

ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE

UN CADRE DE TRAVAIL



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Action de santé publique pour la prévention du suicide : un cadre de travail.

1.Suicide – prévention et contrôle. 2.Services de santé mentale. 3.Programmes nationaux de santé.
4.Planification en santé. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250357 9

(classification LC : HV 6545)

© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
DE LA NÉCESSITÉ D'AGIR	7
ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU SUICIDE : UNE APPROCHE PAR ÉTAPES	8
Identifier les parties prenantes	8
Réaliser une analyse de la situation	9
Évaluer les ressources nécessaires et leur disponibilité	10
Obtenir un engagement politique	11
Lutter contre la stigmatisation	12
Accroître la sensibilisation du public	12
ÉLÉMENTS ESSENTIELS D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE	13
Des objectifs clairs	13
Des facteurs de risque et de protection pertinents	13
Des interventions efficaces	15
Les stratégies de prévention au niveau de l'ensemble de la population	15
Les stratégies de prévention au niveau des sous-populations vulnérables à risque	16
Les stratégies de prévention au niveau individuel	18
L'amélioration de l'enregistrement des cas et la recherche	19
Le suivi et l'évaluation	20
CONCLUSION	22
RÉFÉRENCES	23
ANNEXE	24

AVANT-PROPOS

Le suicide est largement évitable. Contrairement à bien d'autres problèmes de santé, les outils permettant de réduire de manière significative le nombre de décès par suicide existent. En menant une action collective pour reconnaître et prendre en charge ce problème grave, et en nous engageant en faveur d'interventions efficaces, soutenues par la volonté politique et les ressources nécessaires, la prévention du suicide à l'échelle mondiale est d'ores et déjà à notre portée.

Selon les estimations, d'ici à 2020, le suicide représentera plus de 2 % de la charge mondiale de morbidité. Il est important de noter que ce chiffre ne tient pas compte de l'énorme impact du suicide, au-delà de la personne concernée, ni de ses répercussions sur la vie et la santé mentale de nombreuses familles et communautés. Le suicide des jeunes est particulièrement inquiétant.

Le suicide touche les populations les plus vulnérables du monde entier et pèse plus lourdement sur les pays à revenu faible et intermédiaire qui sont souvent démunis face aux besoins de leurs populations en matière de santé, en général, et, à plus forte raison, de santé mentale. Les services sont peu nombreux et ceux qui existent sont difficilement accessibles et souffrent d'un manque cruel de ressources. Garantir un accès aux services appropriés et encourager davantage les personnes concernées à demander de l'aide sont essentiels à la santé et au bien-être de ces populations.

Si les facteurs contribuant au suicide varient entre les groupes démographiques et de population spécifiques, les efforts les plus importants en matière de prévention du suicide devraient être axés sur les personnes qui en ont le plus besoin, à savoir les jeunes, les personnes âgées et celles qui sont socialement isolées. Il est important de s'intéresser aux causes spécifiques sous-jacentes au suicide et d'élaborer des plans d'action adaptés à chaque pays et à ses communautés.

Ce cadre fournit les stratégies nécessaires à la réalisation de cet objectif. Ce sont les stratégies nationales de prévention du suicide qui permettent aux communautés de s'unir pour s'attaquer au suicide et aux problèmes qui leur sont propres en évitant toute stigmatisation.

Les gouvernements, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales et les communautés locales ont tous un rôle à jouer dans la lutte contre le suicide. Le présent cadre, basé sur les directives publiées en 1996 par les Nations Unies sur la prévention du suicide, montre comment chacun peut apporter sa pierre à l'édifice. Chaque année, près d'un million de personnes décèdent en mettant fin à leurs jours dans le monde. En outre, le suicide a un impact disproportionné sur les jeunes. C'est pourquoi nous devons agir dès maintenant, au nom des générations futures.

Dr Oleg Chestnov
Sous-directeur général
Maladies non transmissibles et santé mentale
Organisation mondiale de la Santé

REMERCIEMENTS

Le Dr M Taghi Yasamy et le Dr Alexandra Fleischmann du Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS ont coordonné les travaux de préparation de cette publication. Le Dr Benedetto Saraceno et le Professeur José M Bertolote ont donné une orientation à ce document. Le Dr Shekhar Saxena a supervisé la publication.

Le Dr Lakshmi Vijayakumar, Inde, a rédigé la première version du document qui a ensuite été révisée par les experts suivants :

Dr Ella Arensman, Irlande
 Dr Annette Beautrais, États-Unis d'Amérique
 Dr Alan Berman, États-Unis d'Amérique
 Professeur José M Bertolote, Brésil
 Professeur Jafar Bolhari, République islamique d'Iran
 Dr Vladimir Carli, Suède
 Professeur Diego De Leo, Australie
 Professeur David Gunnell, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
 Sutapa Howlader, Australie
 Dr Hiroto Ito, Japon
 Professeur Ahmed Okasha, Égypte
 Professeur Michael Phillips, Chine
 Dr Maurizio Pompili, Italie
 Dr Marc Safran, États-Unis d'Amérique
 Professeur Marco Sarchiapone, Italie
 Vanda Scott, France
 Dr Morton Silverman, États-Unis d'Amérique
 Professeur Jean-Pierre Soubrier, France
 Professeur Yoshitomo Takahashi, Japon
 Professeur Danuta Wasserman, Suède

Certains collègues du siège de l'OMS et des bureaux régionaux ont fait part de leurs observations :

le Dr Jodi Morris, le Dr Matthijs Muijen, le Dr Sebastiana Da Gama Nkomo, le Dr Khalid Saeed, le Dr Chiara Servili, le Dr Yutaro Setoya, le Dr Elena Shevkun et le Dr Mark van Ommeren.

Adeline Loo a fourni un soutien administratif et Rosemary Westermeyer et Tahlia Rebello ont contribué à la production.

Nous sommes extrêmement reconnaissants à l'Agence de la santé publique du Canada, au gouvernement du Japon et à Syngenta pour leur soutien financier.

La traduction française a été réalisée par Anne-Sophie Rousse Fasoli et Ludivine Gotor Duquenoy.

INTRODUCTION

Chaque année, près d'un million de personnes décèdent en mettant fin à leurs jours dans le monde. Le suicide reste un important problème social et de santé publique. En 1998, le suicide représentait 1,8 % de la charge mondiale de morbidité. On estime que ce chiffre pourrait atteindre 2,4 % d'ici à 2020 (Bertolote, 2009). Les jeunes sont de plus en plus vulnérables aux comportements suicidaires. Le suicide figure parmi les trois causes principales de décès chez les personnes du groupe d'âge le plus économiquement productif (15–44 ans) et constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-19 ans (Patton *et al.*, 2009). À l'autre extrémité de la pyramide des âges, les personnes âgées présentent également un risque élevé dans de nombreux pays.

Les comportements suicidaires peuvent être définis comme un processus complexe allant des idées suicidaires, qui peuvent être exprimées verbalement ou non, à la planification du suicide, la tentative de suicide et, dans le pire des cas, le suicide. Ils sont influencés par des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et conjoncturels interdépendants (Wasserman, 2001).

Les facteurs de risque du suicide incluent les maladies physiques et mentales, l'abus d'alcool et de drogues, les maladies chroniques, les troubles émotionnels aigus, les violences, un bouleversement soudain dans la vie d'une personne comme la perte d'un emploi, une séparation ou d'autres événements indésirables ou, dans la plupart des cas, une combinaison de ces facteurs. Si les problèmes de santé mentale jouent un rôle qui varie selon les contextes, d'autres facteurs, tels que le statut économique, social et culturel, sont aussi particulièrement déterminants. Le suicide a un impact significatif immédiat et à long terme sur ceux qui restent (communément appelés les survivants), à savoir les époux, les parents, les enfants, la famille, les amis, les collègues de travail et les pairs laissés derrière.

Bien que le suicide reste un grave problème dans les pays à revenu élevé, c'est sur les pays à revenu faible et intermédiaire qu'il pèse le plus lourdement. En outre, ces pays sont relativement plus démunis pour prévenir le suicide. Ils n'arrivent pas à suivre la demande sans cesse croissante en soins de santé mentale, notamment en raison de l'inadéquation des infrastructures et du manque de ressources économiques et humaines. Par ailleurs, dans ces pays, les enveloppes budgétaires consacrées à la santé en général, et à la santé mentale en particulier, sont plus modestes. Par conséquent, il existe peu d'efforts et d'activités axés sur la prévention du suicide d'envergure suffisante pour réduire le nombre de décès imputables au suicide (Vijayakumar, 2005). Au-delà des réalités financières, la volonté politique s'avère essentielle, et ce dans tous les pays, pour faire évoluer les politiques et les programmes. Dans certains pays, le comportement suicidaire est considéré comme un crime, ce qui complique encore davantage les activités de prévention du suicide.

Au début des années 90, plusieurs pays se sont inquiétés de l'augmentation de la mortalité (décès par suicide) et de la morbidité (tentatives de suicide) associées au suicide. Cela était en partie dû à la lutte efficace contre d'autres causes de mortalité et à l'allongement de l'espérance de vie qui ont créé un groupe plus important de personnes à risque de comportements suicidaires. En conséquence, certains de ces pays ont demandé de l'aide aux Nations Unies et à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour élaborer des plans nationaux détaillés visant à une prise en charge rentable de ce problème.

Après avoir consulté un large éventail d'experts et reçu un soutien technique de l'OMS, les Nations Unies ont publié un document intitulé « Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies » (Prévention du suicide : directives pour la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales) (Nations Unies, 1996). Ce document fondateur a souligné la nécessité de mettre en place une collaboration intersectorielle, des approches pluridisciplinaires ainsi qu'une évaluation et des révisions continues. Il a également identifié les principaux éléments nécessaires à l'amélioration de l'efficacité des stratégies de prévention du suicide, qui incluent :

- le soutien des politiques gouvernementales ;
- un cadre conceptuel ;
- des buts et objectifs clairement définis ;
- des objectifs mesurables ;
- l'identification d'agences et d'organisations capables de réaliser ces objectifs ;
- le suivi et l'évaluation continus.

Parallèlement, le document des Nations Unies a mis en exergue des activités et approches pour atteindre les objectifs des stratégies nationales dont voici quelques exemples :

- promouvoir l'identification précoce, l'évaluation, le traitement et l'orientation des personnes à risque de comportements suicidaires pour une prise en charge professionnelle ;
- élargir l'accès du public et des professionnels aux informations relatives à tous les aspects de la prévention des comportements suicidaires ;
- soutenir la création d'un système intégré de collecte des données servant à identifier les groupes, les personnes et les situations à risque ;
- promouvoir la sensibilisation du public aux problèmes de bien-être mental, aux comportements suicidaires, aux conséquences du stress et à la gestion efficace des crises ;
- concevoir et poursuivre un programme de formation global des sentinelles (par ex. : les policiers, les éducateurs, les professionnels de la santé mentale) ;
- adopter des protocoles culturellement adaptés pour la notification publique des cas de suicide ;
- promouvoir un accès plus large à des services complets pour les personnes à risque de comportements suicidaires ou concernées par de tels comportement ;
- fournir des services de soutien et de réadaptation aux personnes touchées par le suicide ou des comportements suicidaires ;

- réduire la disponibilité, l'accès et l'attrait des moyens pouvant conduire à des comportements suicidaires ;
- mettre en place des institutions ou des agences dont l'objectif est de promouvoir et coordonner la recherche, la formation et la fourniture de services en rapport avec les comportements suicidaires.

À l'époque où les directives des Nations Unies ont été préparées, seule la Finlande était dotée d'une initiative systématique soutenue par le gouvernement visant à développer un cadre et un programme nationaux de prévention du suicide. Quinze ans plus tard, plus de 25 pays à revenu faible, intermédiaire et élevé ont adopté une stratégie nationale (ou régionale pour certaines fédérations) de prévention des conduites suicidaires. La plupart d'entre eux reconnaissent l'importance fondamentale des directives des Nations Unies dans l'élaboration de leurs stratégies.

Outre l'attention croissante portée aux stratégies nationales de prévention du suicide, un tournant majeur a été observé dans la recherche sur le suicide. Cette dernière, qui était principalement axée sur le suicide en général, s'est peu à peu orientée davantage vers la prévention du suicide et se fonde sur des études épidémiologiques de bonne qualité. Ce tournant coïncide avec l'importance grandissante accordée aux recommandations fondées sur des données factuelles dans le domaine de la santé publique.

Plus récemment, en 2008, l'Organisation mondiale de la Santé a identifié le suicide comme une affection prioritaire dans le cadre du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale qui vise à élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (WHO, 2008a).

Le suicide étant largement évitable, il est impératif que les gouvernements, par le biais de leurs secteurs sanitaire, social et des autres secteurs concernés, investissent des ressources financières et humaines dans la prévention du suicide. L'objectif du présent document est d'aider les gouvernements à élaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention du suicide. Il vise également à assister les gouvernements qui ont déjà entamé le processus d'élaboration de stratégies nationales de prévention du suicide. Il se fonde sur la base factuelle formée au cours des 15 dernières années depuis la publication des directives des Nations Unies pour décrire les processus impliqués dans la conception d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Il identifie également les éléments essentiels d'un cadre d'action de santé publique pour la prévention du suicide (voir le tableau 1 de l'annexe).

DE LA NÉCESSITÉ D'AGIR

Au vu de l'importance du problème de santé publique que constituent les comportements suicidaires, il est urgent que les gouvernements élaborent une stratégie nationale globale de prévention du suicide qui contextualise le problème et décrive les actions spécifiques à entreprendre à différents niveaux. Sans stratégie, les gouvernements ne peuvent pas mettre en place des mécanismes de prise en charge durable de ce problème.

Les stratégies et politiques sanitaires existantes doivent être réexaminées afin de veiller à ce que la stratégie nationale de prévention du suicide s'inscrive dans la lignée de la politique nationale globale de développement de la santé. Cela permettra également d'identifier les lacunes éventuelles en matière de prévention du suicide dans les autres stratégies/politiques et de proposer des modifications pertinentes.

Pourquoi une stratégie nationale de prévention du suicide est-elle nécessaire ?

- Une stratégie nationale décrit la portée et l'ampleur du problème et, plus important, reconnaît les comportements suicidaires comme un problème de santé publique majeur.
- Une stratégie montre l'engagement d'un gouvernement à résoudre le problème.
- Une stratégie cohérente recommande un cadre structuré intégrant divers aspects de la prévention du suicide.
- Une stratégie fournit des orientations officielles en matière d'activités de prévention du suicide fondées sur des données factuelles. En d'autres termes, elle identifie ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.
- Une stratégie détermine les principales parties prenantes et attribue des responsabilités spécifiques à chacune d'elles. En outre, elle souligne la nécessité de coordonner ces différents groupes.
- Une stratégie identifie les lacunes fondamentales de la législation existante, des services fournis et de la collecte des données.
- Une stratégie énonce les ressources humaines et financières nécessaires aux interventions.
- Une stratégie oriente les activités de plaidoyer, de sensibilisation et de communication dans les médias.
- Une stratégie propose un cadre solide de suivi et d'évaluation, insufflant un sens des responsabilités aux personnes en charge des interventions.
- Une stratégie sert de toile de fond à un programme de recherche sur les comportements suicidaires.

ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU SUICIDE : UNE APPROCHE PAR ÉTAPES

Identifier les parties prenantes

L'une des premières étapes de l'élaboration d'une stratégie consiste à identifier les principaux acteurs de la prévention du suicide. Dans ce domaine, une approche multisectorielle, impliquant aussi bien les professionnels de santé que des représentants d'autres secteurs, s'avère nécessaire. Une liste des parties prenantes pourrait inclure des représentants des entités suivantes :

- Différents secteurs du gouvernement, y compris les ministères de la Santé, de l'Éducation et des Affaires sociales. Dans certains cas, il serait utile de faire également participer d'autres ministères concernés comme celui de l'Agriculture (lorsque le suicide par ingestion de pesticides est un problème majeur) ou encore celui des Transports (lorsqu'il convient de mettre en place des mesures visant à prévenir les suicides sur les voies ferrées ou du haut des ponts).
- Le secteur de la santé publique dans son ensemble, y compris les responsables de la santé publique, les médecins, le personnel infirmier, le personnel des soins d'urgence, les pédiatres, les gériatres, les spécialistes du deuil, les administrateurs, les statisticiens et d'autres prestataires.
- Les services de santé mentale, y compris les responsables de services, les psychiatres, les psychologues, le personnel infirmier spécialisé en santé mentale ainsi que les travailleurs sociaux, des secteurs public et privé.
- Le secteur de l'éducation, y compris les enseignants, les conseillers pédagogiques, les administrateurs, les autres professionnels du domaine et les représentants des élèves.
- Les autorités judiciaires, y compris les experts et le personnel médico-légal.
- La police, les pompiers, les services d'ambulance, les services pénitentiaires, les tribunaux et les forces de défense.
- Les parlementaires, les décideurs politiques et les personnalités politiques.
- Les groupes vulnérables concernés qui varient selon la démographie du suicide des pays et peuvent inclure les personnes âgées, les jeunes, les peuples autochtones, les réfugiés et les minorités ethniques.
- Les survivants et les familles.
- Les communautés, les chefs spirituels et religieux.
- Les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations familiales, les organisations communautaires et les bénévoles.

- Les médias.
- Les chercheurs.
- Les représentants des instituts nationaux de statistiques.
- Les associations professionnelles.
- Le secteur privé et les fondations.

Le rôle des ONG ne peut être sous-estimé. Bien souvent, les ONG et les organisations à but non lucratif s'évertuent à mener des activités de prévention du suicide et de plaidoyer, en particulier lorsque l'action du secteur public est faible ou inexistante. Les ONG proposent des services de conseil, mettent en place des lignes téléphoniques d'assistance, conduisent des recherches, conçoivent et mettent en œuvre des programmes de sensibilisation du public et collaborent avec les médias.

Identifier ces parties prenantes ne constitue que la première étape. Parvenir à les faire travailler ensemble et à définir clairement les rôles et responsabilités de chacune peut s'avérer délicat et compliqué. Ainsi, pour donner une orientation à ces parties prenantes et s'assurer qu'elles travaillent main dans la main, non pas uniquement à l'élaboration de la stratégie mais également à sa mise en œuvre et à son évaluation, une direction forte s'impose. Cette dernière, selon les contextes propres à chaque pays, ne doit pas nécessairement émaner du secteur de la santé. Néanmoins, il est primordial que cette direction soit acceptée par toutes les parties prenantes pour assurer la parfaite coordination des contributions de chacun des acteurs et l'avancée du processus. C'est là la clef du succès. Il peut également être utile d'instaurer un comité de pilotage et/ou un organe consultatif afin de faire aboutir non seulement le processus d'élaboration mais également, par la suite, la mise en œuvre de la stratégie nationale.

Réaliser une analyse de la situation

Réaliser une analyse méticuleuse de la situation qui détermine l'ampleur du problème dans une zone géographique spécifique (un pays ou une région d'un pays, par exemple) est une étape cruciale. Elle devrait inclure une estimation de l'incidence annuelle du suicide et des tentatives de suicides dans cette zone et mettre en exergue les facteurs sociodémographiques, structurels et cliniques pertinents. Cela permettrait d'identifier les populations particulièrement vulnérables. L'analyse devrait également faire état des méthodes de suicide les plus couramment utilisées ainsi que des causes potentielles. Elle devrait par ailleurs évaluer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services dédiés aux personnes qui tentent de se suicider et les lacunes existantes en ce qui concerne le système de santé, les actions des autres secteurs et les mécanismes intersectoriels. Une analyse exhaustive devrait déterminer s'il existe une politique de lutte contre la consommation nocive d'alcool, examiner la qualité des informations diffusées dans les médias concernant le suicide, vérifier la qualité des statistiques sur le suicide et les tentatives de suicide, évaluer la qualité des systèmes de surveillance déjà en place et identifier les problèmes en matière de collecte des données. Par ailleurs, elle devrait

répertorier les principaux lieux dangereux, comme les ponts, les immeubles faciles d'accès et dont les toits ne sont pas correctement sécurisés ou toute autre zone où des suicides ont déjà eu lieu.

L'analyse des obstacles à la mise en œuvre constitue une partie importante de l'analyse de situation, qui dresse une liste de toutes les barrières et suggère des solutions pour les faire tomber une à une. Sans l'identification des obstacles, ces stratégies risquent d'en rester au stade de projet et de ne pas se concrétiser.

Évaluer les ressources nécessaires et leur disponibilité

La disponibilité et l'accès aux ressources humaines et financières sont essentiels à la réussite relative de toute intervention de santé publique, tout comme la volonté des décideurs politiques de faire face aux principaux problèmes. Cette étape s'articule autour de trois questions :

- i. Quelles sont les ressources humaines et financières nécessaires à la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie de prévention du suicide ?
- ii. Quelles sont les ressources actuellement disponibles ?
- iii. Quelles sont les lacunes et comment les combler ?

Évaluer les ressources humaines pourrait inclure d'identifier le nombre de :

- professionnels de soins de santé primaires et de santé mentale ;
- agents de santé communautaires et ceux qui travaillent dans d'autres établissements ;
- personnes chargées d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de santé mentale et de réduction de la consommation nocive d'alcool ;
- conseillers dans les écoles, les établissements pénitentiaires et sur les lieux de travail ;
- intervenants de première ligne, notamment les services d'urgence, la police et les pompiers ; et
- guérisseurs locaux et les praticiens de médecines alternatives, le cas échéant.

Il existe plusieurs sources potentielles de soutien et de financement, dont :

- une enveloppe budgétaire annuelle allouée à la prévention du suicide par les gouvernements centraux ou fédéraux ;
- un financement alloué par les gouvernements nationaux, régionaux ou locaux ;
- des fonds privés de philanthropes ou de fondations ;
- les ONG ;

- les agences internationales ;
- des partenariats public-privé.

Obtenir un engagement politique

Sans engagement politique, une stratégie nationale a toutes les chances de rester lettre morte. L'engagement politique est essentiel pour garantir que la prévention du suicide reçoit les ressources nécessaires ainsi que l'attention qu'elle mérite de la part des dirigeants nationaux. Parmi les différents moyens de susciter l'engagement politique figurent :

- la sensibilisation des dirigeants nationaux ;
- la publication fréquente de documents de politique et de prise de position bien étayés ;
- l'identification de dirigeants politiques et/ou d'un ambassadeur particulièrement sensibles au problème (quelqu'un dont un membre de la famille ou un ami s'est suicidé par exemple) ;
- la référence fréquente et appropriée au suicide en tant que problème de santé publique dans les médias ;
- les campagnes systématiques auprès des parlementaires et des représentants des gouvernements à différents niveaux.

Obtenir un engagement politique durable qui transcende l'évolution du gouvernement implique inévitablement un travail difficile et de longue haleine mais dont les bénéfices potentiels sont considérables, en particulier sur le long terme. L'engagement politique peut prendre différentes formes, dont voici des exemples :

- réformer les politiques et les lois, ce qui pourrait se traduire par une amélioration de l'approche du système judiciaire vis-à-vis de la situation juridique des actes d'autoagression et de suicide ;
- accroître et pérenniser l'octroi de ressources ;
- mettre en place ou consolider des mécanismes efficaces de collecte et de surveillance des données sur le suicide et les tentatives de suicide ;
- renforcer le soutien en faveur de la formation du personnel clé du secteur public à son rôle dans la prévention du suicide ;
- incorporer des informations sur le suicide et sa prévention dans les programmes d'enseignement des professionnels des secteurs sanitaire et social ;
- redoubler les efforts du gouvernement pour éliminer les facteurs environnementaux, socioéconomiques et autres facteurs de risque ; élargir l'accès aux services.

La Journée mondiale de prévention du suicide, qui a lieu le 10 septembre et est organisée par l'Association internationale pour la prévention du suicide, et la Journée mondiale de la santé mentale, célébrée le 10 octobre à l'initiative de la Fédération mondiale pour la Santé mentale, ainsi que d'autres événements internationaux ou nationaux, peuvent être l'occasion de mener des activités de plaidoyer et de manifester l'engagement politique des gouvernements.

Lutter contre la stigmatisation

Dans bon nombre de pays, la stigmatisation associée au suicide reste un obstacle majeur aux efforts de prévention du suicide. Les personnes qui ont perdu un être cher par suicide ainsi que celles qui ont des antécédents de tentatives de suicide sont souvent montrées du doigt par leurs communautés. Ainsi stigmatisées, ces personnes peuvent hésiter à demander de l'aide et éprouver des difficultés à accéder aux services de prévention du suicide, notamment au conseil et au soutien de postvention. Cela pose un réel problème, surtout dans les pays où les conduites suicidaires sont illégales. En outre, des niveaux élevés de stigmatisation peuvent entraver le signalement et l'enregistrement corrects des comportements suicidaires et de leurs conséquences sur la santé publique. En plus d'accroître la sensibilisation et les connaissances en santé mentale du grand public, les gouvernements et les autres parties prenantes devraient lutter contre la stigmatisation dès le début et tout au long du processus de prévention. Si les efforts de réduction de la stigmatisation des conduites suicidaires peuvent tirer parti de leur intégration au processus plus global de déstigmatisation des maladies mentales, des efforts supplémentaires en matière de lutte contre la stigmatisation liée aux comportements suicidaires n'en restent pas moins nécessaires.

Accroître la sensibilisation du public

L'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide permet de sensibiliser le public à ce sujet. Il n'est pas nécessaire d'attendre la phase de mise en œuvre d'une stratégie pour solliciter l'appui des médias afin de mettre en avant l'importance de la prévention du suicide. Ceux-ci peuvent jouer un rôle crucial dans le processus de conception de la stratégie, en informant les parties prenantes des progrès accomplis et en générant une meilleure compréhension du problème, ce qui permet de favoriser l'adhésion de tous aux initiatives de prévention et d'augmenter la participation. Les activités de sensibilisation, de plaidoyer et de communication peuvent influencer les décideurs politiques et l'opinion publique et mobiliser ainsi l'engagement politique et les ressources nécessaires pour faire avancer le processus. En d'autres termes, une sensibilisation accrue peut se traduire par des ressources et un engagement plus importants. Pour que l'intervention soit un succès, le public doit comprendre le problème et le besoin urgent de le régler. Les efforts de sensibilisation peuvent en outre renforcer et pérenniser l'implication des parties prenantes et, par-dessus tout, amener les communautés à reconnaître l'importance de la prévention du suicide.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

L'objectif global d'une stratégie nationale de prévention du suicide est de promouvoir, coordonner et soutenir des plans d'action et des programmes intersectoriels de prévention des comportements suicidaires aux niveaux national, régional et local. Une stratégie nationale de prévention du suicide efficace est constituée de plusieurs éléments essentiels. Dans le même temps, il convient de garder à l'esprit que le suicide s'inscrit toujours dans un contexte social et culturel spécifique. Cette section donne un aperçu des éléments constitutifs potentiels d'une stratégie de prévention du suicide.

Des objectifs clairs

Une stratégie de prévention du suicide efficace devrait avoir plusieurs objectifs parallèles et interdépendants clairement énoncés. Voici quelques exemples d'objectifs potentiels :

- Sensibiliser le public à l'ampleur du problème et à l'existence de stratégies de prévention efficaces.
- Réduire l'incidence du suicide et des tentatives de suicide, ce qui permet de prévenir les décès prématurés imputables au suicide ainsi que la morbidité/l'invalidité résultant des tentatives de suicide, tout au long de la vie.
- Maîtriser les facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide.
- Réduire la stigmatisation associée aux comportements suicidaires.
- Améliorer la collecte de données sur l'incidence du suicide et des tentatives de suicide.
- Améliorer la recherche en matière d'interventions efficaces et leur évaluation.
- Renforcer la réponse du système sanitaire et social aux conduites suicidaires.

Des ressources humaines et financières dédiées, un calendrier de mise en œuvre et des objectifs à court, moyen et long terme sont autant d'éléments qui devraient composer une stratégie de prévention du suicide.

Des facteurs de risque et de protection pertinents

L'identification des facteurs de risque et de protection est un élément essentiel de toute stratégie nationale de prévention du suicide qui peut, en outre, aider à déterminer la nature et le type d'interventions nécessaires. Dans ce contexte, les facteurs de risque indiquent si un individu, une communauté ou une population est particulièrement vulnérable au suicide. Ils existent à différents niveaux, y compris au niveau individuel, social et contextuel, pouvant interagir en plusieurs points. L'existence de facteurs de risque doit laisser supposer une probabilité accrue des comportements suicidaires. Par

conséquent, les stratégies nationales doivent identifier clairement les groupes à risque mais se concentrer, dans le même temps, sur la population toute entière afin de limiter les risques de suicide au niveau individuel autant que possible. Les facteurs de risque peuvent être répartis dans trois grandes catégories interdépendantes, comme le montre le tableau ci-dessous.

FACTEURS DE RISQUE (LISTE NON-EXHAUSTIVE)

Individuels	Socioculturels	Conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de tentative de suicide • Troubles mentaux • Abus d'alcool ou de drogue • Désespoir • Sentiment d'isolement • Manque de soutien social • Tendances agressives • Impulsivité • Antécédents de traumatisme ou d'abus • Trouble émotionnel aigu • Maladies physiques ou chroniques importantes, notamment la douleur chronique • Antécédents familiaux de suicide • Facteurs neurobiologiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation associée à la demande d'aide • Obstacles à l'accès aux soins de santé, en particulier au traitement des maladies mentales et de l'abus de substances • Certaines croyances culturelles et religieuses (par exemple, la croyance selon laquelle le suicide est une façon noble de résoudre un dilemme personnel) • Exposition aux comportements suicidaires, notamment dans les médias, et influence de personnes qui se sont suicidées 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'emploi et pertes financières • Difficultés relationnelles ou sociales • Accès facile aux moyens létaux • Vagues locales de suicides contagieuses • Événements stressants de la vie

L'identification des facteurs de protection socioculturels, environnementaux et individuels plus généraux, susceptibles de réduire la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires, s'avère tout aussi primordiale. Ces facteurs peuvent aider les individus à supporter des circonstances particulièrement difficiles et, ainsi, minimiser les risques de suicide. Par conséquent, une stratégie efficace devrait déterminer comment établir, renforcer et pérenniser les facteurs de protection du suicide.

FACTEURS DE PROTECTION

- Liens familiaux solides et soutien de la communauté.
- Capacité à résoudre les problèmes et les conflits et à régler les différends sans recourir à la violence.
- Croyances personnelles, sociales, culturelles et religieuses qui découragent le recours au suicide et encouragent l'autoconservation.
- Accès restreint aux moyens de suicide.
- Demande d'aide et accès facile à des soins de qualité en cas de maladie mentale et physique.

Des interventions efficaces

En se fondant sur les facteurs de risque et de protection pertinents, une stratégie nationale peut proposer le type et la combinaison d'interventions basées sur les données factuelles les plus appropriés, à savoir des interventions universelles, sélectives et indiquées. Une intervention universelle cible la population dans son ensemble. Elle couvre la population toute entière, indépendamment du niveau de risque. Une intervention sélective se concentre sur des sous-populations connues pour présenter un risque élevé. Sa mise en œuvre peut se baser sur les caractéristiques sociodémographiques, la répartition géographique ou la prévalence des troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives selon la contribution de ces divers facteurs au fardeau global imputable au suicide. Une intervention indiquée s'adresse aux personnes dont on sait qu'elles sont vulnérables au suicide ou qui ont déjà fait des tentatives de suicide.

En général, les programmes complets de prévention du suicide utilisent une combinaison de ces trois approches.

Les stratégies de prévention au niveau de l'ensemble de la population

Dans le cadre de son programme mhGAP, l'OMS a identifié trois stratégies basées sur les données factuelles visant à prévenir le suicide au niveau de la population.

Restreindre l'accès aux moyens d'autoagression et de suicide

Il a été démontré que l'incidence du suicide diminue lorsque l'accès aux moyens de suicide est limité. En conséquence, en fonction du contexte local, l'accès aux pesticides, aux armes à feu, au charbon de bois et aux endroits situés en hauteur devrait être restreint. L'OMS recommande :

- D'impliquer activement la communauté de manière à trouver les moyens de mettre en œuvre des interventions localement réalisables au niveau de la population pour réduire l'accès aux moyens permettant de se suicider.
- D'établir une collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernés dans le but de limiter localement l'accès aux moyens de suicide.

En se fondant sur l'analyse de la situation et en tenant compte du contexte national, les gouvernements devraient envisager de prendre des mesures pour restreindre l'accès aux armes à feu, aux pesticides et autres substances nocives, au charbon de bois et aux endroits situés en hauteur (WHO, 2009, WHO, 2008b, WHO, 2006). Par exemple, dans le cas des pesticides, qui comptent pour environ un tiers des suicides dans le monde (Gunnell *et al.*, 2007), de nombreuses mesures sont réalisables : ratifier, mettre en œuvre et faire appliquer les conventions internationales pertinentes sur les produits chimiques et les déchets dangereux ; faire appliquer les réglementations relatives à la vente des pesticides ; limiter l'accès aux pesticides en incitant les personnes et les communautés à les stocker de façon plus sûre ; réduire la toxicité des pesticides et améliorer la prise en charge médicale des personnes qui tentent de se suicider par ingestion de pesticides ; apprendre aux personnes, aux communautés et au public à manipuler, stocker, utiliser et éliminer correctement les pesticides.

Élaborer des politiques visant à réduire la consommation nocive d'alcool en tant que composante de la prévention du suicide

L'abus d'alcool est considéré comme un facteur de risque du suicide et des tentatives de suicide. Il est donc primordial de restreindre la disponibilité de l'alcool afin d'en réduire la consommation nocive au sein des populations ayant une forte prévalence de consommation d'alcool. La stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (WHO, 2010a) met en exergue dix politiques et interventions énumérées ici : leadership, prise de conscience et engagement ; action des services de santé ; action communautaire ; politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ; offre d'alcool ; marketing des boissons alcoolisées ; politiques de prix ; réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique ; réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ; et suivi et surveillance.

Aider et encourager les médias à appliquer des pratiques responsables de notification du suicide

Le rôle des médias dans la prévention du suicide est souvent sous-estimé. Les médias ont une réelle responsabilité dans la façon dont ils rapportent les cas de suicide. Il est avéré qu'une notification responsable peut sauver des vies. Le programme mhGAP recommande aux médias :

- D'éviter tout langage qui dramatise ou normalise le suicide ou le présente comme une solution à un problème.
- D'éviter les photos et toute description explicite de la méthode employée.
- De fournir des informations sur les endroits où rechercher de l'aide.

Une stratégie nationale de prévention du suicide peut mettre en avant la nécessité d'organiser régulièrement des ateliers pour les médias aux échelons national, régional et local. En outre, il est possible d'inciter les journalistes à mettre en place un système de régulation et d'autosurveillance de la notification des cas de suicide. Bon nombre de pays ont adopté des directives relatives aux médias. Par ailleurs, les utilisateurs des médias peuvent former une « veille médiatique » dont l'objectif serait de dénoncer les descriptions inexacts, inappropriées, simplistes ou sensationnalistes du suicide.

Les stratégies de prévention au niveau des sous-populations vulnérables à risque

Former les sentinelles

Les sentinelles sont des personnes qui se trouvent régulièrement en contact avec les membres de la communauté, souvent dans le cadre de leur activité professionnelle. Elles interagissent avec les membres de la communauté dans un contexte normal, rarement médical, et peuvent être formées à reconnaître les facteurs de risque du suicide. Pour être efficace, la formation des sentinelles doit être continue et s'inscrire dans le temps. Elle doit faire l'objet d'une surveillance étroite et d'une évaluation rigoureuse et, dans l'idéal,

s'intégrer à un programme de formation professionnelle. La formation des sentinelles doit aller de pair avec une démarche de qualité des services sans quoi les efforts des sentinelles pour identifier les personnes à risque seront vains.

Les principales sentinelles

- Professionnels de soins de santé primaires
- Professionnels de la santé mentale
- Professionnels de soins d'urgence
- Enseignants et autre personnel académique
- Responsables des communautés
- Policiers et autres intervenants de première ligne
- Militaires
- Travailleurs sociaux
- Chefs spirituels et religieux
- Guérisseurs traditionnels

Une série de publications sur la prévention du suicide a été publiée par l'OMS dans le cadre de l'initiative mondiale pour la prévention du suicide SUPRE. Ces publications s'adressent à des groupes sociaux et professionnels spécifiques qui jouent un rôle particulièrement important dans la prévention du suicide, comme les médecins généralistes, les professions de santé primaire, les enseignants et autre personnel académique, la police, les pompiers et autres intervenants de première ligne, les conseillers et les médias, et comprennent également des indications sur la prévention du suicide sur le lieu de travail et dans les établissements correctionnels. Un document sur l'enregistrement des cas de suicide et un autre sur la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent ont également été publiés (WHO, 2000–2011).

Mobiliser les communautés

Dans les communautés, les centres de crise devraient collaborer activement avec les services de santé car c'est vers ces centres que les personnes recherchant de l'aide sont susceptibles de se tourner en premier lieu. Une stratégie nationale de prévention du suicide devrait encourager l'augmentation des effectifs capables de fournir des soins en cas de crise, notamment dans les zones reculées et pour les populations vulnérables, d'une part, et la formation de réseaux d'ONG locales afin de promouvoir le partage des connaissances, d'autre part. L'objectif global serait d'inciter les individus à demander de l'aide et d'apporter un soutien opportun, que ce soit par les services gouvernementaux, non gouvernementaux, communautaires, sanitaires ou sociaux.

Lorsque le personnel formé à la prise en charge des crises est limité et que les ressources sont insuffisantes pour le renforcer, il convient d'envisager de mobiliser la communauté par d'autres moyens. Il existe de nombreux exemples, comme en Inde et au Sri Lanka où les membres des communautés ont décidé de surveiller l'accès aux pesticides, permettant ainsi de prévenir des actes suicidaires. Les interventions peu onéreuses comme celles-ci sont potentiellement plus viables à long terme, surtout si elles s'appuient sur un noyau dur issu de la communauté locale. Par ailleurs, les gouvernements locaux peuvent s'associer aux réseaux communautaires déjà existants, créés par d'autres organisations à d'autres

fins, et les renforcer. Par exemple, ils pourraient inciter les groupes féminins d'entraide, qui sont très actifs et influents dans bon nombre de pays développés, à prendre part aux efforts de prévention du suicide.

Les survivants (ceux qui restent)

Il s'agit des personnes dont un proche s'est suicidé. Cela peut inclure les membres de la famille, les amis intimes, les collègues de travail ou les camarades de classe. Il est primordial de leur tendre la main car ils peuvent être enclins à la dépression et à des conduites suicidaires. Ce processus, appelé postvention, offre un soutien opportun aux personnes endeuillées et constitue une méthode de prévention du suicide à part entière. La série de publications de l'OMS sur la prévention du suicide mentionnée précédemment contient un document sur la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent (WHO, 2000-2011).

Les stratégies de prévention au niveau individuel

Identifier et traiter les troubles mentaux

Les troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives sont des facteurs de risque avérés du suicide. La pénurie constante de professionnels de santé mentale et l'insuffisance des services à l'échelle mondiale ont intensifié le risque de suicide. Par conséquent, plusieurs groupes à risque n'ont pas été identifiés et/ou traités et sont ainsi devenus encore plus vulnérables. Une stratégie nationale devrait :

- mettre l'accent sur la nécessité d'intégrer des services de santé mentale aux soins de santé primaires ;
- attirer l'attention sur le manque de services de santé mentale le cas échéant ;
- souligner le besoin de former régulièrement les professionnels de soins de santé primaires à la prévention du suicide, notamment à l'identification, la prise en charge, le soutien et l'orientation des personnes suicidaires au sein des communautés. Cela est particulièrement important car une grande majorité des personnes suicidaires ne demandent pas d'emblée de l'aide aux professionnels de santé mentale mais présentent plutôt dans un premier temps différents signes physiques.

Selon le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS (GI-mhGAP), qui contient des recommandations basées sur les données factuelles pour identifier et prendre en charge des affections prioritaires telles que les conduites autoagressives/suicidaires (WHO, 2010b), toute personne âgée de plus de 10 ans qui présente l'une des affections suivantes doit se voir demander si elle a eu des pensées ou fait des plans en vue d'un acte autoagressif au cours du mois écoulé et si elle a agi en ce sens au cours de l'année écoulée :

- actes autoagressifs/suicidaires, dépression, troubles liés à la consommation d'alcool, troubles liés à la consommation de drogues, troubles bipolaires, psychose, épilepsie, troubles du développement et du comportement chez les enfants et les adolescents, démence légère et autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables ;

- douleur chronique ;
- trouble émotionnel aigu.

Le guide d'intervention mhGAP est conçu de manière à évaluer si les personnes qui pensent ou prévoient des actes autoagressifs/suicidaires ou passent à l'acte présentent des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives concomitants. Les maladies identifiées doivent ensuite être prises en charge conformément au guide d'intervention.

Prendre en charge les personnes qui ont tenté de se suicider ou présentent un risque

Pour évaluer et prendre en charge les personnes qui se présentent dans un établissement de soins de santé, le module consacré aux conduites autoagressives et suicidaires du guide d'intervention mhGAP de l'OMS définit plusieurs étapes qui permettent de déterminer si une personne a tenté un acte autoagressif grave sur le plan médical et s'il existe un risque imminent de conduite autoagressive ou suicidaire, des antécédents d'idées, de projets et d'actes autoagressifs ou suicidaires ainsi que des troubles mentaux, neurologiques ou une toxicomanie concomitants, des douleurs chroniques et un trouble émotionnel grave.

La prise en charge inclut des interventions telles que soigner la personne, retirer ce qui pourrait servir à une conduite autoagressive, offrir un soutien psychosocial et maintenir un contact et un suivi réguliers (WHO, 2010b). L'OMS a élaboré et mis à l'essai sur plusieurs sites une méthode d'intervention rapide et de prise de contact qui a réduit efficacement la mortalité associée au suicide chez les personnes qui ont tenté de se suicider. Cette méthode est simple, abordable et particulièrement adaptée aux milieux défavorisés (Fleischmann *et al.*, 2008).

L'amélioration de l'enregistrement des cas et la recherche

Dans bien des pays, les comportements suicidaires ne sont pas déclarés ou sont sous-déclarés. Nous ne voyons que la partie émergée de l'iceberg. Une stratégie nationale peut présenter les systèmes de signalement ou d'enregistrement existants ou nécessaires puis proposer la création ou la modification de ces systèmes afin d'améliorer la collecte des données sur le suicide et les tentatives de suicide. Elle peut en outre mettre en place un programme de recherche. Pour rassembler des données de façon systématique et sur le long terme, une approche multisectorielle est indispensable et notamment faire appel à plusieurs sources telles que le gouvernement, les services de police, les hôpitaux, les ONG et les services de santé mentale.

Alors que des enquêtes portant spécifiquement sur les conduites suicidaires peuvent s'avérer onéreuses et impossibles à réaliser, une stratégie nationale peut recommander l'inclusion de questions sur les comportements suicidaires dans les enquêtes menées auprès de la population ou la participation à des enquêtes internationales à grande échelle. Dans le même temps, la recherche sur les comportements suicidaires doit être encouragée afin de faciliter l'examen et l'analyse systématiques des données. Concernant la collecte et la validation des données, l'identification et le croisement de multiples sources peuvent s'avérer utiles, notamment dans les pays où la stigmatisation associée au suicide est forte.

Dans les pays dotés d'un système d'enregistrement efficace, les données relatives aux causes de décès proviennent des actes de décès enregistrés auprès de l'état civil. Ces données, dont la collecte est systématique, sont précieuses pour l'évaluation et la surveillance de l'état de santé d'une population et pour la préparation de stratégies de prévention et d'intervention. La cause d'un décès peut être médicalement certifiée et codée selon la Classification internationale des maladies (CIM) (<http://www.who.int/classifications/icd>). Plus de 100 pays transmettent ainsi des données relatives à la mortalité à l'OMS (http://www.who.int/healthinfo/mortality_data).

En l'absence d'un système national d'enregistrement, il peut s'avérer utile de mettre en place un système permettant d'enregistrer les cas de suicide et de tentatives de suicide. Cela permet de déterminer l'étendue du problème, les méthodes employées ainsi que l'âge, le sexe et l'origine ethnique des personnes qui se suicident ou tentent de se suicider. À cette fin, l'OMS a publié un document de recommandations sur l'enregistrement des cas de suicide. Un document similaire portant sur les tentatives de suicide est actuellement en cours de rédaction (WHO, 2000–2011). Cet aspect fait l'objet d'une attention accrue suite à la création d'un groupe de travail sur les systèmes nationaux de certification des décès par suicide par l'Association internationale pour la prévention du suicide. La confidentialité des données personnelles doit être garantie autant que possible.

Le suivi et l'évaluation

Divers programmes de prévention du suicide destinés aux groupes vulnérables comme les jeunes, les personnes âgées, les peuples autochtones, les forces armées ou encore les prisonniers sont mis en œuvre dans différents milieux. La plupart ne font toutefois pas l'objet d'une évaluation rigoureuse. Il est donc difficile de tirer des conclusions quant à leur efficacité. Des études récentes, telles que le projet Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE, Sauver et améliorer la vie des jeunes européens) (Wasserman *et al.*, 2010) ou les interventions pour les militaires aux États-Unis menées en collaboration avec le National Institute of Mental Health, l'institut américain de la santé mentale (NIMH et Army STARRS, 2010), comportent d'importantes composantes d'évaluation dans leur conception. C'est également le cas du projet de recherche européen Optimizing Suicide Prevention Programmes and Their Implementation (optimiser les programmes de prévention de recherche et leur mise en œuvre) (OSPI Europe) qui utilise une approche sur plusieurs niveaux (Hegerl *et al.*, 2009). Pour produire un faisceau plus large de données factuelles, l'importance d'évaluer les interventions doit être mise en relief.

Une stratégie nationale de prévention du suicide devrait proposer un cadre complet de suivi et d'évaluation dont l'objectif serait de mesurer la qualité et l'efficacité des interventions. La vérification, l'enregistrement et le suivi du nombre de suicides et de tentatives de suicide font partie intégrante du processus d'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide. S'il peut être difficile d'évaluer une stratégie nationale de prévention du suicide dans son ensemble, réaliser une évaluation des éléments individuels d'une stratégie à des intervalles raisonnables permet de procéder à un examen critique des résultats et de l'impact des interventions par rapport aux objectifs annoncés. Cela permet également d'indiquer s'il est opportun de modifier ou d'élargir les interventions

en question. Pour concrétiser tous les points énumérés ci-dessus, l'évaluation doit être planifiée et acceptée au préalable afin de garantir la participation de toutes les parties prenantes, y compris des personnes chargées de la mise en œuvre d'un programme ou d'une intervention spécifique et des membres de la communauté.

Dans l'idéal, une stratégie nationale devrait définir un ensemble d'indicateurs spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et datés (SMART). Au moins un indicateur SMART doit être associé à chaque objectif spécifique de la stratégie nationale. Ces indicateurs permettent de mesurer les moyens mis en œuvre, le processus, l'impact et les résultats des interventions individuelles et de la stratégie dans son ensemble. L'attribution de ressources est un exemple d'indicateur des moyens mis en œuvre. Concernant le processus, les indicateurs peuvent inclure l'évaluation de l'acceptabilité de la stratégie et de la participation de la communauté aux activités de prévention du suicide. Les indicateurs d'impact pourraient servir à mesurer l'évolution de la communauté vis-à-vis du suicide et de la stigmatisation. Déterminer les variations du taux de tentatives de suicide et le nombre de décès prématurés liés au suicide, tout au long de la vie et notamment chez les groupes vulnérables, pourrait constituer un indicateur de résultat.

CONCLUSION

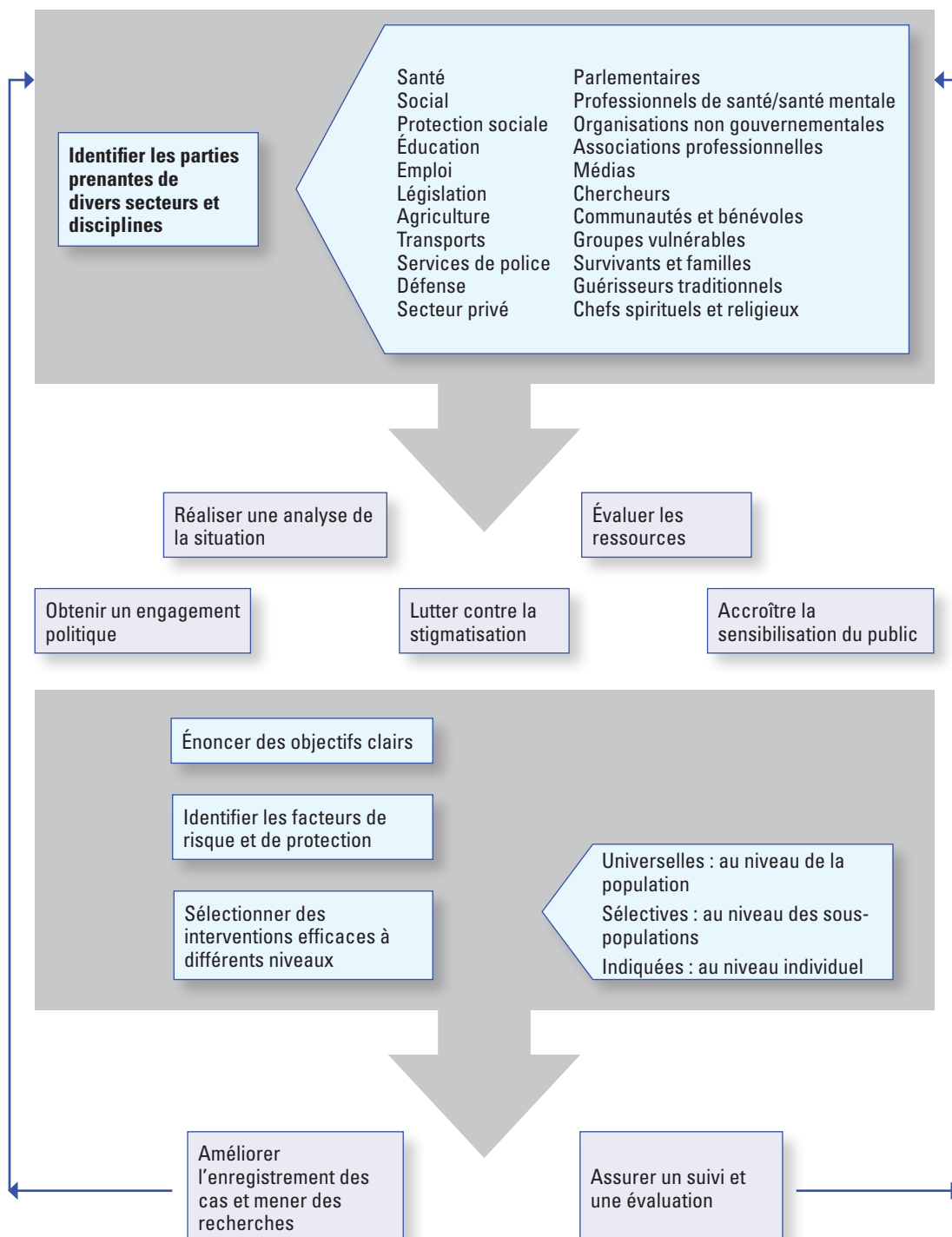
Le suicide est une affection prioritaire à l'échelle mondiale et a été identifié comme telle par l'OMS. Les stratégies nationales de prévention du suicide devraient être élaborées selon une approche par étapes. La première étape consiste à reconnaître que le suicide est un problème majeur et qu'il est évitable. L'élaboration d'une stratégie nationale renforce la prévention du suicide en sensibilisant davantage les représentants gouvernementaux et les communautés locales au sujet. Le manque de ressources, humaines et financières, ne doit plus servir de justification acceptable pour ne pas élaborer ou mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide. Les gouvernements nationaux doivent réfléchir à des moyens d'optimiser les ressources disponibles et de collaborer avec les autorités régionales et locales si nécessaire. Une fois la stratégie approuvée par le gouvernement, la participation d'un large éventail de parties prenantes à sa conception constituera un véritable atout pour sa mise en œuvre et celle de ses programmes et plans d'action concrets. La prévention du suicide relève de la responsabilité collective et doit être menée par les gouvernements et la société civile du monde entier.

RÉFÉRENCES

- Bertolote JM, Fleischmann A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: D Wasserman and C Wasserman (eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press. p.91-98.
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, et al (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9): 703-709.
- Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health*. 7: 357.
- Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, et al (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 9(428): 1-8.
- NIMH and Army STARRS (2010). Army Study To Assess Risk and Resilience in Servicemembers. (<http://www.armystarrs.org>, last accessed 5 March 2012).
- Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, et al (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374: 881-892.
- United Nations (1996). *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. New York: U.N. Department of Policy Coordination and Sustainable Development, ST/ESA/245.
- Vijayakumar L, Pirkis J, Whiteford H (2005). Suicide in Developing Countries: Prevention efforts. *Crisis*. 26(3): 120-124.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, et al (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 10: 192.
- Wasserman D (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D Wasserman (ed.). *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz. p.13-27.
- World Health Organization (2000-2011). Preventing Suicide: a resource series. (http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide, last accessed 5 March 2012).
- World Health Organization (2006). Safer Access to Pesticides: Community Interventions. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides, last accessed 5 March 2012).
- World Health Organization (2008a). mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. (http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP, last accessed 5 March 2012).
- World Health Organization (2008b). Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication: Prevention of Suicidal Behaviours. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides, last accessed 5 March 2012).
- World Health Organization (2009). Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications, last accessed 5 March 2012).
- World Health Organization (2010a). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua, last accessed 5 March 2012).
- World Health Organization (2010b). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. (http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide, last accessed 5 March 2012).

ANNEXE

Figure 1. Cadre pour l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide



Pour de plus amples informations, merci de contacter :

Organisation mondiale de la Santé
Département Santé mentale et abus de substances psychoactives
20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse
Courriel : mnh@who.int
http://www.who.int/mental_health

ISBN 978 92 4 2 503579



9 789242 503579