieurs générations.</p>
<p><i>"C'est les nerfs".</i></p>	<p>Le suicide n'est pas une maladie nerveuse mais l'expression d'une souffrance engageant la personne toute entière.</p>

E - Que faire face à une personne suicidaire

Avoir en face de soi, dans son entourage, dans sa famille ou dans ses patients, une personne qui manifeste des idées ou des envies suicidaires n'est pas chose facile à gérer.

D'abord, parce que cette personne en crise suicidaire nous confronte directement avec l'idée de la mort, la sienne, mais aussi notre propre mort, réveillant en nous des peurs ou des angoisses souvent niées. Ensuite, la peur de mal faire, ou de trop en faire, risque de nous gagner rapidement. Enfin, ce genre de situation nous ramène inmanquablement à la limite de nos interventions et ce, quelque soit le type de relation en jeu : nous n'avons in fine aucun pouvoir ultime sur la vie de l'autre.

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

Nous vous conseillons :

- De parler ouvertement et calmement de son envie de mourir.
- D'essayer d'écouter ce qu'elle vit en l'invitant à se confier.
- De renoncer à vouloir tout comprendre.
- De prendre toute tentative de suicide au sérieux.
- De l'encourager à prendre contact avec un aidant spécialisé (psychologue, psychothérapeute, psychiatre, médecin, ou le Centre de Prévention du Suicide).

- De vous faire aider si vous vous sentez démuni, en prenant contact avec un aidant spécialisé (psychologue, psychothérapeute, psychiatre, médecin, ou le Centre de Prévention du Suicide).
- De même, l'expérience nous a montré que certaines conduites mènent dans des impasses et ne sont pas de nature à favoriser l'échange ni la reconnaissance de la souffrance chez l'autre.

Nous vous déconseillons, par contre :

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

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



4. La prévention du suicide

Le suicide, c'est avant tout une question sur l'humain, un acte extrême dont la violence et le désespoir dérangeant, interpellent. Difficile, en effet, pour la société d'accepter que certains de ses membres la quittent en lui signifiant, de la pire des manières, qu'ils ne s'y sentent pas bien. La mise en cause est radicale et d'autant plus brutale qu'elle fracasse une de nos valeurs essentielles : le caractère sacré de la vie. On cherche alors une explication ô combien difficile à identifier...



Car le suicide n'est pas la résultante d'une cause unique et clairement définie, mais l'aboutissement d'un long processus plus ou moins complexe, d'un cheminement plus ou moins long vers ce point de non-retour.

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

Sans tomber dans un schéma explicatif trop linéaire, l'expérience et la recherche ont démontré qu'il existe une série de « facteurs de risque » comme d'ailleurs de « facteurs de protection » qui peuvent nous aider à mieux dépister et à mieux évaluer des situations de détresse suicidaire. Attention toutefois : ces éléments n'ont aucune valeur prédictive ni ne sont des causes uniques de passage à l'acte suicidaire.

Dès lors, les programmes de prévention doivent davantage s'intéresser à l'amélioration des facteurs de protection (renforcement des liens familiaux, sociaux, éducatifs, etc.) qu'à stigmatiser des facteurs de risque, voire des « groupes à risque ».

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

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

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

5. Les actions du Centre de Prévention du Suicide

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

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

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

Plus d'infos sur : www.preventionsuicide.be

Dossier rédigé en mars 2016