

SYNTHÈSE p.13

DOSSIERS

*AVANCEMENT
DES TRAVAUX* p.105

FICHES p.155

ANNEXES p.203

SOMMAIRE

Dossier • Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide.....	35
Dossier • Travaux, revue de littérature et pistes de recherche sur le suicide à l'adolescence.....	63

ENJEUX ÉTHIQUES ASSOCIÉS À LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Nathalie Fourcade, Jean-Pierre Igot, Enguerrand du Roscoät,
Jean-Pierre Soubrier, Françoise Chastang, Gabrielle Pilliat, Michel Debout

« *Tous les hommes recherchent d'être heureux [...] C'est le motif de toutes les actions de tous les hommes. Jusqu'à ceux qui vont se pendre.* » Blaise Pascal, *Pensées*, 1670.

Les membres de l'Observatoire national du suicide, engagés en faveur de la prévention du suicide, sont naturellement confrontés à la question des enjeux éthiques associés à cette prévention. Ils ont esquissé, lors de la séance plénière du 19 octobre 2016, des pistes de réflexion sur les principes susceptibles de guider les actions de prévention du suicide, afin d'éclairer les acteurs, soucieux de bien faire, et dont la responsabilité est parfois engagée, sur la conduite à tenir lorsqu'ils sont confrontés à des comportements suicidaires. En cohérence avec le champ de l'Observatoire, les échanges ont porté sur les personnes ne souffrant pas d'une maladie incurable, dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, ces situations relevant du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Les membres de l'Observatoire se sont cependant interrogés sur les impacts, pour la prévention du suicide, des orientations législatives retenues en matière de fin de vie, sur la base d'exemples étrangers.

Ce dossier restitue les échanges de cette séance articulée autour de plusieurs séquences : introduction de la discussion, la posture de l'écoute par les associations d'aide à distance, les conditions d'une levée du secret médical en cas de risque

ENCADRÉ • Liste des intervenants de la séance plénière de l'Observatoire national du suicide du 19 octobre 2016

- **Nathalie Fourcade**, sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, DREES ;
- **Jean-Pierre Igot**, président fédéral de l'association SOS Amitié ;
- **Enguerrand du Roscoät**, responsable de département, Santé publique France ;
- **Jean-Pierre Soubrier**, coprésident fondateur du Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) ;
- **Françoise Chastang**, psychiatre au centre hospitalier universitaire de Caen ;
- **Gabrielle Pilliat**, titulaire d'un master 2 de criminologie, université d'Ottawa ;
- **Michel Debout**, médecin légiste au centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne.

suicidaire, les interactions possibles entre la législation sur la fin de vie et la prévention du suicide et enfin l'importance de promouvoir le droit de vivre dans la dignité comme action de prévention du suicide. Une présentation des actions visant à améliorer la communication sur les suicides complète ce dossier. Un recueil numérique sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide, élaboré par Monique Carrière (DREES), est par ailleurs consultable sur le site Web de l'Observatoire national du suicide.¹

1. Introduction de la discussion

Dans son introduction, Nathalie Fourcade rappelle les trois grands principes en bioéthique, reconnus internationalement : le respect de l'autonomie, la bienfaisance et la justice, auxquels s'ajoute la non-malfaisance lorsqu'elle est considérée comme un principe distinct². Dans la pratique, ces principes entrent en tension, posant la question de leur meilleure conciliation possible et, dans les situations complexes, il ne s'agit pas de choisir entre le bien et le mal, mais entre plusieurs biens³. En outre, les traditions philosophiques donnent à chacun de ces principes des contenus nuancés, avec des implications différentes en matière de prévention du suicide. Ainsi, on oppose classiquement une position morale téléologique, pour laquelle l'action a pour but la réalisation du bien, et qui s'interroge donc sur les conséquences de l'action, et une position déontologique, qui considère comme morale une action faite par devoir, par respect de principes auxquels on ne peut déroger, sans considération des conséquences de l'action⁴. Pour Emmanuel Kant, grand penseur d'une morale déontologique fondée sur l'autonomie du sujet, l'impératif pratique se traduit par une interdiction du suicide, qui reviendrait à considérer sa propre personne comme un moyen, et non comme une fin, et donc par une injonction à prévenir le suicide⁵. L'utilitarisme, adoptant quant à lui une approche téléologique, conséquentialiste, évaluera l'opportunité d'une action de prévention du suicide en fonction de ses conséquences attendues sur le bonheur des personnes concernées. Ces conséquences sont bien difficiles à déterminer, comme l'illustre le célèbre monologue de Hamlet⁶ : le suicide met fin à une souffrance jugée insupportable, mais il prive la personne

1. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

2. Beauchamp, T., Childress, J. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris, France : Les Belles Lettres.

3. Rameix, S. (1996). *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris, France : Ellipses.

4. Rameix, S., *op. cit.*

5. « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen ». Kant, E. (1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris, France : éditions Hatier, 2000.

6. « Qui voudrait porter ces fardeaux, grogner et suer sous une vie accablante, si la crainte de quelque chose après la mort, de cette région inexplorée, d'où nul voyageur ne revient, ne troublait la volonté, et ne nous faisait supporter les maux que nous avons par peur de nous lancer dans ceux que nous ne connaissons pas ? ». Shakespeare, W. (1603). *Hamlet*. Paris, France : éditions Libro, 2016.

d'opportunités (comme l'affirme la sagesse populaire, « l'espoir fait vivre »). Il faut également tenir compte de l'entourage de la personne, pour qui le suicide constitue un événement terrible. Dans certains cas, des proches peuvent, dans le même temps et avec beaucoup de culpabilité, se sentir soulagés d'un fardeau trop lourd à porter⁷. Ainsi, pour Anne Fagot-Largeault, certains auteurs, « riches et en bonne santé plus probablement que pauvres et malades, admettent comme une évidence que la vie est un bien, que plus de vie c'est mieux ; et que la mort est un mal, sinon le plus grand des maux ». Or, « une vie de pauvre qualité peut être pire que la mort »⁸. Dans ce cas, la pertinence d'une action de prévention du suicide fondée sur le principe de bienfaisance serait remise en cause, mais la question des moyens d'accroître la qualité de la vie pour tous demeure.

Ces difficultés reflètent la complexité et l'importance des questions traitées par l'éthique biomédicale dans le champ de la prévention du suicide. L'Observatoire souhaite les éclaircir, sans toutefois prétendre les résoudre entièrement. Comme le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé le rappelle : « l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine⁹ ». Ainsi, selon Suzanne Rameix¹⁰ « l'éthique est cette dialectique incessante du déontologique et du téléologique : l'objet de la volonté éthique c'est la réconciliation du juste et du bien ». Il ne s'agit donc pas de fournir un « kit de bonnes pratiques » indiquant la conduite qui s'imposerait sans ambiguïté face à chaque comportement suicidaire. Il s'agit d'éclairer les principes sous-jacents aux différentes options et d'aider les acteurs, confrontés à des situations toujours singulières, à s'orienter, dans le dialogue avec la personne souhaitant mettre fin à ses jours, vers la meilleure ligne de crête possible entre respect de l'autonomie, bienfaisance et justice.

1.1. Que faire face à des comportements suicidaires ?

Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide concernent en premier lieu la conduite à tenir face à une personne ayant un comportement suicidaire. Cela s'adresse à l'ensemble des individus en contact avec la personne concernée : professionnels de santé, relations familiales, amicales et professionnelles, associations, institution scolaire, etc. Plusieurs difficultés se posent dans l'application des grands principes déjà énoncés, face à un individu qui envisage de se donner la mort. Elles

7. Volant, É. (2002). La mise en scène de la mort dans le quotidien social et la gestion du risque suicidaire. *Éthique préventive*, 4 (2).

8. Fagot-Largeault, A. (1996). Vie et mort. Dans Canto-Sperber, M. (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris, France : PUF.

9. Comité national d'éthique (2000, janvier). *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie* (avis n° 63).

10. *Op. cit.*

prennent une acuité particulière dans les situations d'urgence : risque suicidaire important à court terme, ou décision de prise en charge médicale après une tentative de suicide engageant le pronostic vital¹¹.

« Une personne autonome est une personne capable de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par elle-même d'agir conformément à cette réflexion. »¹² On pourrait ainsi considérer que mettre fin à ses jours est un choix réfléchi d'un individu libre, qui est le plus légitime pour décider de sa vie. Le respect de l'autonomie de la personne et le principe de non-malfaisance commanderaient dès lors de ne pas intervenir. Au contraire, aller contre cette décision, au nom d'une certaine idée de la bienfaisance, s'inscrirait dans la tradition paternaliste contre laquelle s'est construite la législation relative aux droits des patients. Le changement de paradigme, d'une approche paternaliste vers une approche respectueuse de l'autonomie, est illustré par ces deux textes :

- « Tout patient est et doit être pour lui (le médecin) comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir » et « Tout acte médical normal n'est, ne peut être, ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience », Louis Portes (alors président du Conseil de l'Ordre des médecins), communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 1950 ;
- article L. 1111-4 du Code de la santé publique (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, modifiée par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 - art. 5) : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Ainsi, et ce sera l'objet de la présentation suivante, certaines associations de prévention du suicide et d'aide à distance mettent l'écoute au cœur de leur activité et ont pour règle de ne pas intervenir en cas de crise suicidaire d'un appelant, respectant la décision de la personne, même si elles tentent de la dissuader d'intenter à ses jours et de la convaincre de se faire aider. En se plaçant strictement dans cette perspective, on peut aussi considérer que lever le secret médical pour permettre des actions de prévention (point discuté plus tard dans ce dossier), prodiguer des soins à des personnes ayant un comportement suicidaire sans leur consentement, et *a fortiori* les hospitaliser, les surveiller dans les établissements de santé, les lieux

11. Gohier, B., Briere, M., Mugnier, G., Fournis, G., Denes, D., Mesu, C. R., Garre, J.-B. (2013, novembre). Faut-il réanimer les patients admis pour tentative de suicide? *Réanimation*, 22 (6), 577-582.

12. Rouchouse, M. et Lemoine, E. (2013). *Les principes de la réflexion éthique*, Espace éthique Rhône-Alpes. Disponible sur : www.ecole-rockefeller.com/campus-numerique/inf2/cours/ue13/2013/les-principes-de-la-reflexion-ethique-inf2-26-03-2013.pdf

de privation de liberté, voire leur environnement professionnel et familial, irait ainsi à l'encontre de la liberté de la personne.

Il convient toutefois de tenir compte du contexte dans lequel la personne envisage de se donner la mort, et du fait que cette décision, loin d'être le résultat ferme et définitif d'une évaluation méthodique des différentes options, recèle toujours une part d'ambivalence. Ainsi, selon Maurice Halbwachs, « Il y a, dans cette façon de prendre congé de ses semblables, un mélange apparent de libre choix et de fatalité, de résolution et de passivité, de lucidité et d'égarement, qui nous déconcerte. »¹³ Le premier rapport de l'Observatoire indiquait : « Les membres de l'Observatoire considèrent ainsi que la plupart des personnes qui attendent à leur vie le font non parce que la vie en général ne leur semble pas valoir la peine d'être vécue, mais parce qu'ils ne trouvent pas d'autre issue dans leur vie en particulier. Le suicide constitue un choix par défaut, lorsque les autres moyens de soulager la souffrance semblent inaccessibles. » Si la personne rencontrait une aide adaptée (possibilités de se soigner ou de briser son isolement), son choix pourrait-il être différent ? Cette question se pose avec une acuité particulière pour les tentatives de suicide qui semblent relever d'un appel au secours, notamment chez les adolescents. Ainsi, des dispositifs visant à maintenir le contact avec des personnes ayant effectué une tentative de suicide tentent de le faire sur un mode non intrusif, en rappelant, par l'envoi de cartes ou de textos, que des ressources sont à la disposition de ces personnes si elles estiment en avoir besoin. Cette veille se réfère à la notion éthique de l'inquiétude, à la clinique du souci et à la notion de *connectedness*¹⁴, et semble avoir trouvé un positionnement adéquat, caractérisé par une sollicitude qui parvient à éviter l'ingérence. La question du contexte de la décision se pose tout particulièrement en cas de troubles mentaux, y compris les formes légères de dépression, susceptibles d'affecter les capacités affectives, volitives et cognitives. Or, ces troubles sont très fréquents chez les personnes ayant des comportements suicidaires. Peut-on préjuger de leur autonomie, tout en leur proposant de se soigner et les accompagner dans ce parcours ? Enfin, les travaux récents insistent sur le caractère ponctuel de nombreuses crises suicidaires, les personnes n'ayant plus, une fois la crise passée, envie de mourir, ce qui justifierait d'intervenir. Le dialogue avec la personne peut porter sur les éléments qui, chez elle, favorisent l'envie de vivre, sur les solutions qu'elle a éventuellement essayé de mettre en œuvre, en les valorisant si elles peuvent être utiles ou en l'aidant à en chercher d'autres (Gohier *et al.*, 2013, *op. cit.*).

Ainsi, certaines associations de prévention du suicide développent des politiques d'intervention, se trouvant en cohérence avec les recommandations du Haut Conseil de la santé publique¹⁵. Par exemple, SOS Suicide Phénix assure une passerelle entre

13. Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. Paris, France : Félix Alcan.

14. Il s'agit du degré de proximité sociale d'une personne ou d'un groupe avec d'autres personnes ou d'autres groupes.

15. *Évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*.

les personnes en souffrance et l'offre de soins en santé, en travaillant en complémentarité avec les acteurs du champ médico-social, notamment avec les médecins généralistes. C'est aussi le cas des cellules de prévention mises en place par la Mutualité sociale agricole¹⁶ (MSA), qui fonctionnent sur la base de « sentinelles » pluridisciplinaires formées à la détection de la crise suicidaire et à l'accompagnement des personnes.

Le respect de l'autonomie ne doit pas conduire à abandonner le principe de bienfaisance et devenir un prétexte à l'indifférence, qui traduirait la limitation des moyens que l'on est prêt à consacrer aux personnes en souffrance souhaitant mettre fin à leurs jours – même si ces moyens, quelle que soit leur importance, trouveront toujours une limite : « Il est évident qu'aucune société n'est en mesure de garantir à tous ses membres une vie heureuse ou pleine de sens, même si certains pays sont reconnus pour répondre adéquatement à des standards d'une bonne qualité de vie. »¹⁷ De fait, la loi prévoit que la responsabilité de l'entourage médical et professionnel puisse être engagée en cas de suicide. L'attention légitimement accordée à la personne tentée de se donner la mort doit s'accompagner de sollicitude pour les personnes susceptibles d'être affectées par ses comportements. La question des conditions d'une levée du secret médical se pose là encore, comme celle de l'équilibre entre secret et sécurité pour soi et pour autrui.

Il s'agit donc, pour les actions de prévention du suicide, de concilier respect de l'autonomie et bienfaisance, de témoigner sa sollicitude en apportant une aide non condescendante, respectueuse de la dignité de la personne. Selon Suzanne Rameix¹⁸, cette tension, qui fait la difficulté de la vie morale, en fait aussi la richesse :

- c'est le respect de la personne qui empêche l'empathie de devenir pitié infantilissante et humiliante ;
- c'est l'empathie face à la personne vulnérable qui empêche le respect de devenir indifférence insensible et égoïste.

Atteindre un tel équilibre suppose un partenariat avec la personne pour délibérer, décider et agir, mais également, lorsque c'est possible (ce qui pose de nouveau la question du secret médical), avec d'autres membres de son entourage, médical, professionnel, familial ou autre. Ceci permet aussi d'éviter de se retrouver seul face aux sentiments que cette relation peut faire naître, sentiments qu'il faut reconnaître et gérer pour éviter qu'ils ne deviennent préjudiciables à la personne qui souhaite

16. Observatoire national du suicide (2016, février). *Suicide – Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives* (2^e rapport). Paris, France. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>.

17. Volant, É., *op. cit.*

18. Rameix, S. (2016, juin). *Fondements philosophiques de l'éthique du soin*. Communication à l'université d'été de l'Espace éthique de l'AP-HP.

mettre fin à ses jours ou à soi-même. L'entourage du patient, notamment les soignants, a également droit au respect de sa propre autonomie et à la préservation de son bien-être. L'éthique recommande de ne pas exiger d'eux des actions qui menaceraient leur intégrité morale, psychologique, affective et professionnelle.

Selon Éric Volant¹⁹, « la question éthique n'est pas de savoir si la mort est un droit qu'une personne en détresse physique ou morale peut revendiquer, mais plutôt de savoir si la mort librement choisie peut être, dans certaines circonstances, un bien et non pas un mal ». Dès lors, il convient de s'interroger sur les caractéristiques des sociétés qui font préférer à une proportion importante de leurs membres la mort à la vie, en lien avec le troisième (ou quatrième) grand principe de la bioéthique, celui de la justice. En effet, selon Maurice Halbwachs, « le nombre des suicides peut être considéré comme une sorte d'indication thermométrique qui nous renseigne sur l'état des mœurs, sur la température morale d'un groupe »²⁰.

1.2. Comportements suicidaires, éthique et société

Émile Durkheim liait degré d'intégration d'une société et prévalence du suicide : « Le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration de la société religieuse, de la société domestique ou de la famille, et de la société politique ou de la nation. »²¹ Cette analyse trouve un écho dans celle de Daniel Ramirez²², pour qui nos sociétés seraient caractérisées par une compétition forcenée pour les premières places, auxquelles, par définition, tout le monde ne peut prétendre. Elles seraient, symétriquement, inhospitalières pour les plus vulnérables, qui se verraient dans l'incapacité de trouver leur place, y compris sous la forme minimale consistant à bénéficier d'une écoute attentive, et seraient ainsi conduits à mettre fin à leur jour. Quelques principes fondamentaux pour la prévention du suicide sont à rappeler :

- le principe de justice doit être appliqué dans les actions de prévention du suicide, en traitant toutes les personnes ayant un comportement suicidaire avec un égal respect et une égale bienveillance, et en leur proposant le même accès aux soins, quelle que soit leur situation, y compris dans les lieux de privation de liberté ;
- il est souhaitable d'œuvrer, comme le font les associations, « à la construction et à la mise en place de lieux et de formes au sein desquelles et à la faveur desquelles nous pouvons échapper, fût-ce temporairement, à la pression séparatrice, isolante, de la compétition et de la performance »²³ ;

19. Volant, É., *op. cit.*

20. *op. cit.*

21. Durkheim, É. (1897). *Le Suicide : étude de sociologie*. Paris, France : Félix Alcan.

22. *La philosophie de l'écoute*. Communication aux Journées nationales pour la prévention du suicide, 2016.

23. Peter, H. B., Möslé, P. (2003). *Suicide. La fin d'un tabou*. Genève, Suisse : Labor et Fides.

- une attention toute particulière doit être accordée à la manière dont on traite les enfants, individus vulnérables et dignes de respect, qui construisent, dans l'interaction avec leur environnement et notamment les parents, leur résilience future ;
 - il convient de s'interroger systématiquement sur les actions de postvention souhaitables et possibles, dans l'environnement familial comme professionnel.
- Enfin, la manière dont les suicides sont présentés dans les médias – et les collaborations possibles avec eux permettant, dans le respect de leur liberté d'expression, une présentation des faits susceptible de limiter les effets de contagion – constitue également une question importante pour la prévention du suicide.

1.3. Le lien entre prévention du suicide et suicide assisté : quels enseignements des exemples étrangers ?

Dans la loi française, le droit de mourir constitue un droit-liberté (on est libre de se donner la mort) mais pas un droit-créance (on ne peut exiger une aide à mourir). Comme indiqué précédemment, l'Observatoire se préoccupe de la situation de personnes qui ne sont pas en fin de vie, et sont, pour la plupart d'entre elles, physiquement en mesure de mettre fin à leurs jours. Il est néanmoins important de s'intéresser aux implications d'un droit-créance à mourir, dans les pays qui l'ont mis en place, sur la prévention du suicide. En effet, dans les pays où l'aide médicale au suicide ou le suicide assisté, voire l'euthanasie, sont légalement autorisés ou en débat, des inquiétudes apparaissent quant à la difficulté de la prévention du suicide dans ce cadre.

L'association québécoise de prévention du suicide a souligné en 2013²⁴ que si l'aide médicale au suicide, le suicide assisté et l'euthanasie deviennent des options possibles, le suicide risque de devenir collectivement accepté et ainsi d'être plus facilement envisagé comme une option possible. Or, la prévention du suicide vise justement à lutter contre cela en montrant aux personnes en détresse que d'autres issues sont possibles. Deux situations peuvent induire un risque de dérive : lorsque la personne qui demande qu'on l'aide à mourir souffre de troubles psychiques ou psychiatriques qui peuvent altérer sa perception et lorsque la personne envisage de mourir pour des questions existentielles²⁵. Or, dans les pays du Benelux et en Suisse (pays ayant autorisé le suicide assisté ou l'euthanasie), certaines dérives sont observées. Des médecins acceptent de fournir un produit létal à des personnes souffrant de troubles psychiatriques, sans nécessairement connaître leur parcours

24. Association québécoise de prévention du suicide (octobre 2013). *Aide médicale à mourir et prévention du suicide*. Mémoire portant sur le projet de loi n° 52 concernant les soins de fin de vie. À consulter sur : www.aqps.info/media/upload/2_M%C3%A9moire_AQPS_Projet_loi_52.pdf

25. Claeys, A. et Leonetti, J. (2014, décembre). *Contributions à la réflexion sur les nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*. À consulter sur : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000166.pdf

de vie (c'est souvent la première fois qu'ils rencontrent la personne) et sans solliciter un avis psychiatrique²⁶.

2. Les associations d'écoute

2.1. Le rôle des associations de prévention du suicide et d'aide à distance : intervenir ou non en cas de crise suicidaire d'un appelant ?

Après avoir rappelé que d'autres associations d'écoute ont des approches différentes, Jean-Pierre Igot présente les modalités d'action de l'association SOS Amitié pour prévenir le suicide. Les caractéristiques de l'écoute y sont formalisées dans une charte :

- bénévole, l'écouter adopte un point de vue profane afin que l'appelant ne se sente pas dans une position de patient ;
- non directive, pour construire un espace où la parole peut se libérer sans contrainte, ni réserve ;
- fondée sur l'empathie et la bienveillance : il s'agit d'entendre la détresse sans la juger ni la culpabiliser ;
- anonyme, les échanges sont confidentiels.

SOS Amitié présume que chaque personne a en elle-même les ressources nécessaires pour dépasser son mal-être et que le fait de nommer le problème va permettre de le circonscrire.

Ces principes d'écoute ont pour corollaire l'absence de conseils et de prise en charge, à l'exception des appels évoquant explicitement ou non des pensées suicidaires. Dans ce cas, les écoutants rappellent l'existence de dispositifs d'aide.

Des réflexions sont en cours au sein de l'association pour répondre aux questions suivantes :

- Face à l'irruption d'un nouveau public de jeunes (via le chat), l'aide proposée est-elle bien adaptée²⁷ ?

26. Kim, S.Y., De Vries, R.G., Peteet, J.R. (2016, avril). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73 (4).

Olié, E., Courtet, P. (2016, août). The controversial issue of euthanasia in psychiatric patients. *JAMA Psychiatry*, 306 (6).

27. Cette question rejoint les interrogations soulevées par la recherche de Romain Huët (voir la partie Avancement des travaux).

- Quelle attitude adopter face aux appels répétés correspondant finalement à une forme de suivi ?
- Comment mieux articuler l'action de l'association avec les autres services impliqués dans la prévention du suicide ?

2.2. Revue de littérature sur les dispositifs de prévention et d'aide à distance

Pour rendre compte de la diversité des modes d'action en matière de prévention du suicide, Enguerrand du Roscoät (Santé publique France) apporte quelques éléments de réflexion sur la manière d'envisager l'aide à distance par la mise en place de programmes d'intervention.

Dans le cadre de ses travaux avec les associations d'écoute préventive, l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (Inpes, aujourd'hui fusionné au sein de Santé publique France) avait mené en 2009 une revue de littérature, réactualisée en 2013-2014, sur les dispositifs de prévention et d'aide à distance. Les résultats tendent à montrer un bénéfice attendu des lignes d'appels téléphoniques, notamment sur la baisse des taux de suicide et sur la diminution des pensées suicidaires imminentes.

Deux dispositifs ont été évalués comme susceptibles de réduire les taux de suicide observés en population générale :

- le recontact des patients sortis de l'hôpital après une tentative de suicide ;
- la mise en place de deux types de dispositifs envers les personnes âgées : un service d'appels d'urgence et un dispositif de suivi consistant à rappeler les personnes pour prendre de leurs nouvelles.

Des travaux anglo-saxons ont, par ailleurs, montré qu'il pouvait y avoir plusieurs types de pratiques d'écoute adaptées à différents profils d'appelants.

3. Risque suicidaire : quelles pourraient être les conditions d'une levée du secret médical ?

Jean-Pierre Soubrier (GEPS) rappelle les circonstances du crash de l'avion de la Germanwings du 14 mars 2015 qui avait été l'occasion d'un débat public sur la confidentialité médicale et les limites de la prévention du suicide. Le rapport du Bureau d'enquêtes et d'analyses (BEA) pour la sécurité de l'aviation civile du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, établi en mars 2016, a permis d'établir que le copilote, ayant précipité son avion dans les Alpes du Sud et provoqué la mort de 149 personnes, avait prémédité son geste. Ce rapport informait sur ses antécédents psychiatriques : épisodes dépressifs depuis 2008, consultations psychiatriques entre 2009 et 2014, hospitalisation suggérée sur présomption de symptôme psychotique en décembre 2014, plusieurs arrêts de travail soumis au centre aéromédical de la Lufthansa, admission dans un service psychiatrique pour un possible épisode psychotique le 10 mars 2015. Le jour du crash, le copilote était en arrêt de travail mais la compagnie n'en avait été informée ni par l'intéressé ni par les médecins.

Face à un tel évènement se pose la question de savoir si ce drame aurait pu être évité et, de façon plus générale, quelles sont ou pourraient être les conditions de levée du secret médical en cas de risque suicidaire.

La condition idéale devrait être légale, permettant la levée du secret médical en fonction des facteurs de décision comme la prédictibilité de l'acte après analyse comparative des facteurs de protection et de risque existants, et sa dangerosité en cas de responsabilité publique (aviation, transport ferroviaire, sécurité nucléaire...).

Jean-Pierre Soubrier rappelle ensuite les conditions actuelles d'application du secret médical et analyse différents aspects avec lesquels ce principe s'articule ou entre en contradiction avec d'autres obligations légales.

Actuellement, le secret médical est général et absolu sans aucune exception, et sa levée peut entraîner une lourde condamnation. Il comprend deux aspects, le respect de l'intérêt du patient et le maintien de la confidentialité entre le patient et son médecin, qui peuvent se révéler contradictoires en cas de risque suicidaire. Cependant, Jean-Pierre Soubrier estime que, le suicide n'étant pas une maladie nosologiquement définie, il ne relève pas uniquement du secret médical. De nombreux auteurs considèrent, en effet, que le suicide est un acte moral, non pathologique, lié à un malaise social.

La discussion autour de la possibilité de levée du secret médical amène à préciser la notion de confidentialité, qui ne concerne pas uniquement le médecin mais

également le personnel de santé quel qu'il soit, du secteur social et médico-social. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit la notion de secret professionnel partagé, qui implique le recueil du consentement du patient pour tout échange d'information concernant la prise en charge de celui-ci. En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches ou la personne de confiance soient informés pour qu'ils apportent un soutien direct à la personne malade, sauf opposition de sa part.

Le respect du secret médical se heurte cependant à d'autres principes du droit français, relevant du Code pénal ou du Code de la santé publique. Ainsi, le secret médical peut *a priori* être levé pour éviter de tomber sous le coup de l'article 223-6 du Code pénal, sanctionnant la non-assistance à personne en danger, cette notion pouvant très bien se discuter dans le cadre d'un risque imminent de suicide. Une autre condition de levée du secret médical se présente en cas du refus de soins et d'une dangerosité d'acte suicidaire. La loi prévoit, en effet, une réponse à cette situation avec l'obligation de soins et le placement non-volontaire dans un établissement de soins, avec ou sans le recours de la force publique, qui repose sur la notion de dangerosité pour soi-même et pour autrui. Il existe une réserve dans l'application de ce dispositif légal, qui ne doit pas être uniquement une mesure d'enfermement mais aussi de protection. Cette notion de dangerosité devrait pouvoir être reconnue pour tout personnel exerçant une profession de responsabilité publique, comme le recommande le BEA pour la sécurité de l'aviation civile.

À la notion de secret médical s'ajoute la notion de consentement préalable à la levée du secret médical, qui consiste à demander à la personne suicidaire, ou récemment suicidante, l'autorisation de lever le secret de son intentionnalité. Cette demande comporte un risque pour l'interlocuteur (soignant, aidant ou écoutant) de rompre la relation de confiance.

Au-delà de la question de la levée du secret médical, le drame du meurtre-suicide du copilote allemand soulève celle de la transmission d'un arrêt de travail en cas de désordre mental grave et d'un risque de suicide ; celle-ci ne peut en effet se faire qu'avec l'accord de la personne.

Il semble exister un consensus mondial sur le recours aux mesures de placement en milieu hospitalier spécialisé dans le cas d'un refus de soins ou d'un risque suicidaire majeur imminent. En outre, au niveau international, les exceptions au secret médical sont possibles en matière criminelle, c'est-à-dire en cas de projet d'homicide ou d'homicide accompli, les autres conditions permettant sa levée variant selon les pays.

L'exception en matière civile concernerait uniquement la dangerosité automobile au Canada ou en Suisse, associée donc à la sécurité routière et la prévention du suicide. En Allemagne, à la suite du crash de l'avion de la Germanwings, une proposition de loi serait à l'étude au Parlement permettant à un médecin d'informer l'employeur en cas de dangerosité (suicide ou autre).

En Belgique (Wallonie), en juin 2016, le Conseil supérieur de la santé a formulé des recommandations sur la protection des personnes suicidaires présentant un danger pour elles-mêmes, avec la possibilité légale de mise en observation, terme plus souple que celui du placement en institution. Ce dispositif ne nécessite pas d'obtenir un consentement aux soins.

En Pologne, Elwira Marszalkowska-Krześ, professeur de droit de l'université de Wrocław, indique dans une publication récente (voir références bibliographiques *infra*) qu'en cas de menace pour la vie d'une personne ou d'autrui, la violation du secret professionnel peut être différente entre les médecins généralistes et les psychiatres.

En conclusion, Jean-Pierre Soubrier cite Claude Jacquinot, conseiller à la Cour d'appel de Paris, au sujet de la polémique autour de la publication du livre *Suicide, mode d'emploi*²⁸ : « Le devoir d'humanité le plus élémentaire est celui de porter secours. Antoine Loisel (juriste du XVI^e siècle) disait : "Qui peut et n'empêche, pêche." Cette obligation naturelle et juridique s'impose à tous. »

Références bibliographiques sur les conditions d'une levée du secret médical

- **Blachère, P.** (1986). De la morale médicale à l'éthique. *Psychologie Médicale*, 18 (6), 869-870.
- **Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile** du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (2016). *Accident survenu le 24 mars 2015 à Prads-Haute-Bléone (04) à l'Airbus A320-211 immatriculé D-AIPX exploité par Germanwings*. Rapport final. Disponible sur https://www.bea.aero/uploads/tx_elydbrapports/BEA2015-0125-LR.pdf
- **Collège des médecins du Québec** (2016, février). *Le geste suicidaire : expression systématique d'un refus de traitement ?* Avis du groupe de travail en éthique clinique.
- **Limat, P. et al.** (1986). Suicide et secret professionnel. *Psychologie Médicale*, 18 (6), 937-938.
- **Marszalkowska-Krześ, E.** (2015). Professional confidentiality applicable to psychiatrists. *Psychiatria Polska*, 49 (3), 641-648. doi : 10.12740/PP/43445

28. Guillon, C., Le Bonniec, Y. (1982). *Suicide, mode d'emploi*. Paris, France : Alain Moreau.

- **Motto, J. A.** (1983, décembre). Clinical implications of moral theory regarding suicide. *Suicide and life threatening behaviour*, 13 (4), 304-312. doi : 10.1111/j.1943-278X.1983.tb00026.x
- **Soubrier, J.-P.** (2016). Self-crash murder-suicide : Psychological autopsy essay and questions about the Germanwings crash. *Crisis*, 37 (6), 399-401. doi : 10.1027/0227-5910/a000453
- **Soubrier, J.-P., Vedrinne, J.** (1987). Can the law help ? *Combined Proceedings 20th AAS Annual Meetings and 19th IASP International Congress, San Francisco*.
- **Soubrier, J.-P.** (1986). Éthique et suicide : Introduction à la 17^e réunion du GEPS. *Psychologie Médicale*, 18 (6), 835.
- **Soubrier, J.-P.** (1982). Étude psychiatrique légale du suicide. *Annales médico-psychologiques*, 140 (2), 177-192.
- **Szasz, T. S.** (1980). The ethics of suicide. Dans Battin, M. P., Mayo, D. J. (dir.), *Suicide : The philosophical issues* (p.185-198). New-York, États-Unis : St. Martin's Press.
- **Vedrinne, J.** (1982). Suicide, Loi et position du médecin. In Vedrinne, J., Quenard, O., Weber, D. (dir.), *Suicide et conduites suicidaires : Aspects cliniques et institutionnels* (t. II, chap. VII, p. 253-264). Paris, France : Masson.
- **Wedler, H.** (1994). Controversial issues in the ethics and limitation of suicide prevention. *Crisis*, 15 (2).

4. À la lumière des exemples étrangers, comment l'évolution de la législation sur la fin de vie peut-elle avoir un effet sur la prévention du suicide ?

4.1. Assistance médicale au suicide : quelle position pour le psychiatre ?

Françoise Chastang (CHU de Caen) rappelle que les frontières entre euthanasie, assistance médicale au suicide et sédation profonde sont poreuses. Elle propose d'analyser ces actions à la lumière des expériences étrangères. Elles sont fondées sur la même intention de soulager, selon le principe de la dignité. La question des raisons invoquées lorsque les patients expriment une demande de fin de vie médicalisée est peut-être un grand défi des années à venir, avec une progression des indications de souffrance existentielle. Ceci va dans le sens d'une considération égale pour les souffrances psychiques et physiques, et d'une dimension subjective dans les symptômes réfractaires²⁹.

29. Le symptôme réfractaire est défini comme tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

Concernant les arguments cliniques sur la façon de répondre à une demande médicale de fin de vie, il s'agit de savoir que toute demande est fondée sur le désespoir d'une personne, de reconnaître ce qui peut être curable, et de soigner ce qui peut et doit l'être. Les psychiatres seront de plus en plus sollicités vis-à-vis de ces demandes de fin de vie en augmentation. Le risque est un possible glissement, les psychiatres pouvant ainsi être détournés de leur rôle consistant à traiter la souffrance mentale et à proposer d'autres options que la fin de vie. Il faut également reconnaître si les troubles mentaux sont susceptibles d'altérer l'autodétermination, et de s'interroger sur la réversibilité de la demande.

En Belgique, les profils de patients demandant une fin de vie pour raison psychiatrique sont différents de ceux qui la demandent pour une raison somatique : âge moyen plus bas, plus grande proportion de femmes, troubles dépressifs et troubles de la personnalité. La moitié des demandes fondées sur des raisons psychiques sont considérées comme recevables : 73 % donnent lieu à des euthanasies et 23 % des personnes changent d'avis. En Suisse, 16 % des assistances médicales au suicide sont liés à des demandes existentielles. Aux Pays-Bas, 26 % de la population accepteraient le principe d'une fin de vie médicalisée en dehors de tout motif médical. Les euthanasies représentent 4 % des décès et 1 % des euthanasies concerne des problèmes psychiatriques (dépression, troubles de la personnalité, conduites suicidaires répétées).

En conclusion, dès l'instant où un pays légifère sur une fin de vie médicalisée, il modifie la relation médecin/malade. Il devient alors nécessaire de redéfinir l'acte médical.

4.2. La jurisprudence comme reflet de l'évolution de la société (exemple du Canada)

Gabrielle Pilliat (université d'Ottawa) se propose d'illustrer le lien possible entre la législation sur la fin de vie et la prévention du suicide en prenant l'exemple du Canada, dans une approche historique.

À vingt ans d'intervalle, deux drames personnels illustrent l'évolution que le Canada a connue en matière d'encadrement légal de la fin de vie. En 1993, Sue Rodriguez est déboutée de sa demande pour obtenir ce qu'elle considère comme le droit à mourir dans la dignité, après avoir fait appel devant la Cour suprême du Canada des décisions des juridictions de premier recours. En 2015, la même instance donne raison à Gloria Taylor qui bénéficie d'une exemption constitutionnelle lui permettant d'être aidée à mourir par un médecin. En 2016, le projet de loi C14 précise les conditions nécessaires d'obtention de cette aide légale à mourir : être affecté de problèmes

graves et irrémédiables avec une mort naturelle raisonnablement prévisible, être Canadien, être majeur, être capable de fournir un consentement libre et éclairé, et fournir une demande de manière volontaire et libre de contraintes.

Cette évolution de la législation canadienne sur la fin de vie s'inscrit dans le cadre de plusieurs lois récentes, et de changements sociétaux profonds (apparition de maladies chroniques, médicalisation de la prise en charge des malades, développement de l'acharnement thérapeutique, etc.), accompagnés d'un changement de rôle du médecin, devenant référent et se situant au centre du dispositif législatif.

Concernant le lien entre suicide médicalement assisté (SMA) et suicide, on constate que les caractéristiques des personnes qui demandent le SMA sont très spécifiques et différent de celles des personnes qui se suicident. Ces personnes ont entre 60 et 85 ans, sont peu religieuses, majoritairement de race blanche et avec un haut niveau d'étude, plus souvent des femmes, généralement atteintes de cancers ou de maladies neuro-dégénératives graves comme la sclérose amyotrophique latérale. Leurs motivations sont la souffrance physique, la peur de perdre leur qualité de vie et une douleur existentielle qui n'aurait pas été entendue par le médecin. Leurs motivations sont donc stables et spécifiques, contrairement à celles de nombreuses personnes qui se suicident. Il est ainsi difficile de passer d'un phénomène à l'autre.

Peu d'études ont tenté d'analyser le lien entre législation sur la fin de vie et prévention du suicide, et celles qui l'ont fait aboutissent à des conclusions opposées. En l'absence de certitude, il convient de rester vigilant et d'encourager les travaux de recherche.

4.3. Du droit de vivre dignement

Michel Debout (CHU de Saint-Étienne) relève qu'être favorable à la prévention du suicide ne signifie pas être contre le suicide. Tout un chacun peut être amené à penser que le suicide est une possibilité laissée à tous, résultat du choix réfléchi d'un individu libre. De la même façon, on peut considérer que le suicide n'est en réalité que la marque d'une grande souffrance qui nécessite une écoute préventive. Mais il estime que la société se doit d'abord de considérer le droit de vivre dans la

dignité, avant de se poser la question du droit de mourir. S'il devient facile de se départir de la vie, quelle est sa valeur ? L'Observatoire national du suicide doit être le premier défenseur de la vie et de la qualité de vie humaine.

En discussion, Jean-Pierre Soubrier souligne que la suicidologie n'est pas favorable à la notion de suicide médicalement assisté.

Complément • Communiquer sur le suicide : à enjeu éthique exceptionnel, responsabilités singulières

Charles-Édouard Notredame¹, Pierre Grandgenèvre¹, Nathalie Pauwels²,
Thierry Danel^{1,2}, Guillaume Vaiva^{1,2}, Michel Walter³

Cet article n'engage que les auteurs.

1. De quoi parle-t-on ?

1.1. La force pragmatique du contenu médiatique

Tout acte de communication, lorsqu'il est activement et consciemment posé, porte en son sein le substrat de ce qui fait la complexité de la question de la liberté. La révélation, la commination, la proposition, la dénonciation, l'évocation, sont souvent considérées comme le fruit d'une pensée inaliénable, emblème de la dignité humaine, parce qu'elle représente la dernière enclave insoumise même lorsque le corps est sous le joug de l'oppression. Mais dans le même temps, l'acte de communication ne saurait se défaire de sa force pragmatique, de son empreinte sur le réel, de sa capacité à changer, faire changer, empêcher ou prévenir. Or, cette dimension pragmatique est à la fois une forme de consécration de la liberté de soi et une entaille nécessaire dans la liberté d'autrui, car si ce que je dis infléchit la réalité dans le sens de mon énonciation, cela le fait au détriment des expressions possibles de l'autre (1).

Ces questionnements propres à la communication et à la liberté ne s'arrêtent évidemment pas aux échanges entre individus. Ils concernent tout autant, si ce n'est plus, les situations d'énonciation intransitives qui sont le propre des pratiques journalistiques. Si les journalistes n'interpellent pas un individu en particulier, s'ils ne s'adressent pas à une personne singulière, ils n'en gardent pas moins leur force pragmatique démultipliée par le fait qu'elle s'imprime au double niveau individuel et social. Tout message envoyé par les médias a, en effet, des conséquences plus ou moins directes sur le lecteur, l'auditeur ou le téléspectateur en tant qu'individu ainsi que sur le groupe social auquel il appartient. Même s'il ne se commue pas en action concrète, le savoir – même infime – auquel donnent accès les médias procède d'après nous d'une trame pragmatique irréductible par laquelle le journaliste agit au moins *a minima* sur son auditoire. Et de fait, cette trame de force pragmatique minimale qui le relie à son auditoire l'oblige aussi à sa responsabilité.

1. CHRU de Lille, pôle de psychiatrie et médecine pénitentiaire.

2. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale, Hauts-de-France.

3. CHRU de Brest, pôle de psychiatrie, université de Bretagne-Occidentale (UBO).

La question sensible qui en découle – « le journaliste est-il donc libre de tout dire ? » – ne relève pas de notre compétence de cliniciens. Sans chercher à répondre, nous tâcherons de la mettre en perspective en traitant de ce qui nous intéresse plus directement, à savoir les enjeux qu'il y a pour un journaliste à dire ou à écrire sur le sujet du suicide.

1.2. La liberté, enjeu fondamental mais complexe

Rappelons que ce qui fonde le droit des journalistes à s'exprimer ne leur est pas propre. En effet, dans toute société démocratique, la liberté d'expression est érigée en droit fondamental et inscrite comme telle dans les textes constitutifs : article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, article 19 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme. La liberté d'expression n'est pas propre aux journalistes mais elle revêt pour eux une importance particulière, ne serait-ce que parce qu'elle est la condition même de leur existence autant que l'essence de leur fonction. Plus encore, elle est chez eux érigée en emblème. En plus d'être liberté d'expression, elle représente aux yeux de la société la possibilité de disposer de cette liberté. Aussi les journalistes campent-ils le rôle plus ou moins reconnu d'émissaire à qui chaque membre social peut déléguer symboliquement sa propre potentialité à dire ou questionner sans entrave.

Cette spécificité, le droit français la reconnaît en sanctuarisant la liberté de la presse par la loi du 29 juillet 1881, renforcée en janvier 2017 [2]. Or la formulation même de cette loi mérite attention, car c'est précisément avec le paradoxe que nous avons évoqué plus haut qu'elle compose. Dans un premier temps, elle institue et protège une liberté qui semble ne pas devoir souffrir la contradiction : il s'agit bien de l'avènement d'un droit inaliénable. Et pourtant, dans un deuxième temps qui n'est en fait que le prolongement très étroit du premier, elle referme ses possibles en mettant cette liberté tout juste affirmée sous conditions : un journaliste a le droit absolu de s'exprimer sauf s'il s'agit de diffamer, d'injurier, de discriminer, d'inciter à la haine ou d'attenter à la protection des mineurs. Ce faisant, la loi fixe les paradoxes de la notion même de liberté lorsqu'elle s'inscrit dans la trame sociale. En reconnaissant les conséquences très concrètes et potentiellement préjudiciables que les écrits journalistiques sont susceptibles d'avoir, la loi protège à la fois la liberté de la presse mais elle protège aussi de la liberté de la presse.

Par conséquent, tout discours relatif à la liberté des médias devrait traiter, dans le même mouvement, et sous peine d'idéologisation, de leur liberté d'expression et de l'empreinte qu'ils laissent sur la liberté de leur audience. Reconnaître ce lien dynamique complexe qui unit une société à son corps médiatique, c'est instituer le rôle social du journaliste.

Le lien de covariance entre liberté du journaliste et liberté du lecteur/auditeur/télespectateur est complexe pour plusieurs raisons. Du côté du journaliste, l'esprit de la liberté de la presse voudrait que les contingences sociales n'aient pas barre sur leurs facultés d'expression. En d'autres termes – et c'est ainsi que la Charte de déontologie de Munich, qui fixe les droits et devoirs du corps journalistique, le mentionne [3] – le journaliste se doit d'être indépendant. D'ailleurs, la loi française prévoit des dispositions pour protéger, voire encourager cette indépendance : interdiction de la concentration des organes de presse, aides au maintien du pluralisme, à la diffusion, etc. Mais là encore, si un cadre légal et un appui étatique sont nécessaires à préserver l'indépendance journalistique, c'est bien que celle-ci ne porte en elle-même aucune évidence. L'information ne devrait être emportée que par sa logique propre. Elle devrait être force de résistance face à la corruption et aux pressions. Mais aujourd'hui, les pressions sont plus insidieuses, infiltrantes et parfois même inévitables parce que structurales. Les intrusions et collusions politiques, les intimidations idéologiques, l'actionnariat, les impératifs économiques, la force des lobbys sont autant de menaces contre lesquelles il faut lutter, mais qui colorent nécessairement la logique de l'information, ne serait-ce que par les marques « en négatif » que laisse cette lutte. À en croire le classement Reporters sans frontières, la problématique est particulièrement prégnante dans l'Hexagone [4]. En quinze ans, la France a rétrogradé de 34 places au classement des indices de liberté de la presse, occupant en 2016 le 45^e rang derrière le Burkina Faso et le Botswana. Indépendance et liberté sont-elles deux notions tout à fait superposables ? Pour le dire autrement, l'aliénation est-elle réductible aux contingences et aux déterminismes ? Ou alors ne faut-il pas voir que la liberté réside aussi dans la capacité de composer avec ces contingences ? Être libre de s'exprimer, est-ce nécessairement synonyme d'être délivré de toute contrainte à le faire ou n'y a-t-il pas aussi une forme de liberté à composer avec les contraintes, c'est-à-dire à accepter les contraintes qui sont inévitables ou nécessaires pour mieux s'ériger contre celles qui sont injustes et injustifiées ?

1.3. Représenter, se représenter ou transmettre des représentations

Du côté de l'audience, la question de la liberté est aujourd'hui caractérisée par la crise de confiance que connaît la société française à l'endroit des journalistes. La question se pose, qui prendra toute son importance en ce qui concerne le suicide, de savoir si les médias ne sont qu'un canal de diffusion d'une information voulue purement factuelle, ou s'ils participent au « travail », à la modulation de cette information ? Traduite dans le champ des sciences de la communication, l'interrogation devient : les médias ne font-ils qu'entretenir des représentations collectives par le relais qu'ils en font, ou participent-ils à façonner, voire à générer ces représentations au sein du corps social ? Parmi les chercheurs et les professionnels, les deux positions, dont les implications éthiques sont très concrètes, peinent à être

dialectisées. Sans prétention à l'arbitrage, nous nous contenterons de les rapprocher de la notion d'empreinte minimale sur la réalité que nous avons soulevée plus haut. Même s'il se veut d'une objectivité et d'une impartialité parfaites, le journaliste et la rédaction à laquelle il appartient opèrent des choix à chaque étape du processus de production de l'information : choix du sujet à traiter, de l'angle d'approche, des mots, des tournures, du style d'écriture, de la titraille, choix des personnes interviewées, du placement, de la temporalité et du mode de diffusion. Qu'ils soient conscients ou non, ces choix conduisent inévitablement à ce que les productions journalistiques revêtent un double niveau de lecture. Comme dans toute structure communicationnelle, le niveau strictement informatif (ou niveau digital), se voit augmenté d'un niveau implicite, davantage sujet à l'interprétation, que l'on peut qualifier de niveau analogique (5). Le contenu analogique est celui qui se lit « entre les lignes », qui renvoie le lecteur à certaines impressions, images ou idées à propos d'un sujet pourtant traité de manière factuelle. Or, il nous semble que ce contenu latent qui échappe en partie au journaliste constitue sa contribution minimale au travail des représentations sociales. Une contribution qu'il pourra amplifier, moduler et investir variablement selon ses choix (les éditorialistes et les faits-diversiers représentent deux opposés à cet égard), mais à laquelle il ne pourra jamais se soustraire tout à fait. Par la force de ce contenu analogique, le lecteur pourra consciemment ou inconsciemment interpréter des intentions qu'il supposera au journaliste ou s'en trouver affecté dans ses représentations. À travers la notion de modèle implicite (6), c'est donc à nouveau les notions d'empreinte sur la réalité, de liberté du lecteur en lien avec celle du journaliste et de responsabilité de ce dernier qui se trouvent nouées autour du travail médiatique.

2. Traitement médiatique du suicide : le vif sujet

Aussi général ou digressif qu'il puisse paraître, le développement précédent nous semble être un prérequis indispensable pour comprendre les enjeux éthiques qu'il y a à traiter du suicide, et surtout à essayer d'infléchir la pratique journalistique sur ce sujet. Car la couverture médiatique d'un fait divers suicidaire a ceci de particulier qu'elle donne l'exemple de façon immédiatement tangible de la force pragmatique de l'information et cristallise autour d'un sujet sensible les questions de liberté, de responsabilité et d'indépendance.

L'enjeu éthique n'a pas d'équivalent dans la pratique journalistique. Par le biais de l'effet Werther³⁰, chaque article, chaque émission, chaque reportage touchant à la question du suicide risque d'inciter des personnes vulnérables à se donner la mort (7). Certes le mécanisme par lequel cette « contagion » survient reste à éclaircir,

30. L'effet Werther désigne le fait que la couverture médiatique d'un fait suicidaire pourrait être responsable d'un phénomène de contagion chez des personnes déjà vulnérables.

mais le lien de causalité ne fait plus guère de doute (8). Même lorsqu'ils se forcent à la neutralité et à l'objectivité, les journalistes sont le plus souvent conscients des effets collatéraux que leurs productions sont susceptibles d'avoir, ne serait-ce que par la trame pragmatique minimale que nous évoquions plus haut. Mais jamais ces effets incidents ne sont aussi systématiques, aussi concrets et aussi graves que lorsqu'ils traitent du suicide. Si bien que la découverte de l'effet Werther tombe souvent pour les journalistes comme une sentence. C'est un lien auquel ils ne peuvent se dérober, qui engage leur responsabilité, interpelle leurs principes moraux et déontologiques et les oblige à un positionnement éthique clair.

2.1. L'écueil du scotome

En apparence, le positionnement le plus simple serait celui de la rétractation, voire de la soustraction. Avant même d'avoir connaissance des effets de contagion, beaucoup de journalistes disent leur inconfort à devoir se confronter à ce sujet qui les bouscule autant que n'importe quel citoyen. Apprendre que leurs productions sur le suicide pourraient être susceptibles de mettre la vie de certains de leurs lecteurs/télespectateurs/auditeurs en danger a souvent pour effet de les dissuader tout à fait d'en traiter. Perçu comme exceptionnellement contraignant, l'enjeu éthique de l'effet Werther semble alors pousser à l'autocensure, alors même que la liberté d'expression est ardemment défendue. Et de fait, voir disparaître le suicide des fils d'actualité aurait pour conséquence indubitable de couper court à l'effet Werther – du moins à celui attribuable aux médias professionnels. Si tant est que cela soit même concevable, entretenir un tel point aveugle serait-il néanmoins réellement opportun ? Nous soutenons le contraire. En effet, il y aurait d'après nous un double écueil à occulter le suicide, dans ce que l'on pourrait appeler un scotome³¹ médiatique.

Écueil journalistique d'abord, car le suicide est un phénomène dont les dimensions sanitaires, expérientielles ou philosophiques dépassent largement la seule portée individuelle. Si l'on se réfère à la sociologie durkheimienne, le suicide est même l'exemple paradigmatique de l'objet social (9). En tant que tel, les journalistes sont légitimes à le renvoyer sur la scène sociale, à en faire un sujet public. Nous irions même jusqu'à dire qu'ils seraient assez mal avisés de ne pas le faire. D'une part parce que ce serait nier sa valeur signifiante, celle par laquelle la violence du geste se fait révélatrice voire dénonciatrice d'un malaise sociétal au-delà du seul malaise individuel. D'autre part, parce que le devoir du journaliste que nous évoquions plus haut à conférer ou à restituer à son auditoire des degrés de libertés analytiques apparaît encore plus impérieux sur un sujet aussi profond et sensible que le suicide.

Écueil sanitaire ensuite, car si la censure annulerait le problème de la suggestion par les médias, elle en ferait naître d'autres, bien plus sérieux et durables. En effet,

31. Le scotome est une amputation partielle du champ visuel, perçue ou non par la personne.

le silence est la source la plus sûre d'une stigmatisation dont on sait qu'elle mine le recours aux soins de ceux qui souffrent d'idées suicidaires (10). Refuser de parler du suicide, ce serait instituer un interdit implicite que chacun pourrait faire sien : les aidants potentiels en engourdissant leur vigilance aux signaux d'alerte de leurs proches et en paralysant leur capacité à y répondre, les décideurs en les dédouanant d'investir les efforts que la gravité de la problématique réclame, les personnes en souffrance, surtout, en les dissuadant d'évoquer leur détresse et de demander de l'aide.

2.2. Traiter du suicide : une injonction éthique

À ce stade, le journaliste à qui il est demandé de couvrir une pendaison sur un lieu public pourrait se sentir acculé. D'un point de vue moral et philosophique, l'effet Werther rend difficilement acceptable le manque de discernement au moment de traiter du suicide. Dans le même temps, la déontologie et l'impératif d'utilité sociale excluent toute éventualité d'oblitération. En réalité, il nous semble que cette double contrainte implique davantage une injonction qu'elle ne mène à une impasse. Et l'injonction que le suicide fait au journaliste est celle de la voie tierce, du pas de côté. Pour ne pas avoir à se soumettre à l'indécidable, celui-ci n'a d'autre choix que de transposer la problématique. Non plus se poser la question « Doit-on parler du suicide ? » (question que les réseaux sociaux, sur lesquels les gestes et propos suicidaires abondent, rendent de toute façon caduque), mais plutôt « Comment bien parler du suicide ? ». L'inscription première sous le régime du qualitatif permet de clore toute hésitation quant à la pertinence de traiter des faits divers³² suicidaires en même temps qu'elle recentre le journaliste sur le cœur de sa fonction.

En se demandant « Comment vais-je traiter cette pendaison ? » avant même de se demander « Puis-je en traiter ? », c'est le champ de l'art journalistique qui s'ouvre dans toute son immensité : quel angle ? Quels mots ? Quel style ? Pour quel lecteur ? Dans quel but ? Un champ dans lequel le suicide exerce auprès du journaliste sa deuxième injonction : celle de l'exigence. Soumis à l'exceptionnelle sensibilité éthique du sujet, renvoyé au plus pur de ses responsabilités, le professionnel doit faire montre d'une application et d'une attention toutes singulières. Le suicide en appelle à son expertise, à son expérience et à sa sensibilité. Il les met à l'épreuve autant qu'il lui donne une occasion de les exprimer. Comme un défi lancé à ses compétences professionnelles, la tâche devient une stimulation. Et ce, d'autant plus que l'exercice ne porte pas seulement sur le contenu factuel qu'il y aura à restituer. Pour bien traiter du suicide (ou dans une sémantique moins moralisante, pour le traiter de façon responsable) il s'agit non seulement de prêter attention aux faits, à

32. On entend par fait divers un évènement de la vie qui n'est classable dans aucune des rubriques usuelles (politique, économie, internationale, nationale, etc.) du monde des médias.

la description objective et à la dénotation, mais aussi à ce qui n'est pas écrit et que le lecteur pourrait néanmoins comprendre ou interpréter.

2.3. Les figures implicites du suicide

Nous nous référons ici aux modèles de communication décrits plus hauts, fondés sur la distinction entre contenu digital (informatif) et contenu analogique (sujet à interprétation). En matière de suicide, il importe de prêter la même attention aux deux strates du discours, car l'effet Werther puise dans chacune d'elle. En tant que contenu informatif à proprement parler, la strate digitale est celle par laquelle un individu suicidaire pourrait se voir présenter des méthodes ou des lieux propices au passage à l'acte, ce qui aurait pour effet de le familiariser avec l'éventualité de son propre suicide (une disposition que les psychologues qualifient de « disponibilité cognitive ») [11]. Le niveau digital est aussi le niveau du style, qui colorera le récit d'une tonalité affective. Par la charge émotionnelle qu'il induira, un style ampoulé, dramatisant ou sensationnel aura pour effet d'éveiller l'attention et l'ap-pétence du lecteur. Mais par la même occasion, c'est la détresse induite chez les populations sensibles qui s'en trouve majorée, et donc l'impact que le contenu relatif au suicide aura sur eux [12]. La strate analogique est quant à elle moins docile, moins maîtrisable, plus volatile parce qu'à la fois dépendante de contingences non conscientes chez l'émetteur et tributaire des modalités interprétatives du récepteur. Le contenu analogique véhicule des messages implicites. Il n'énonce pas, il suggère, il évoque. Il est l'espace communicationnel de l'inférence : lorsque je lis qu'une personne âgée s'est suicidée en se précipitant de la fenêtre de sa maison de retraite, je ne me borne pas à me figurer la personne en question, mais convoque dans le même temps une image plus universelle (mais qui m'est propre) : celle de la personne suicidaire. Dans le creuset de mon système représentationnel, je me fais une idée de ce qu'est le suicide. Je l'infère depuis l'image qu'on me soumet, à la lumière de ma propre expérience. Cette idée, je pourrai ensuite m'y confronter, y chercher des similitudes ou des dissemblances avec ma propre situation, pour, le cas échéant, tendre à m'y conformer. C'est l'une des hypothèses sous-jacentes à l'effet Werther : chaque article de presse, chaque reportage, chaque émission traitant d'un fait divers suicidaire véhicule un certain modèle implicite du suicide auquel l'audience se réfère pour bâtir/consolider/modifier ses propres représentations [6]. Or les personnes en proie aux idées suicidaires sont particulièrement avides de ces modèles, qui fournissent des réponses préconçues à des questionnements existentiels souvent insoutenables. Dès lors, il y aurait un risque majeur à suggérer, à travers un sujet singulier que le journaliste aurait à dépeindre, que le suicide n'est finalement que l'issue d'un unique événement causal, qu'il est imprévisible ou inéluctable. Cette image mythique, largement répandue dans l'opinion publique, fournit un support identificatoire efficace et pernicieux pour ceux qui se sentent eux-mêmes sur la brèche. Efficace en ce que la simplification et la linéarisation causale qu'elle

propose permettent à chacun d'y reconnaître des éléments de sa propre situation (« Moi aussi j'ai des difficultés familiales », « Moi aussi, mon travail m'est pesant »). Pernicieux en ce que l'inélucltabilité du processus qu'elle suggère conduit à tirer des conclusions univoques : « Si moi aussi j'ai ce type de difficultés, et s'il n'y a d'autre choix pour soulager mes souffrances que de mettre fin à mes jours, alors je devrais peut-être suivre le même chemin que lui/qu'elle. »

2.4. Couvrir le suicide : informer ou communiquer ?

Couvrir le suicide de façon responsable impose au journaliste de travailler aux deux strates de son discours, en gardant toujours pour point de mire la lecture et l'interprétation que le lecteur vulnérable pourrait en faire. D'où la dernière injonction éthique que le suicide adresse aux professionnels des médias : celle de transposer son référentiel depuis celui de l'information vers celui de la communication. Nous avons conscience qu'il s'agit là d'une position discutée et discutable. On pourrait notamment nous opposer que l'information n'a pas d'autre finalité qu'elle-même et que la prise en compte des susceptibilités du lecteur n'est que secondaire et ne devrait en aucun cas constituer une contrainte. Mais dans le cas du suicide, la dimension pragmatique est tellement manifeste et grave qu'elle nous semble fonder à elle seule l'acte de communication tel que décrit plus haut. Le point de vue strictement factuel et informatif devient insuffisant à outiller le journaliste face aux enjeux éthiques et déontologiques que représente le suicide. Quand bien même il voudrait tendre à l'objectivité la plus parfaite, le journaliste aura à définir sa perspective pour traiter d'un fait divers suicidaire. Il aura à sélectionner ce qu'il décrira et ce qu'il laissera non-dit. Il devra choisir ses mots. En bref, conformément aux règles journalistiques élémentaires, il aura à trouver son angle. Or cet angle constitue précisément le substrat du modèle implicite de suicide dont l'importance pragmatique est celle que nous avons dite. De sorte que, une fois situé dans le référentiel communicationnel, le journaliste n'a plus d'autre choix que de reconnaître les implicites de son discours et leur impact potentiel. Son choix – sa liberté – ne consiste alors pas tant à pouvoir s'y soustraire qu'à s'en saisir, à en prendre la maîtrise, à les mettre au service de son exercice, de l'intérêt de ses lecteurs et de l'utilité sociale qu'il vise.

2.5. Une responsabilité en partage

Compte tenu de l'obligation de polyvalence et des contraintes qui pèsent aujourd'hui sur les médias, s'efforcer de prendre en considération les différentes strates de la couverture du suicide – sujet par lui-même délicat et spécialisé – pourrait paraître une gageure. Alors cette fois, c'est au professionnel de la prévention que s'adresse l'injonction. C'est lui qui est renvoyé à sa responsabilité. En tant que dépositaire d'un savoir et détenteur d'une expertise, il ne saurait se contenter d'une posture contemplative, expectative ou même inquisitrice sans déroger à ses devoirs déontologiques

en termes de santé publique. Pour lui aussi, l'éthique du suicide se fait contrainte. Elle lui défend de se contenter de blâmer les journalistes en lui rappelant qu'il lui revient tout autant d'améliorer la couverture médiatique. L'éthique du suicide met en partage la responsabilité de l'effet Werther. Celle du champ sanitaire est le fait de bousculer les paradigmes professionnels sur lesquels elle repose pour investir son rôle d'acteur social à part entière. Sa verticalité structurelle, efficace pour asseoir l'autorité de ses recommandations, se révèle contre-productive face aux médias. Toute attitude prescriptive tendra à être inaudible pour le journaliste. Faute d'ajustement de la forme du discours, le fond s'en trouvera neutralisé. Et ce serait à raison, car la prescription est aussi un acte de communication. Son niveau analogique suggère une prééminence du savoir et des intérêts de celui qui l'émet sur celui qui la reçoit. Dès lors, l'imposition de recommandations au corps journalistique, qui, comme nous l'avons vu, est épris d'indépendance et rompu à la résistance aux pressions, pourra être perçu comme une entame inacceptable à sa liberté.

La responsabilité eu égard au traitement médiatique du suicide ne se décrète pas. Aux yeux des journalistes, tout effort pour l'imposer, fut-ce au nom de la santé publique, est susceptible de s'apparenter à une entreprise de culpabilisation. Il ne revient donc pas au professionnel de la prévention de « responsabiliser » le journaliste. Ce serait occulter la responsabilité déontologique inhérente aux métiers de l'information sous une supposée irresponsabilité sanitaire, en disqualifiant la première par subordination à la seconde. Plus modestement, il lui revient de sensibiliser le journaliste, de l'alerter en lui faisant part des connaissances dont il dispose et qui les concernent tous les deux. L'effet Werther existe, c'est attesté. Le journaliste a le choix d'infléchir son travail pour limiter les risques qui lui sont attribuables ou au contraire de refuser de se soumettre à d'autres contingences que celle d'une information qu'il considérerait devoir rester pure. Cette responsabilité-là lui revient et, fort de son bagage, de sa culture professionnelle et de son expérience, il est le plus légitime à mettre en balance, à chaque nouveau fait divers, la nécessité de limitation de l'effet Werther avec les différentes valeurs et contraintes qui guident son action. Encore faut-il que ces délibérations éthiques se fassent en pleine conscience, et que le journaliste soit suffisamment outillé dans l'hypothèse où il choisirait de lutter contre l'effet Werther. Là se situe le rôle des acteurs de la suicidologie : non pas responsabiliser, mais faire émerger une responsabilité. Non pas recommander, mais fournir les moyens d'assumer la responsabilité qu'il aura éveillée en posant quelques jalons, en proposant quelques points de repère.

3. Conclusion

La mutation de l'image du suicide dans le paysage médiatique ne saurait être envisagée qu'à condition d'un basculement paradigmatique. La logique de la recommandation scientifique conçue comme un préalable à l'interaction interprofessionnelle conduit à une posture de défiance réciproque. Face à une prescription légitimement perçue comme une menace, la liberté de l'information risque de s'arc-bouter, de se retrancher sur une forme de radicalité, d'aspirer à un absolu, quitte à ce que cet absolu se fasse au prix de la mise en danger de vies humaines. Le champ sanitaire et social pourrait alors se draper dans une posture critique, par laquelle il s'exempterait de sa propre responsabilité en faisant artificiellement porter aux médias le poids d'une faute supposée. Il revient alors au préventeur – c'est de sa responsabilité éthique – de changer de posture. En saisissant la puissance de la communication comme outil de prévention, mais en acceptant dans le même temps que la communication et l'information ont affaire avec d'autres impératifs que ceux des considérations sanitaires, le préventeur a tout intérêt à se contraindre à passer de la verticalité à l'horizontalité, de la prescription à la collaboration, de la responsabilisation à la sensibilisation. C'est à cette seule condition que les recommandations à usage des journalistes pourront se faire guides, repères, supports à une responsabilité nouvelle que journalistes et préventeurs acceptent en partage. Dans les faits, le journaliste n'en sera pas moins chargé d'un degré de contrainte supplémentaire au moment de traiter du suicide. Mais lorsque le journaliste se l'impose, conscient des raisons pour lesquelles il le fait et dans le respect de ses valeurs morales et de ses principes déontologiques, alors cette contrainte prend la forme de choix qui sont l'expression même de son libre arbitre. Finalement, c'est aussi et surtout le lecteur/l'auditeur/le téléspectateur en souffrance à qui il sera restitué un peu de liberté. Si un journaliste conscient et éclairé par la science lui présente une image du suicide dépeinte avec attention et précision, cette image sera plus conforme à la réalité de la détresse et aux possibilités de la soulager. Elle sera débarrassée de ses mythes de monocausalité et d'inéluçabilité. Ce sera pour le lecteur/l'auditeur/le téléspectateur une occasion de se délivrer de l'illusion pernicieuse à laquelle l'idée suicidaire lui fait croire : celle de sa propre mort comme une délivrance.

Références bibliographiques

- [1] Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris, France : éditions du Seuil.
- [2] **Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse**. Version modifiée du 29 janvier 2017.
- [3] **Fédération européenne des journalistes** (1971, novembre). Déclaration des devoirs et des droits des journalistes. Munich.
- [4] **Reporters sans frontières** (2016). *Classement mondial de la liberté de la presse*. Disponible sur : <https://rsf.org/fr/le-classement-mondial-de-la-liberte-de-la-presse>
- [5] **Bateson, G.** (1977). *Vers une écologie de l'esprit* (vol. 1). Paris, France : éditions du Seuil.
- [6] **Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D. J., Till, B., Gould, M. S.** (2014, septembre). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma : the role of mass media. *American Journal of Preventive Medicine*, 47 (3), 235-243.
- [7] **Pirkis, J.** (2009). Suicide and the media. *Psychiatry*, 8 (7), 269-271.
- [8] **Pirkis, J., Blood, W.** (2010). *Suicide and the news and information media. A critical review*. Australie : Mind Frame.
- [9] **Durkheim, É.** (1897). *Le Suicide : étude de sociologie*. Paris, France : Félix Alcan.
- [10] **Corrigan, P.** (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59 (7), 614-625. doi : 10.1037/0003-066X.59.7.614
- [11] **Florentine, J. B., Crane, C.** (2010). Suicide prevention by limiting access to methods : a review of theory and practice. *Social Science and Medicine*, 70 (10), 1626-1632.
- [12] **Notredame, C.-E.** (2015). Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention. *Presse Médicale*, 12 (44), 1243-1250. doi : 10.1016/j.lpm.2015.07.018

TRAVAUX, REVUE DE LITTÉRATURE ET PISTES DE RECHERCHE SUR LE SUICIDE À L'ADOLESCENCE

Laurent Plancke, Karine Chevreul, Jean-Luc Douillard, Thérèse Hannier, Jean-Pierre Kahn, Laurentine Véron, Fanny Sauvade, Sofian Berrouguet, Valérie Ulrich

Les comportements suicidaires des adolescents¹ constituent une préoccupation majeure de santé publique qui a été peu abordée dans les deux premiers rapports de l'Observatoire national du suicide. Le Haut Conseil de la santé publique regrette l'absence d'une revue de littérature spécifiquement consacrée à cette catégorie de la population dans son rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. C'est pourquoi le groupe de travail « Axes de recherche » de l'Observatoire a choisi de centrer ses travaux de l'année 2016 sur ce thème. Sept intervenants – chercheurs, praticiens et acteurs associatifs – ont partagé leurs réflexions au cours de deux séances de travail qui se sont tenues les 22 juin et 22 novembre 2016 (encadré 1). L'objectif de ces réunions était de faire émerger des besoins de connaissances et des enjeux de recherche à partir des questions et des préoccupations formulées par les intervenants et les participants.

De multiples causes expliquent les comportements suicidaires des jeunes, à chaque étape de leur développement et de leurs trajectoires scolaire, familiale et personnelle, jusqu'au moment où ils passent à l'acte. Seuls certains aspects ont pu être abordés par le groupe de travail. En particulier, le suicide des enfants et des pré-adolescents, de 5 à 12 ans environ, n'a pas été étudié. L'épidémiologie du suicide dans cette tranche d'âge est en effet complexe (Cyrułnik, 2011) et nécessiterait qu'un dossier complet y soit consacré. Par ailleurs, les travaux récents combinant psychiatrie, neurobiologie, génétique et épigénétique², qui s'emploient à expliquer l'acquisition d'un facteur de

1. Les termes « adolescents » et « jeunes » sont utilisés indifféremment, reflétant le fait qu'il n'est pas fait référence à une tranche d'âge particulière. La période de l'adolescence n'a en effet pas une délimitation nette, elle débute avec les modifications physiques et psychologiques liées à la puberté et se termine avec l'entrée dans l'âge adulte, cette dernière notion étant elle-même floue et pouvant être reculée du fait de l'accès plus difficile qu'auparavant à l'emploi et à l'autonomie financière.

2. L'épigénétique correspond à l'étude des changements dans l'activité des gènes. Les modifications épigénétiques sont induites par l'environnement au sens large : la cellule reçoit en permanence toutes sortes de signaux l'informant sur son environnement, de manière à ce qu'elle se spécialise au cours du développement, ou ajuste son activité à la situation. Ces signaux, y compris ceux liés à nos comportements (alimentation, tabagisme, stress...), peuvent conduire à des modifications dans l'expression de nos gènes, sans affecter leur séquence.

vulnérabilité individuelle comme déterminant à part entière des comportements suicidaires, ne sont pas mobilisés ici. Ils ont fait l'objet d'un dossier intitulé « Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide » dans le 2^e rapport de l'Observatoire de 2016. Comme l'explique Philippe Courtet (CHU de Montpellier) dans ce dossier, la vulnérabilité individuelle peut être acquise pendant l'enfance en cas de maltraitance psychologique, physique ou sexuelle et serait un facteur de risque de la survenue de conduites suicidaires à l'adolescence ou l'âge adulte. Les travaux de recherche dans ce domaine doivent être développés, mais suggèrent que les interactions précoces entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux néfastes (abus, isolement relationnel, traumatismes, etc.) sont incorporées biologiquement et provoquent une vulnérabilité. Celle-ci peut ultérieurement, par des mécanismes biologiques et épigénétiques, faire apparaître des idées suicidaires quand surgissent certains événements de vie négatifs. Ces mécanismes ne sont pas étudiés spécifiquement dans le présent dossier mais ne sont pas non plus absents des réflexions conduites par le groupe, dans une vision systémique des comportements suicidaires des adolescents.

Trois thématiques ont été abordées par les sept intervenants. Tout d'abord, deux interventions ont porté sur *l'épidémiologie des tentatives de suicide des adolescents*. D'une part, **Laurent Plancke** (F2RSM Psy Hauts-de-France) a proposé des facteurs explicatifs aux écarts observés entre les tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes et celles recensées dans les données hospitalières. D'autre part, **Karine Chevreul** (URC-Éco Île-de-France) a montré, à partir d'une étude exploratoire, que les données hospitalières permettent d'identifier ce qu'il y a de singulier dans les tentatives de suicide et dans les parcours de soins des jeunes par rapport aux autres classes d'âge afin d'adapter les outils de prévention.

Ensuite, **Jean-Luc Douillard** (CH de Saintonge) et **Thérèse Hannier** (association PHARE Enfants-Parents) ont proposé des éléments de compréhension des *interactions entre comportements suicidaires et processus d'adolescence*. Le premier a interrogé le rôle des pratiques numériques dans la promotion et la contagion des comportements suicidaires, et celui des évolutions des familles dans l'explication du mal-être des jeunes. Thérèse Hannier a souligné la faible propension des jeunes à demander de l'aide, avec pour conséquence la difficulté pour l'entourage à identifier des signes avant-coureurs du risque suicidaire.

Enfin, *l'efficacité des actions de prévention du suicide des jeunes* a été discutée sur la base de trois interventions. **Jean-Pierre Kahn** (université de Lorraine) a présenté une évaluation européenne de différents dispositifs mis en œuvre auprès de lycéens. **Laurentine Véron** et **Fanny Sauvade** (association Apsytude) ont exposé une recherche-action de prévention de la dépression et du suicide en résidence universitaire. **Sofian Berrouiguet** (CHU de Brest) a proposé un état des lieux de la prévention du suicide par les outils connectés et le Web.

Ce dossier rend compte de ces différents exposés. En parallèle des deux réunions de travail, une revue de littérature sur les problématiques actuelles autour des comportements suicidaires des adolescents a été conduite par Valérie Ulrich de la DREES. Il ne s'agissait pas d'effectuer un état de l'art exhaustif tant la littérature est abondante (voir la section consacrée aux jeunes dans les recueils numériques sur le suicide de l'ONS³), mais bien de l'orienter vers les thèmes traités par les différents intervenants. En particulier, la littérature sur deux thématiques a été mobilisée : d'un côté, les liens chez les adolescents entre comportements suicidaires, lésions auto-infligées (mutilations, scarifications) et cyber-harcèlement ; d'un autre côté, les connaissances sur les interventions de prévention du suicide ciblant les jeunes, en particulier en milieu scolaire.

Encadré 1 • Liste des interventions au groupe « Axes de recherche » de l'Observatoire national du suicide

- **Laurent Plancke** (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale [F2RSM] Hauts-de-France) : Éclairage sur les conduites suicidaires des jeunes filles de 15 à 24 ans ou comment expliquer les écarts entre la fréquence de tentatives de suicide déclarées et celles ayant donné lieu à une hospitalisation ?
- **Karine Chevreul** (unité de recherche clinique en économie de la santé [URC-Éco] Île-de-France) : Cadrage statistique des suicides et des tentatives de suicide des jeunes.
- **Jean-Luc Douillard** (centre hospitalier de Saintonge) : Risque suicidaire, outils technologiques et pratiques de prévention – résultats de l'enquête « Portraits d'adolescents ».
- **Thérèse Hannier** (association PHARE Enfant-Parents) : Résultats d'une enquête menée auprès des parents de jeunes suicidés.
- **Jean-Pierre Kahn** (université de Lorraine, pôle de psychiatrie et psychologie clinique) : Résultats de l'évaluation du programme Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE).
- **Laurentine Véron et Fanny Sauvade** (association Apsytude) : Recherche-action de prévention de la dépression et du suicide en résidence universitaire – Porte t'apporte.
- **Sofian Berrouiguet** (centre hospitalier universitaire de Brest) : Les nouvelles technologies en prévention du suicide : les sites internet, les applications mobiles, *l'ecological momentary assessment*, etc.

La première séance du groupe de travail était animée par Enguerrand du Roscoät (Santé publique France) et la seconde par Valérie Ulrich (DREES).

3. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

1. Épidémiologie du suicide et des tentatives de suicide des adolescents en France

1.1. Des conduites suicidaires différenciées selon le genre

Le taux de suicide est plus faible chez les adolescents que dans la population générale. Mais, comme peu de personnes décèdent à cette période de la vie, le suicide est une cause de mortalité chez les 15-24 ans parmi les plus fréquentes. Il représente 16 % des décès entre 15 et 24 ans et 20 % chez les 25-34 ans, alors qu'il représente moins de 1 % des décès chez les 75 ans ou plus, et ce sont les jeunes hommes qui en meurent le plus souvent (fiche 1).

Les hospitalisations pour tentative de suicide, mesurées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO)⁴, présentent en revanche des taux particulièrement élevés chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Ce pic, très marqué chez les jeunes filles, n'est pas observé chez les jeunes garçons, moins souvent hospitalisés pour tentatives de suicide. Pour ces derniers, le nombre d'hospitalisations pour cette raison va croissant avec l'âge entre 10 et 24 ans. Entre 25 et 35 ans, les écarts entre filles et garçons se résorbent pour s'accroître à nouveau entre 35 et 55 ans (graphique 3 de la fiche 2).

Les données recueillies dans le cadre du Baromètre santé de 2014 (voir fiche 6 du 2^e rapport de l'ONS) vont dans le même sens que ces résultats sur les hospitalisations après une tentative de suicide, à savoir une très forte prévalence déclarée des tentatives de suicide dans les douze derniers mois chez les 15-19 ans, essentiellement portée par les jeunes filles (2,6 % contre 0,5 % chez les jeunes hommes).

Pour David Le Breton (2014), les conduites à risque chez les adolescents, et en particulier les conduites suicidaires, sont influencées par les normes sexuées qu'imposent la famille, l'école, les médias et la société. Ainsi, le mal de vivre et la souffrance des filles se traduiraient par des plaintes et des atteintes à leur corps (douleurs, troubles alimentaires, scarifications, etc.) dont les tentatives de suicide sont une forme d'expression. Les garçons extérioriseraient davantage leur souffrance par le recours à la force, à la violence et à la prise de risque (délinquance, alcoolisation, consommation de drogues, vitesse sur les routes, errance, violence, etc.) dont les décès par suicide sont une démonstration. Toutefois, selon Jean-Luc Douillard, les professionnels de l'aide spécialisée et de l'éducation observent une inversion de certains troubles entre les garçons et les filles. Certains actes,

4. Le PMSI-MCO est un recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS), pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

typiquement masculins il y a quelques années, augmentent chez les jeunes filles (alcoolisation aiguë, consommations multiples, recours à la violence...) En revanche, d'autres comportements dits féminins augmentent chez les garçons, en particulier la verbalisation plus fréquente de leurs difficultés, de leurs angoisses et le recours à un professionnel de proximité lorsque c'est possible. Ces évolutions observées dans la pratique sont néanmoins à confirmer par des études épidémiologiques.

1.2. D'importants écarts de mesure des tentatives de suicide entre les sources

Au-delà des écarts entre filles et garçons, la proportion de jeunes déclarant une tentative de suicide dans les enquêtes est beaucoup plus élevée que celle des jeunes hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide telle qu'enregistrée dans les données médico-administratives. Cet écart est particulièrement important chez les jeunes filles. Ainsi, à partir des données du Baromètre santé⁵ de 2010 et des données hospitalières du PMSI-MCO de la même année, Laurent Plancke montre que le ratio des tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois sur les tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation sur douze mois est supérieur à 3,5 chez les jeunes femmes de 15 à 30 ans. Chez les jeunes garçons, ce ratio est compris entre 1 et 2.

Pour expliquer cet écart, la comparaison des différentes sources permet d'avancer qu'il existe des tentatives de suicide non repérées dans le PMSI-MCO, parce qu'elles sont soit non médicalisées (elles ne donnent pas lieu à un contact avec le système de soins), soit non hospitalisées (elles donnent éventuellement lieu à un contact avec un professionnel de santé en dehors de l'hôpital ou un professionnel du social, ou encore à un passage aux urgences sans hospitalisation), mais aussi que toutes ne sont pas enregistrées comme telles en cas d'hospitalisation.

De même que la tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation est sans doute imparfaitement mesurée, la déclaration d'une tentative de suicide par les jeunes dans les enquêtes peut s'écarter du fait objectif. Elle peut être sous-estimée, consciemment ou non, du fait de la honte, du tabou ou de la volonté de ne pas être stigmatisé socialement (biais de désirabilité sociale). Elle peut au contraire être surestimée de façon volontaire ou involontaire (du fait de la confusion entre la notion de pensée suicidaire et de tentative de suicide). De manière générale, David Le Breton (2015) explique que la tentative de suicide est construite par la narration *ex-post*. Le sens que les adolescents donnent à leurs pensées ou à leurs actes varie en fonction de la réaction attendue ou effective de la famille et des amis, ainsi que

5. Le Baromètre santé est une enquête de Santé publique France visant à suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France.

de l'environnement culturel : le tabou du suicide, l'importance de la religion, de la morale, etc. Il dépend aussi de normes sexuées qui expliquent l'expression différenciée du mal-être chez les filles et les garçons.

Ces éléments permettent de comprendre en partie l'écart entre les tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes statistiques et celles mesurées *via* les hospitalisations, mais ils offrent peu d'éléments sur les raisons de cet écart plus important constaté chez les jeunes filles. Les travaux de Laurent Plancke montrent néanmoins que les jeunes filles se rendent moins fréquemment à l'hôpital et n'ont, la plupart du temps, pas recours à une structure ou à un professionnel de santé après une tentative de suicide. De plus, chez les jeunes filles, la létalité des tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation est quasiment nulle et leur gravité somatique est plus faible que celle des jeunes hommes.

Pour améliorer la compréhension du comportement suicidaire chez les adolescents, il conviendrait d'interroger davantage les différences de sens attribué aux pensées et aux conduites suicidaires entre jeunes femmes et jeunes hommes, les différences de déclaration dans les enquêtes ainsi que les différences de comportement face au recours aux soins.

Par ailleurs, les données hospitalières offrent la possibilité d'approcher les parcours de soins des personnes hospitalisées pour une tentative de suicide et de préciser en quoi les parcours des jeunes se distinguent de ceux des adultes. Une étude exploratoire, à partir des données du PMSI-MCO, de la base Oscour®⁶ et du réseau Sentinelles de 2009⁷, permet à Karine Chevreul de mettre en évidence le fait que les conséquences somatiques des tentatives de suicide chez les jeunes sont moins sévères que chez les adultes, que leur durée d'hospitalisation est plus courte en moyenne, qu'ils ont moins fréquemment un diagnostic psychiatrique avéré (ce défaut de diagnostic pouvant être dû à la courte durée d'hospitalisation), mais qu'ils sont plus fréquemment réhospitalisés pour une nouvelle tentative de suicide. D'après Karine Chevreul, l'exploitation de ces données, qui reste à approfondir, est à même d'améliorer la compréhension du parcours de soins après une tentative de suicide pour une prévention plus adaptée. Plus encore que chez les adultes, celle-ci doit s'appuyer sur des dispositifs de veille, de maintien du contact et de prise en charge à la sortie de l'hospitalisation.

À terme, la compréhension des comportements suicidaires des jeunes, comme celle des autres tranches d'âge, bénéficiera de l'amélioration des systèmes d'information

6. La base Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), mise en place après la canicule de l'été 2003, s'appuie sur la remontée quotidienne d'informations de structures d'urgences et permet à Santé publique France de répondre à ses missions de veille, d'alerte et de surveillance épidémiologique.

7. Le réseau Sentinelles est un système national de surveillance qui permet le recueil, l'analyse, la prévision et la redistribution en temps réel de données épidémiologiques issues de l'activité des médecins généralistes et pédiatres libéraux.

que l'Observatoire national du suicide a engagée. Le perfectionnement du codage dans le PMSI permettrait un meilleur repérage des tentatives de suicide donnant lieu à hospitalisation (voir la partie sur l'avancement des travaux de l'Observatoire).

2. Interactions entre comportements suicidaires et processus d'adolescence

2.1. L'adolescence : une délimitation moins nette qu'avant

Le passage de l'enfance à l'âge adulte est un processus caractérisé par la puberté générant des modifications physiques et psychologiques chez les jeunes. C'est aussi une période marquée par un entre-deux : l'adolescent n'est plus un enfant, pas encore un adulte. De plus, la complexité de cette transition est aujourd'hui augmentée du fait d'une délimitation de l'adolescence moins nette qu'auparavant. Certains enfants ont très tôt des comportements d'adolescents, mais l'entrée dans l'âge adulte est souvent reculée par un accès plus tardif et plus difficile au marché du travail (Le Breton, 2014). La sortie plus rapide de l'enfance et le passage plus chaotique à l'âge adulte brouillent ainsi le début et la fin de l'adolescence. Jean-Luc Douillard, en s'appuyant sur sa pratique et l'enquête « Portraits d'adolescents » (Jousselme *et al.*, 2015), confirme que chez les jeunes en souffrance les troubles des conduites et l'inadaptabilité sociale sont beaucoup plus précoces que par le passé, en particulier les violences contre soi ou contre les autres et l'exposition de soi par le biais d'internet. Les jeunes ne sont pas plus nombreux à aller mal à l'adolescence, mais ceux qui sont en souffrance, vont mal plus tôt et sans doute de façon plus marquée. La période de l'adolescence peut, par ailleurs, être particulièrement douloureuse pour les jeunes des minorités sexuelles et ceux qui se questionnent sur leur identité sexuelle ou de genre, en raison de la stigmatisation et du rejet de leur entourage.

2.2. Le rôle prépondérant des pratiques numériques dans le processus d'adolescence

L'enquête « Portraits d'adolescents », menée en 2013 auprès de 15 000 jeunes de 13 à 18 ans et présentée par Jean-Luc Douillard, montre que les pratiques numériques jouent aujourd'hui un rôle prépondérant dans la vie de la plupart des adolescents. Elles sont généralement ludiques : jeux, navigation sur internet, communication sur les réseaux sociaux et consommation de musique et de vidéos. Les éléments recueillis à l'occasion de cette enquête font apparaître que les jeunes sont hyperconnectés et en lien avec des pairs « réels » et virtuels. Elle montre aussi que les

jeunes sont en majorité conscients de la différence entre la réalité et le monde virtuel (annexe I).

Néanmoins, les pratiques numériques ont parfois pour effet de réduire la durée de sommeil des adolescents, de diminuer leur activité physique et de les surexposer aux médias. Or, ce trio de facteurs est associé fortement aux idées suicidaires et aux symptômes dépressifs et anxieux, comme le met en évidence l'étude européenne SEYLE présentée par Jean-Pierre Kahn (annexe II et Kahn *et al.*, 2014). De plus, l'usage des technologies numériques creuse les inégalités entre les jeunes face au suicide. Il présente en effet un atout pour les adolescents qui évoluent dans un environnement familial et scolaire sécurisant et qui vont bien, mais constitue un espace qui expose les plus vulnérables à la souffrance et au risque suicidaire.

Il faut souligner que le risque de « contagion »⁸ des comportements suicidaires chez les jeunes peut, dans certaines circonstances particulières, être amplifié par le biais des outils numériques, notamment des réseaux sociaux. Le rôle de ces outils dans la promotion des comportements suicidaires est d'autant plus fort que les amis et les camarades ont une influence très importante pendant l'adolescence. Les jeunes semblent ainsi particulièrement sensibles à cet effet d'imitation, notamment lorsqu'ils sont confrontés au suicide d'un pair (camarade de classe par exemple) ou d'un frère ou d'une sœur (Randall *et al.*, 2015). La présence d'un lien du sang ne semble toutefois pas en augmenter le risque (Pitman *et al.*, 2016). Par ailleurs, le décès par suicide d'un adulte proche semble avoir moins d'écho auprès d'un jeune que le suicide d'un pair. L'effet de contagion peut être assez durable, les conséquences d'un décès par suicide dans l'entourage pouvant influencer les idées suicidaires et les tentatives de suicide jusqu'à deux ans après l'évènement (Swanson, 2013). Or plus l'adolescent avance en âge, plus la probabilité qu'il ait été confronté au décès par suicide d'un pair augmente. L'usage croissant par les jeunes des réseaux sociaux et du Web, qui peuvent véhiculer des informations et des images spectaculaires ou romancées du suicide, peut faire craindre un risque accru de contagion. D'autres travaux (*infra*) interrogent au contraire la pertinence de ces outils pour la prévention.

2.3. Des facteurs protecteurs mis à mal par les évolutions de la famille

L'amour, l'affection, les liens familiaux et l'écoute d'adultes sont des protections efficaces contre les comportements suicidaires des jeunes. Néanmoins, l'étude menée auprès de parents d'enfants suicidés par l'association PHARE Enfants-Parents révèle que ces facteurs protecteurs sont remis en cause. Comme le

8. Le phénomène de « contagion » ou effet Werther (Phillips, 1982) survient lorsqu'un suicide dans l'entourage proche ou le récit d'un suicide dans les médias, sur le Web ou les réseaux sociaux, induit un comportement suicidaire chez une personne qui est « exposée » à ce suicide.

souligne Thérèse Hannier, la plupart des adolescents suicidés, dont les familles ont été interrogées par son association, avaient une vie familiale, une vie sociale, des activités, mais cette socialisation n'a pas suffi à endiguer leur mal-être et leur faire entrevoir une autre issue que l'acte suicidaire. Face à ces constats, il est légitime de se demander si les évolutions actuelles de la famille ont un rôle dans l'augmentation de ces comportements. Ce questionnement apparaît dans la pratique des psychiatres et des psychologues mais aussi dans certains travaux de recherche (Rolling et Ligier, 2015). Ce ne sont pas la multitude des configurations familiales (monoparentales, recomposées, élargies, etc.) ou la plus grande instabilité familiale (augmentation des divorces, des séparations, etc.) qui sont questionnées mais la diminution, constatée dans tous les types de structures familiales, du rôle de la famille comme « niche affective » structurée et sécurisante qui permet à l'enfant puis à l'adolescent de se développer et de grandir (Cyrulnik, 2016).

Dans certains cas, les comportements suicidaires seraient en effet des conduites réactionnelles en parties liées à l'affaiblissement des limites imposées aux jeunes. Jean-Luc Douillard observe tout d'abord des difficultés au sein des familles avec de très jeunes enfants. Il évoque le phénomène émergent de bébés ou d'enfants « tyrans » qui exercent une domination sur leurs parents fragilisés par l'évolution rapide d'une société qui n'accompagne sans doute pas suffisamment les jeunes parents dans les premières années de leur parentalité. Une inversion de la hiérarchie familiale est observée dans ces cas : l'enfant, confronté à des parents doutant des cadres et des règles qu'ils ont à poser, refuse l'autorité et exerce un chantage affectif sur ses parents qui sont alors en souffrance et ne trouvent pas toujours d'espace de soutien et d'expression de leurs difficultés à être parents. De même, chez les adolescents, l'effacement des différences entre générations, la délégitimation de l'autorité parentale, la primauté de l'amour et l'évitement de la conflictualité entre eux et leurs parents affaiblissent la fonction « contenante » de la famille (Rolling et Ligier, 2015). De plus, la moindre présence, aujourd'hui que par le passé, de l'entourage familial élargi (grands-parents) ou d'un tiers (médecin généraliste, éducateur, etc.) accroît la proximité entre parents et enfants et réduit les possibilités de médiation par des tiers.

Par ailleurs, l'affaiblissement des interdits et des obligations a comme corollaire l'accroissement de l'exigence sociale (Rolling et Ligier, 2015). L'augmentation des exigences de réussite individuelle, notamment à l'école, favorise l'expression d'inquiétudes et d'angoisses. La vulnérabilité des jeunes serait accrue par l'absence d'un environnement sécurisant et une exigence de performance intensifiée. Selon Jean-Luc Douillard et Thérèse Hannier, ces évolutions pourraient expliquer que certains adolescents en apparence « conformes » à la désirabilité sociale, au sens où ils ont de bons résultats scolaires, des amis et des activités sportives ou culturelles, sans

signal d'alerte classique (échec scolaire, redoublement, consommation de substances psychoactives, isolement, violence, etc.), sont en réalité en grande souffrance.

La conjonction de la place plus importante des mondes virtuels, de la diminution du rôle sécurisant des familles (quelle que soit leur configuration) et de l'exigence de performance, associée aux changements psychiques et physiques spécifiques à l'adolescence, doit ainsi être interrogée comme facteur aggravant du mal-être et comme éventuelle contribution aux conduites suicidaires chez les adolescents.

3. Le signalement du mal-être et l'adoption de comportements suicidaires difficiles à repérer

Les adolescents se caractérisent, en outre, par une faible propension à demander de l'aide et par l'adoption de comportements auto ou hétéro-agressifs, parmi lesquels les scarifications et automutilations, d'une part, et le harcèlement et cyber-harcèlement, d'autre part. La littérature ne permet pas de conclure si les scarifications et les automutilations sont des signes avant-coureurs d'un risque suicidaire ou au contraire des alternatives « protectrices » face aux idéations suicidaires. Si par certains aspects, actes suicidaires et scarifications ou automutilations sont distincts, par d'autres, ils se rejoignent. Le harcèlement et le cyber-harcèlement seraient, quant à eux, plutôt des comportements connexes aux comportements suicidaires et partageraient les mêmes facteurs de risque, aussi bien chez les adolescents harceleurs, que chez les victimes et les témoins.

3.1. Une faible propension des jeunes à demander de l'aide

L'enquête *Portraits d'adolescents* fait apparaître que les adolescents sont nombreux à s'isoler lorsqu'ils vont mal. En se confiant moins, ils amplifient leur isolement et rendent encore plus difficile le repérage de leur problématique dépressive ou suicidaire par des tiers. Les jeunes ont souvent des difficultés à se confier ou à demander de l'aide, notamment auprès des adultes. En l'absence d'appel à l'aide, l'enjeu est donc de détecter des signes précurseurs de conduite suicidaire et de mesurer le risque de passage à l'acte. Selon Thérèse Hannier, la prise de conscience par les parents et l'entourage de l'existence de tels signes intervient trop tard, ne permettant pas d'empêcher le passage à l'acte. De plus, pour Jean-Luc Douillard, les outils numériques très investis par les adolescents (notamment les réseaux sociaux), en augmentant l'importance de ce que pensent les pairs et en réduisant les liens avec les adultes, faussent ou ralentissent le repérage d'un adolescent qui va mal.

3.2. Des frontières floues entre comportements suicidaires et lésions cutanées auto-infligées

Les lésions cutanées auto-infligées (scarifications, automutilations) sont propres aux adolescents. Toutefois, la frontière entre ces pratiques et les comportements suicidaires est floue. Une revue de littérature récente (Grandclerc *et al.*, 2016) fait le point sur les convergences et les divergences entre ces deux types de comportements. Il y a consensus sur le fait qu'ils partagent les mêmes facteurs de risque (dépression, faible estime de soi, absence de soutien de la famille, etc.). Mais les positions divergent sur le fait de savoir si les lésions cutanées auto-infligées sont un facteur de risque suicidaire ou au contraire un facteur de « protection ». D'une part, le risque suicidaire serait accru chez les jeunes s'automutilant, car les atteintes à la peau pourraient constituer une « passerelle » vers les comportements suicidaires. Les automutilations précéderaient généralement les comportements suicidaires mais, à l'inverse, les tentatives de suicide ne seraient pas un facteur prédictif des lésions cutanées auto-infligées. Une autre explication possible serait que les automutilations permettent au jeune de s'habituer à la douleur et de se désensibiliser à la peur de se faire mal. Plus les automutilations deviennent fréquentes et sévères, plus la capacité du jeune à se faire mal et donc à se suicider augmente. *A contrario*, les lésions cutanées auto-infligées pourraient constituer une protection : elles exprimeraient une souffrance par un autre biais que la tentative de suicide et éviteraient ainsi le suicide. Enfin, autre hypothèse, les automutilations et les comportements suicidaires partagent des facteurs de risque, expliquant leur co-occurrence.

3.3. Le harcèlement et le cyber-harcèlement, des comportements connexes aux conduites suicidaires

Le harcèlement par les pairs et le cyber-harcèlement sont des comportements concernant spécifiquement les jeunes. Les chercheurs s'interrogent sur leur proximité avec les comportements suicidaires. Une méta-analyse (van Geel *et al.*, 2014) explore, pour des jeunes âgés de 9 à 21 ans, le lien entre le harcèlement par les pairs (excluant le harcèlement par des adultes) et les comportements suicidaires. Ce travail intègre les études sur le harcèlement traditionnel et le cyber-harcèlement (création de faux profils, diffusion de rumeurs infondées ou de messages d'insultes sur le Web et les réseaux sociaux, etc.); le type de harcèlement (verbal, relationnel ou physique); l'intensité (faible, modérée ou importante) et s'il est manifeste ou secret. Les idées suicidaires (qui font l'objet de 34 études) et les tentatives de suicide (qui font l'objet de 9 études) sont considérées séparément. L'analyse distingue, par ailleurs, les jeunes uniquement victimes de harcèlement de ceux qui sont à la fois victimes et auteurs, on parle alors de victimes-harceleuses. Être victime de harcèlement augmente les idées suicidaires, l'effet étant plus fort pour les

victimes-harceleuses et pour le cyber-harcèlement. Ce dernier résultat repose sur un petit nombre d'études mais suggère que les effets du cyber-harcèlement sont plus sévères en raison de l'audience plus large recueillie sur le Web et les réseaux sociaux, et du fait que le harcèlement en ligne peut laisser des traces plus durables. Aucune différence entre les filles et les garçons n'est mise en évidence, ni entre les moins de 13 ans et les jeunes plus âgés. Le harcèlement augmente aussi le risque de tentative de suicide, mais en raison d'un plus faible nombre de travaux sur cet indicateur, les distinctions par sexe, âge, cyber *versus* traditionnel et victimes *versus* victimes-harceleuses n'ont pu être réalisées.

Une autre étude (Hetz *et al.*, 2013), s'appuyant sur l'avis d'experts, souligne qu'il existe une association forte entre harcèlement et comportements suicidaires mais que cette relation est induite par des facteurs tiers, tels que la dépression et la délinquance. Ainsi, les élèves harcelés sont plus souvent dépressifs et anxieux, ont plus de difficultés à se faire des amis et sont plus solitaires. Les harceleurs sont davantage consommateurs d'alcool et de tabac, ont de mauvais résultats scolaires mais ont plus d'aisance pour se faire des amis. Des travaux sur une longue période montrent que les effets du harcèlement perdurent au-delà de quelques années sur les victimes (troubles anxieux et dépressifs, comportements suicidaires), que les harceleurs présentent plus souvent, en début de vie adulte, des troubles de la personnalité, font davantage usage de drogues et rencontrent plus fréquemment des difficultés à trouver un emploi. Cette étude souligne également que l'association entre harcèlement et comportements suicidaires concerne aussi bien les victimes, que les victimes-harceleuses et les harceleurs. Ceux qui sont témoins de harcèlement mais ne sont pas directement concernés ont aussi un risque plus important de comportements suicidaires. La relation entre harcèlement et suicide est donc complexe. Le harcèlement est un facteur parmi d'autres contribuant aux comportements suicidaires, il est souvent associé à de nombreux autres facteurs de risque (violence familiale, impulsivité, faible lien avec les parents et les adultes, échec scolaire, usage de tabac et de drogues, etc.).

On peut donc évoquer un halo autour des conduites suicidaires des jeunes, composé de l'ensemble des autres comportements auto ou hétéro-agressifs. Ces comportements à risque, comme les lésions cutanées auto-infligées et plus largement l'alcoolisation excessive, la vitesse, la violence, etc., partagent dans certains cas des caractéristiques communes avec les comportements suicidaires. Le degré de proximité mériterait d'être appréhendé davantage afin de mieux comprendre le lien de ces conduites à risque avec les comportements suicidaires et faire progresser la réflexion sur les actions efficaces pour les prévenir.

4. Quelle prévention du suicide des jeunes ?

Les conduites suicidaires chez les jeunes présentent de nombreuses singularités qui impliquent de mettre en œuvre des actions de prévention du suicide spécifiques. Certaines sont évoquées dans cette partie, sur la base des interventions de Jean-Pierre Kahn, de Laurentine Véron et Fanny Sauvade, et de Sofian Berrouiguet. Elles prennent appui sur le chapitre 29 du *International handbook of suicide prevention, research, policy and practice* publié en 2011, dédié aux différents types d'actions de prévention du suicide des jeunes, principalement aux États-Unis et en milieu scolaire. Une recherche d'articles publiés plus récemment procédant à des évaluations de ces mêmes actions a, par ailleurs, été conduite afin d'en actualiser les connaissances. Elles s'appuient également sur des revues de littérature systématiques concernant l'efficacité de tout type de stratégie de prévention du suicide dont une partie concerne les jeunes (Mann *et al.*, 2005 ; Zalsman *et al.*, 2016). Plusieurs revues systématiques d'interventions validées en prévention du suicide ou en santé mentale des jeunes, conduites par Santé publique France, ont également alimenté cette partie (Lamboy *et al.*, 2011 ; du Roscoät et Beck, 2013). De plus, des actions de prévention mises en œuvre en France, en cours d'évaluation, sont citées.

4.1. Des évaluations insuffisantes

Dans différents territoires français, des programmes ou dispositifs de prévention du suicide ciblant les jeunes ont été mis en place. Le constat général est qu'ils sont hétérogènes d'un territoire à l'autre, insuffisamment répertoriés et diffusés, et qu'ils font rarement l'objet d'une évaluation scientifique. La Direction générale de la santé a procédé en 2015 à une synthèse des initiatives des agences régionales de santé (ARS) contre le suicide au cours de la période 2011-2014 (Direction générale de la santé, 2015). Il apparaît que les interventions en milieu scolaire sont les plus nombreuses. Elles sont réalisées soit par les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), soit par des associations spécialisées, souvent en partenariat avec le rectorat. Les actions développées sont variées : programme de repérage du risque suicidaire auprès de collégiens et lycéens ou formation d'adultes sentinelles visant à repérer des élèves en situation de mal-être. Un volet de développement des compétences psychosociales des élèves est souvent intégré à ces actions, conformément à ce que la littérature scientifique récente recommande (voir *infra*). Des expériences innovantes comme le développement d'équipes mobiles spécifiques aux jeunes sont déployées. Ces actions soutenues par les ARS sont complétées sur les territoires par de nombreuses autres initiatives, réalisées par des associations, souvent non recensées de façon systématique et non évaluées.

Ainsi, dans ce domaine de la prévention du suicide des jeunes, les évaluations d'actions, de dispositifs ou de programmes, en milieu scolaire ou dans d'autres milieux, sont insuffisantes en France, comme à l'international (Katz *et al.*, 2013). Elles doivent donc être développées. Ce manque de travaux d'évaluation a plusieurs explications. Tout d'abord, les effets des actions ou des programmes de prévention sur la diminution du taux de suicide sont difficiles à mesurer, le suicide étant un phénomène relativement peu fréquent et souvent la conséquence de la conjonction de divers facteurs. Des critères de substitution, tels que la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme ou d'un dispositif par les jeunes concernés ou leurs parents, les connaissances sur le suicide, la demande d'aide, les attitudes face à la dépression et aux comportements suicidaires, sont donc utilisés dans la plupart des travaux comme critères d'évaluation (Cusimano, 2011), alors que les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide sont rarement mobilisées pour mesurer leur efficacité.

Il est en outre difficile d'isoler les effets sur ces indicateurs d'une action particulière de prévention, dans un environnement où plusieurs dispositifs à différents niveaux sont mis en œuvre de façon concomitante (par exemple une campagne de prévention nationale ciblant les jeunes, un dispositif régional de recontact des jeunes ayant été hospitalisés après une tentative de suicide et un dispositif local en milieu scolaire).

Par ailleurs, les études s'appuient rarement sur des essais randomisés contrôlés⁹ qui sont reconnus comme la méthodologie la plus rigoureuse pour évaluer l'effet d'une intervention ou d'un dispositif. Dans une revue de littérature systématique récente (Zalsman *et al.*, 2016), trois études seulement sont identifiées : elles évaluent des programmes de prévention en milieu scolaire, s'appuyant sur des essais randomisés contrôlés et utilisant les idées suicidaires et les tentatives de suicide comme critères. Il s'agit du programme Good Behavior Game (GBG) (Kellam *et al.*, 2011), du programme SOS Signs of Suicide (Schilling *et al.*, 2016) et du programme SEYLE (Wasserman *et al.*, 2015) [voir *infra* pour une description de ces dispositifs].

Mais, en santé publique, il est de plus en plus souvent admis que des travaux plus qualitatifs pour caractériser la mise en œuvre du programme ou du dispositif étudié sont également nécessaires. De telles méthodes permettent, en effet, de comprendre les processus d'élaboration de l'intervention et les contextes locaux d'action dans lesquels l'intervention s'enracine. Ces travaux sont particulièrement importants pour mesurer la reproductibilité d'une intervention d'un contexte local à un autre.

9. Les essais randomisés contrôlés sont un type d'étude scientifique utilisé en médecine et plus récemment en sciences sociales. Ils servent à tester l'efficacité de plusieurs médicaments ou approches thérapeutiques ou encore à comparer différentes actions de prévention dans une population de patients ou d'usagers, qui sont répartis aléatoirement en plusieurs groupes. La répartition aléatoire assure la comparabilité initiale des groupes et génère un jugement de causalité. Il s'agit de savoir si l'effet mesuré est dû uniquement au dispositif étudié (médicament, traitement, intervention de prévention, etc.) ou si d'autres différences sont intervenues (caractéristiques des populations, interventions intercurrentes, etc.).

4.2. Le développement des compétences psychosociales chez les enfants

La littérature récente française et internationale (du Roscoët et Beck, 2012 ; Lamboy *et al.*, 2011 ; Bennett *et al.*, 2015) souligne qu'il faut intervenir en amont des comportements suicidaires, dans une logique de prévention des troubles psychiques et de promotion de la santé mentale, en augmentant les compétences psychosociales des enfants. Ces compétences permettent de répondre aux difficultés de la vie quotidienne (capacités de résolution de problèmes, d'adaptation et de reconnaissance de pensées négatives et du stress). Elles couvrent aussi la résilience, c'est-à-dire la capacité des enfants à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité, et l'amélioration de l'estime de soi. Enfin, elles ont une incidence sur les relations interpersonnelles (capacité d'écoute, gestion des conflits, compétences de coopération, etc.).

Les interventions de renforcement des compétences psychosociales s'appuient principalement sur le milieu scolaire, et sont parfois complétées par des interventions destinées aux parents. Elles ont vocation à promouvoir la santé mentale des enfants de manière large, en modifiant les facteurs de risque et de protection en amont, avant l'émergence des comportements suicidaires. La littérature souligne que le renforcement des compétences psychosociales est prometteur pour réduire à la fois les comportements de harcèlement, les violences, les troubles de l'humeur, la détresse psychologique et pour augmenter le bien-être.

En France, le développement des compétences psychosociales des enfants constituait la mesure n° 1 du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014¹⁰. Il est préconisé aussi par le Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes¹¹ et il est intégré dans les axes du parcours éducatif à la santé¹² mis en place depuis la rentrée 2016 dans les écoles, collèges et lycées français. Certaines expérimentations et évaluations sont en cours. On peut citer comme exemples :

- Le programme Voyage des ToiMoiNous, initié par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a pour objet de développer les capacités personnelles et relationnelles des enfants de 6 à 11 ans lors des temps d'activités périscolaires. Le déploiement de ce programme a été confié au Pôle régional d'éducation et de promotion à la santé Limousin et une évaluation est en cours.
- En Pays de la Loire, l'Ireps met en œuvre un programme de renforcement des compétences psychosociales des 7-12 ans en milieu scolaire¹³. Il dure en moyenne

10. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf

11. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf

12. <http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html>

13. www.ensantealecole.org/page-6-0-0.html ; www.cartablecps.org/page-0-0-0.html

18 heures sur deux années consécutives, entre le CE2 et la 5^e. Une évaluation est en cours.

- Dans le cadre du Projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS a confié à l'Ireps, la responsabilité de développer, en partenariat avec l'IUFM de Lyon et les rectorats de Lyon et Grenoble, une recherche-action sur cinq ans (2013-2017) pour « améliorer les compétences personnelles et relationnelles, autrement dit les compétences psychosociales des enfants, par des approches corporelles, cognitives et socioaffectives ». Ce programme d'actions coordonnées est mené sur cinq territoires de la région auprès des enfants, de leur famille et de leur environnement proche, dans une approche globale de la santé incluant l'ensemble des acteurs et des lieux de vie concernés (dans et hors de l'école).

À notre connaissance, aucune évaluation des effets à long terme du développement des compétences psychosociales sur les idées suicidaires ou les tentatives de suicide n'a encore pu être réalisée en France. Cela exige en effet un suivi des enfants sur le long terme. Aux États-Unis, une intervention pour améliorer les compétences psychosociales d'enfants scolarisés et âgés de 6 à 12 ans, intitulée Good Behavior Game (GBG), a fait l'objet de nombreuses évaluations, dont celle des effets à long terme sur les comportements suicidaires (Kellam *et al.*, 2011)¹⁴. Le GBG est une intervention mise en œuvre par l'enseignant dans sa salle de classe qui vise à diminuer les comportements perturbateurs et agressifs des enfants en développant leur sentiment d'appartenance à une communauté. Les enfants sont répartis en équipes. Chaque équipe perd des points lorsqu'un des membres perturbe la classe ou adopte un comportement agressif. Cette intervention a été développée pour aider les enseignants à gérer leur classe sans avoir à intervenir de façon individuelle face à un élève perturbateur. L'impact à court terme a été mesuré par l'enseignant et par des observateurs extérieurs. Les effets à long terme, en particulier sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, ont également été évalués lorsque les enfants avaient atteint une vingtaine d'années. Le programme GBG a été testé dans les écoles élémentaires publiques de Baltimore en 1985-1986, en s'appuyant sur un essai randomisé contrôlé. L'essai a été mis en œuvre dans 41 classes de 19 écoles auprès de deux cohortes successives. Trois groupes de classes constitués de façon aléatoire ont été instaurés : un premier groupe où le GBG était mis en place ; un deuxième groupe où un programme d'amélioration de la lecture, Mastery learning, a été mis en œuvre, avec, comme effets attendus, une amélioration de l'estime de soi et une diminution de la dépression ; et un troisième groupe de contrôle, sans intervention particulière.

À court terme, il a été démontré que le GBG réduisait les comportements agressifs et perturbateurs en classe. À plus long terme, les jeunes hommes qui ont participé

14. Le programme « Good Behavior Game » est actuellement en cours d'expérimentation en région PACA par Catherine Reynaud-Maurupt du groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale.

au GBG présentent moins de problèmes de violence et de consommation de substances psychoactives que ceux du groupe de contrôle. Chez les jeunes femmes, l'effet est moins net, mais les filles ont globalement moins de comportements perturbateurs tout au long de la scolarité. Les participants au GBG ont aussi moins d'idées suicidaires que le groupe de contrôle, l'effet est significatif pour les deux sexes, mais il n'y a pas d'association significative avec les tentatives de suicide. L'intervention d'un programme d'amélioration de la lecture, Mastery Learning, n'a pas d'impact sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

4.3. Des programmes d'interventions spécifiques pour repérer les adolescents à risque

En complément de ces interventions en amont, il est nécessaire de développer des programmes destinés plus particulièrement à repérer des adolescents à risque élevé de comportements suicidaires afin de leur proposer une prise en charge et un accompagnement adaptés (Wyman, 2014). L'école constitue là aussi un lieu intéressant pour intervenir, car les jeunes y passent beaucoup de temps, en dehors de ceux qui sont déscolarisés et qu'il faut donc repérer par d'autres moyens. Trois types d'interventions de prévention du suicide en milieu scolaire sont à distinguer :

- le dépistage par autoquestionnaire (*screening*) ;
- la formation de sentinelles (*gatekeeper training*) au repérage de jeunes ;
- le développement d'un climat propice au dévoilement aux adultes du mal-être et des idées suicidaires des jeunes.

Ces programmes en milieu scolaire ont plusieurs défis à relever (O'Connor *et al.*, 2011) : obtenir le soutien du personnel scolaire, ne pas trop concurrencer le temps scolaire et surmonter la réticence des adolescents à demander de l'aide. En particulier, le soutien de l'administration de l'école est primordial afin que les interventions ne soient pas perçues comme une charge supplémentaire par le personnel.

Le dépistage de jeunes à risque par autoquestionnaire (*screening*)

Ce type d'intervention vise à repérer des jeunes à risque suicidaire à l'aide d'un autoquestionnaire généralement rempli en classe, avec l'accord des parents et de l'enfant, puis à confirmer le risque par un entretien avec un professionnel de santé mentale et enfin à orienter les jeunes ainsi détectés vers une prise en charge. Si ce procédé est efficace pour identifier les jeunes à risque (Mann *et al.*, 2005), il l'est aussi pour améliorer la probabilité que les jeunes ainsi repérés bénéficient effectivement de soins (Gould *et al.*, 2009). Mais pour cela, il nécessite que l'école ait des relations avec des professionnels de santé mentale facilement accessibles.

La réussite dépend aussi de la perception qu'ont les parents du besoin de soin en santé mentale de leur enfant. L'étude européenne SEYLE (voir *infra*) ne montre en revanche pas d'effet significatif du dépistage par autoquestionnaire sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide (Zalsman *et al.*, 2016 ; Wasserman *et al.*, 2015).

Ce type de programme présente par ailleurs le défaut de conduire à la détection de nombreux « faux positifs », c'est-à-dire des enfants détectés à risque par l'autoquestionnaire mais qui ne présentent finalement pas de risque confirmé. Néanmoins, il permet de repérer des jeunes qui ne l'auraient pas été autrement et de les accompagner. L'un des obstacles fréquents de ce type de programmes est la faible acceptabilité par le personnel de l'école, mais il présente l'avantage de ne pas faire reposer la charge du repérage des risques sur les pairs.

Le repérage par autoquestionnaire est aussi expérimenté lors des passages aux urgences (voir la recherche d'Erick Gokalsing dans la partie sur l'avancement des travaux) ou dans d'autres lieux comme les cabinets des médecins généralistes. Les travaux de recherche qui s'intéressent à ce type de programme consistent à comparer les résultats obtenus avec différents types d'autoquestionnaires, qui varient par leur longueur et le type de questions posées. Ils mesurent la sensibilité (ou sélectivité) du questionnaire, c'est-à-dire sa capacité à donner un résultat positif lorsque le jeune est à risque et la spécificité, qui mesure la capacité d'un questionnaire à donner un résultat négatif, lorsque le jeune n'est pas à risque. Les recherches visent aussi à mesurer l'acceptabilité de ce type d'intervention auprès des jeunes et de leurs parents. Elles portent enfin sur la présence d'éventuels biais de réponse liés aux conditions dans lesquelles l'autoquestionnaire est renseigné. Les recherches mentionnent un biais de « désirabilité sociale » qui peut conduire à sous-déclarer un mal-être afin de ne pas être stigmatisé. Ce biais serait plus fréquent chez les jeunes appartenant à des catégories défavorisées (King *et al.*, 2012).

La formation de sentinelles (*gatekeeper training*)

Il s'agit d'un programme visant à donner aux adultes (le personnel scolaire) ou aux adolescents (les pairs) la capacité et les connaissances pour identifier les jeunes à risque et engager les décisions appropriées. L'intervention repose sur des personnes formées au repérage dans l'environnement quotidien de l'école¹⁵. Les signes précurseurs sont les mots utilisés (expression de l'envie de mourir, etc.) ou les changements de comportements (changement d'humeur, etc.). La formation du

15. Selon Jean-Luc Douillard, la formation de sentinelles au repérage des adolescents en souffrance et à l'intervention en situation de risque suicidaire peut également être réalisée auprès de professionnels de fonctions ou d'institutions différentes, mais intervenant sur les mêmes territoires. Il est ainsi plus facile et rapide pour ces sentinelles de se contacter pour évoquer la situation d'un adolescent en souffrance pour lequel plusieurs professionnels devront intervenir conjointement. Ces professionnels sentinelles travaillent en réseau avec l'objectif de repérer plus tôt un adolescent en souffrance et d'organiser, de manière cohérente et à proximité de son lieu de vie ou de scolarité, une prise en charge adaptée.

personnel scolaire tend à surmonter l'obstacle de la réticence des jeunes à demander de l'aide. La formation des pairs repose sur l'idée que les jeunes se confieront d'abord plus facilement à d'autres jeunes qu'à des adultes. L'enjeu est néanmoins de convaincre les jeunes, qu'ils soient eux-mêmes en souffrance ou qu'ils aient identifié des amis dans ce cas, à en référer aux adultes. Comme pour le type d'intervention précédent, la réussite de ce second type d'intervention exige que les écoles établissent un réseau de ressources en santé mentale avant la mise en œuvre du programme et que les parents perçoivent l'importance d'accompagner leur(s) enfant(s) vers le soin.

L'évaluation de l'efficacité de la formation de sentinelles est généralement effectuée en comparant les connaissances des personnes avant et après la formation. Cependant, un niveau élevé de connaissance ne signifie pas nécessairement que les personnes sauront prendre les décisions attendues lorsqu'elles seront confrontées à des jeunes en souffrance. Cette mise en pratique peut être envisagée dans le cadre de la formation. Ainsi, une étude (Cross *et al.*, 2011) s'appuyant sur un essai randomisé contrôlé, compare une formation à l'attention du personnel scolaire et de parents, avec répétitions et jeux de rôles, à une formation uniquement théorique. Les deux formations améliorent les connaissances et les attitudes des personnes formées face au suicide. Mais celle incluant une mise en pratique est plus performante, principalement car les adultes sont préparés à demander aux jeunes s'ils ont pensé à se suicider, ce qui est difficile à faire sans pratique préalable. L'inclusion des parents est intéressante car elle permet de diffuser la formation au-delà de l'école, puisque les parents formés transmettent les informations dans leurs réseaux (amis, famille, collègues, etc.). Quelle que soit la formation, avec pratique ou sans, les acquis déclinent vite avec le temps par manque de mise en application des enseignements. Les auteurs suggèrent donc de trouver des dispositifs pour maintenir les acquis dans le temps, avec des formations sur le Web ou *via* des applications.

Question, Persuade, Refer (QPR) est un exemple de programme de formation de sentinelles, à l'attention des adultes régulièrement au contact d'élèves (professeurs, personnel administratif de l'école, infirmiers scolaires, etc.). Une évaluation de ce programme (Wyman *et al.*, 2008) montre que, même si les connaissances et les attitudes face au suicide sont améliorées pour tous les adultes formés, seuls ceux qui communiquaient déjà avant la formation avec les jeunes au sujet de la dépression et du suicide deviennent plus performants pour détecter les jeunes à risque. Les auteurs concluent qu'une formation pour des personnes qui sont naturellement tournées vers la communication avec les jeunes (*natural gatekeepers*) associée à des actions pour encourager l'appel à l'aide des jeunes est une piste efficace. L'étude européenne SEYLE (voir *infra*) ne montre toutefois pas d'effet significatif de la formation d'adultes sentinelles en milieu scolaire sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide des jeunes (Wasserman *et al.*, 2015).

Le programme SOS Signs of Suicide est destiné à former des pairs sentinelles. Il est composé d'un cours de connaissances sur la dépression, le suicide, les outils de repérage et les solutions possibles, organisé sur deux jours et dispensé à l'ensemble des lycéens. Le message pédagogique insiste sur l'importance de reconnaître les signes de dépression ou les idéations suicidaires chez un ami, de faire savoir à l'ami en question qu'on se préoccupe de son état et d'informer un adulte responsable. Ce programme comporte aussi un autoquestionnaire de repérage des jeunes à risque auquel les élèves peuvent répondre, mais il ne joue pas un rôle majeur dans le programme. Les résultats des premières évaluations sont synthétisés dans le chapitre 29 du *International handbook of suicide prevention, research, policy and practice* (O'Connor *et al.*, 2011). Ces résultats font apparaître une augmentation de la demande d'aide aux infirmiers ou conseillers scolaires dans les trente jours après la fin du programme, par rapport à l'année qui a précédé. Une augmentation plus faible et non statistiquement significative de la demande d'aide pour des amis en souffrance a été mesurée. Une évaluation récente (Schilling *et al.*, 2016) met en évidence que le programme SOS Signs of Suicide est associé à une diminution des tentatives de suicide déclarées dans les trois mois qui suivent le programme. De plus, le programme est plus efficace pour les participants ayant des antécédents de tentative de suicide.

Une revue de littérature systématique récente (Robinson *et al.*, 2013) souligne que ces deux types de programmes consistant à repérer des jeunes à risque : dépistage par autoquestionnaire (*screening*) et par des personnes formées (*gatekeeper training*) sont efficaces. De plus, une étude (Husky *et al.*, 2011) compare les deux types de programme et montre que le premier permet de détecter une plus forte proportion de jeunes, grâce à la première étape organisée en classe qui opère un repérage plus systématique *via* l'autoquestionnaire, et augmente la probabilité que cette détection soit suivie d'une consultation en services de santé.

Des programmes visant à améliorer les connaissances en santé mentale des adolescents et faciliter la communication avec les adultes

D'autres types de programmes visent à améliorer les connaissances en santé mentale des adolescents, dont celles sur le suicide, et à faciliter le dialogue entre pairs et entre jeunes et adultes en instaurant de nouvelles normes de communication. Il s'agit ainsi de favoriser l'entraide entre jeunes, de convaincre les jeunes de demander de l'aide aux adultes et d'augmenter leur prise en charge. Ces programmes intègrent des informations sur les lieux de consultation spécialisée auxquels les adolescents ont accès.

Le programme Sources of Strength adopte ce type de démarche. Il consiste à former des pairs en petit nombre, appelés « pairs leaders », qui seront chargés

de transformer le climat de l'école. Il s'agit de s'appuyer sur l'influence des pairs pour améliorer la qualité des liens entre jeunes, entre jeunes et adultes, et renforcer la demande d'aide des jeunes auprès des adultes. En facilitant les relations entre adultes et élèves, la communication du mal-être des jeunes vers les adultes et l'orientation vers le soin devraient être favorisées. Ce programme a été évalué par un essai randomisé contrôlé dans dix-huit écoles dans trois États américains (Wyman *et al.*, 2010). L'intervention s'est déroulée en trois phases : 1) la formation de quelques adultes dans l'école pour superviser les pairs leaders, 2) la formation des pairs leaders, 3) l'identification d'adultes de confiance et la diffusion de messages sur le dispositif Sources of Strength par les pairs leaders vers les autres élèves. Il a été observé que ce programme a surtout modifié la perception qu'ont les élèves vis-à-vis des adultes de l'institution scolaire. Ces derniers pouvant devenir des aidants. Il a aussi facilité la demande d'aide par les élèves, qui sollicitent fréquemment que le secret soit gardé. Les effets sont plus importants pour les jeunes ayant des antécédents d'idées suicidaires et pour les pairs leaders qui étaient les plus distants des adultes de l'école. En revanche, aucun effet sur les idées suicidaires n'a été observé. Les auteurs soulignent qu'il faudrait étudier les effets sur une plus longue période pour en tirer des conclusions solides sur les comportements suicidaires.

Le dispositif Porte t'apporte en région Auvergne-Rhône-Alpes, présenté par l'association Apsytude (annexe III), s'appuie également sur la prévention par les pairs avec le double objectif d'augmenter la réception des messages de prévention et d'instaurer de nouvelles normes de communication et d'entraide au sein de la communauté. Ce programme déployé en résidence universitaire vise à augmenter la consultation d'un psychologue en cas de mal-être, à améliorer le dépistage des étudiants souffrant d'un mal-être, de dépression ou de crise pré-suicidaire¹⁶ et à accroître leur prise en charge. Il cherche enfin à renforcer les ressources des étudiants pour maintenir une bonne santé mentale. Les actions de prévention sur le suicide et la dépression sont effectuées par des stagiaires étudiants en psychologie, qui interviennent deux fois par an à la porte des chambres en résidence universitaire. L'évaluation du programme s'est déroulée dans trois groupes de résidences, le premier bénéficiant du programme complet (consultations gratuites de psychologues et deux interventions en porte-à-porte), le second bénéficiant d'un programme simple (consultations gratuites de psychologues sans intervention en porte-à-porte), alors que le groupe de contrôle était uniquement soumis à un questionnaire administré en porte-à-porte en début et fin d'année. Le programme complet s'est avéré efficace à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il permet une diminution significative de la prévalence de la détresse psychologique, de la dépression et de son intensité, et du risque suicidaire dans le groupe ayant bénéficié du porte-à-porte. Il semble que ces variations s'expliquent par l'amélioration, là aussi significative, des connaissances et des croyances sur

16. Il s'agit d'une période au cours de laquelle est présent un ensemble de symptômes et de troubles du comportement traduisant l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire.

la dépression et le suicide. L'intention de recours à un psychologue est également améliorée.

Évaluation du programme SEYLE

L'étude SEYLE, présentée par Jean-Pierre Kahn, est la première évaluation européenne à comparer dans une même étude, menée auprès de jeunes lycéens, différents dispositifs de prévention du suicide, tels que ceux décrits ci-dessus (annexe II ; Wasserman *et al.*, 2015 ; Kahn *et al.*, 2015).

Les quatre dispositifs comparés à l'aide d'un essai randomisé contrôlé sont (annexe II) :

- Profscreen (Professional Screening) : il s'agit d'un dispositif d'identification d'élèves à risque par des professionnels de la santé mentale sur la base d'un autoquestionnaire ;
- Question, Persuade and Refer (QPR) : il s'agit d'une formation d'adultes sentinelles ;
- Awareness (Yam) : ce programme est centré sur les élèves eux-mêmes et sur l'amélioration de leurs connaissances en santé mentale ;
- le programme de contrôle est sans intervention active, mais comporte un simple affichage des supports du programme Yam.

92 % des élèves identifiés à risque par l'autoquestionnaire ont pu être vus en entretien diagnostique visant à confirmer ou infirmer les troubles repérés. Ce taux élevé est lié au fait que l'entretien était mené dans les locaux du lycée et non en milieu hospitalier. Le programme QPR a montré un intérêt, mais il est accepté de manière diverse par les enseignants, en fonction de leur perception de l'ambiance de travail au sein de leur établissement et de leur propre santé mentale. La plupart des enseignants pensent ignorer tout à fait l'état émotionnel de leurs élèves et ne souhaitent pas s'immiscer dans ces questions, notamment en France. Indiscutablement, le programme Awareness (Yam) a été bien accepté par les élèves. Il a permis une meilleure réactivité des élèves en souffrance et une assistance entre pairs. Ce programme a toutefois posé des problèmes de mise en place dans les classes de première et terminale en raison des horaires chargés.

Sur le plan longitudinal, l'étude Yam fait apparaître à un an un effet significatif sur les tentatives de suicide subséquentes et les idées suicidaires sévères. Ce programme universel de courte durée est significativement plus efficace que l'absence d'intervention. Il réduit de plus de moitié les nouvelles tentatives de suicide. Il diminue également la stigmatisation des problèmes de santé mentale chez les élèves mais aussi chez les adultes des établissements concernés.

4.4. La prévention par les outils connectés et le Web

Comme l'a souligné Sofian Berrouiguet (annexe IV), l'opportunité de prévenir le suicide grâce aux outils numériques mobiles connectés et au Web ouvre des perspectives nouvelles. Dans ce domaine, les outils recensés sont variés et les évaluations se multiplient. Néanmoins, à ce jour, les études de qualité sur les interventions en ligne et *via* les mobiles pour la prévention du suicide des jeunes sont encore rares (Perry *et al.*, 2016).

La prévention du suicide peut recourir à des outils d'autoévaluation en ligne qui s'appuient uniquement sur le Web et ne prévoit aucune intervention humaine. L'efficacité de ce type d'outils est limitée par l'absence d'intervention humaine pour proposer une prise en charge adaptée et de qualité. Par contre, ces outils d'autoévaluation en ligne peuvent aussi être intégrés dans les interventions en milieu scolaire, comme décrites plus haut, afin de repérer les jeunes à risque. Sur ce modèle, il faudrait réfléchir à des interventions en ligne pour former des « sentinelles » (Perry *et al.*, 2016).

Des dispositifs de prévention du suicide ont été mis en place sur les réseaux sociaux. Des modérateurs ont alors la charge de repérer les sujets exprimant des idées de suicide sur les chats et les forums. C'est une autre piste à envisager.

La prévention du suicide peut également s'appuyer sur un dispositif de veille et de maintien d'un contact avec les suicidants par SMS, tel que celui en cours d'évaluation au CHU de Brest (Berrouiguet *et al.*, 2014). L'envoi de textos vise à entrer en contact avec le patient dans une approche de réassurance de la relation thérapeutique et lui rappelle les coordonnées d'urgence en cas de besoin. Ce protocole n'est pas spécifiquement destiné aux sujets jeunes. Il apparaît néanmoins que le maintien d'un contact par texto est bien accepté, notamment chez les jeunes où le taux d'équipement en téléphones portables est élevé.

L'évaluation écologique connectée est un autre type de dispositif. Elle part du principe qu'entre deux consultations, la possibilité existe, grâce aux objets connectés, d'obtenir des informations concernant l'état de santé mentale du patient. Ces informations sont transmises à l'équipe soignante avant la prochaine consultation, et complètent l'évaluation clinique. Néanmoins, plusieurs obstacles au développement de tels outils apparaissent, comme l'impression pour les patients d'une intrusion dans le quotidien et la méfiance quant à l'utilisation des données recueillies. Une difficulté spécifique au sujet jeune concerne la place des parents et des aidants, qu'il faudrait repenser en cas de contact direct avec le jeune *via* son smartphone.

Au niveau européen, Supreme, un programme de prévention du suicide développé, mis en place et évalué sur le Web est instauré. Il prend appui sur un partenariat d'experts et de professionnels en prévention du suicide de différents pays européens. Un des objectifs est le développement d'un site internet interactif et multilingue ciblant les adolescents et jeunes adultes de 14 à 24 ans (Carli *et al.*, 2014). Ce site comportera des informations sur les problèmes de santé mentale, la possibilité de demander de l'aide, la déstigmatisation du suicide et le soutien par les pairs. Un autre objectif est l'élaboration de guides de bonnes pratiques à destination des médias (journaux et magazines) qui ciblent les jeunes lecteurs, ainsi que de revues de littérature scientifique sur les interventions efficaces sur le Web.

En France, le programme Papageno¹⁷ vise à limiter les effets de contagion suicidaire par les médias ; des actions sont notamment en cours de développement *via* les réseaux sociaux (voir le complément du premier dossier thématique). Il consiste à travailler avec les journalistes sur la modération de la communication à la suite de suicides ou de tentatives de suicide et sur les messages de prévention à penser pour réduire le risque de contagion. C'est un programme national soutenu par la Direction générale de la santé du ministère des Solidarités et de la Santé et qui s'inscrit dans l'action 31 du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Il concerne les 19 écoles françaises de journalisme dont 14 sont agréées. Il repose sur un partenariat tripartite entre le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps), la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France, et l'Association lilloise de l'internat et du post-internat en psychiatrie (ALI2P). Il bénéficie du soutien de l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (Affep).

Les outils numériques mobiles connectés et le Web ouvrent ainsi de nombreuses pistes pour la prévention du suicide des jeunes et pour la recherche dans ce domaine. Il faudrait en particulier engager des recherches sur l'impact de ces outils sur la décision médicale et sur l'évaluation de leur efficacité.

4.5. Autres dispositifs de prévention du suicide des jeunes

Pour les jeunes déscolarisés ou isolés, résidant en milieu rural par exemple, il faut développer des actions proactives : aller vers eux régulièrement pour leur délivrer des messages de prévention. Pour aller vers les adolescents les plus isolés en milieu rural, les équipes mobiles de pédopsychiatrie constituent une approche pertinente dans une perspective de prévention et de repérage de comportements suicidaires (Haza et Grolleau, 2008). C'est aussi la stratégie « d'aller vers » qui sous-tend

17. www.papageno-suicide.com/

le dispositif Porte t'apporte, présenté plus haut, qui tente de pallier l'isolement des étudiants en résidence universitaire.

Par ailleurs, comme chez les adultes, les interventions visant à réduire les récurrences auprès des jeunes passant par le système de soins après une tentative de suicide (intervention thérapeutique brève, maintien d'un contact à la sortie de l'hospitalisation, etc.) ou à détecter et à soigner des jeunes à risque consultant un médecin (formation de médecins à la prise en charge de jeunes dépressifs) sont prometteuses. Cependant, peu de travaux ont été publiés sur la manière de réduire la récurrence auprès des individus à risque qui n'ont pas de contact avec le système de soins. La formation d'adultes ou de pairs formés à la prévention du suicide ou la postvention sont des solutions possibles.

Références bibliographiques

- **Bennett, K. et al.** (2015, juin). A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (6), 245-257.
- **Berrouguet, S. et al.** (2014, juin). SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*, 14, 294. doi: 10.1186/S12888-014-0294-8
- **Carli, V., Hadlaczky, G., Hökby, S., Sarchiapone, M., Wasserman, D.** (2014, janvier). Suicide prevention by internet and media based mental health promotion (supreme). *European Psychiatry*, 29, sup. 1,1.
- **Choquet, M., Ledoux, S.** (1994). *Adolescents : enquête nationale*. Paris, France : éditions Inserm.
- **Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., Caine, E. D.** (2011, septembre). Does practice make perfect ? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The journal of primary prevention*, 32 (3-4), 195-211. doi: 10.1007/s10935-011-0250-z
- **Cusimano, M. D., Sameem, M.** (2011, février). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention*, 17 (1), 43-49. doi: 10.1136/ip.2009.025502
- **Cyrułnik, B.** (2011). *Quand un enfant se donne « la mort », attachement et sociétés*. Paris, France : Odile Jacob.
- **Direction générale de la santé** (2016). *Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011-2014, annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*.
- **du Roscoät, E.** (2014, mars). Réflexions autour des programmes de prévention du suicide par les pairs. Injep, *Cahiers de l'action*, 43, 69-72.
- **du Roscoät, E., Beck, F.** (2013, octobre). Efficient interventions on suicide prevention : a literature review. Elsevier Masson, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 (4), 363-374. doi: 10.1016/j.respe.2013.01.099
- **du Roscoät, E., Beck, F.** (2012, novembre-décembre). Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature scientifique. *Indres, La santé de l'homme*, 422.
- **Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., Altschuler, E.** (2009). Service use by at-risk youths after school based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (12), 1193-1201. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5
- **Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., Moro, M.-R.** (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence : a systematic review. *PLoS One*, 11 (4). doi: 10.1371/journal.pone.0153760
- **Haza, M., Grolleau, É.** (2008, février). Un dispositif expérimental de consultation pour adolescents en milieu rural. *Le Journal des psychologues*, 254, 68-70. doi: 10.3917/jdp.254.0068

- **Hetz, M. F., Donato, I., Wright, J.** (2013, juillet). Bullying and suicide: a public health approach. *The Journal of Adolescent Health*, 53 (suppl. 1). doi : 10.1016/j.jadohealth.2013.05.002
- **Husky, M. M., Kaplan, A., McGuire, L., Flynn, L., Chrostowski, C., Olfson, M.** (2011, juin). Identifying adolescents at risk through voluntary school-based mental health screening. *Journal of Adolescence*, 34 (3), 505-511. doi : 10.1016/j.adolescence.2010.05.018
- **Jousselme, C., Cosquer, M., Hassler, C.** (2015). *Portraits d'adolescents – Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Paris, France : éditions Inserm.
- **Kahn, J. P. et al.** (2015). Important variables when screening for students at suicidal risk: Findings from the french cohort of the SEYLE study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (10), 12277-12290. doi : 10.3390/ijerph121012277
- **Kahn, J. P., Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G.** (2014, février). A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behaviour: Findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13 (1), 78-36.
- **Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. et al.** (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30 (10), 1030-1045. doi : 10.1002/da.22114
- **Kellam, S. G., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H. et al.** (2011, juillet). The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6 (1), 73-84.
- **King, C. A., Hill, R. M., Wynne, H. A., Cunningham, R. M.** (2012). Adolescent suicide risk screening : The effect of communication about type of follow-up on adolescents' screening responses ; *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 41 (4), 508-515.
- **Lake, A. M., Gould, M. S.** (2011). School based strategies for youth prevention. Dans O'Connor, R. C. et al. *International handbook of suicide prevention, research, policy and practice* (p. 507-529). John Wiley and Sons.
- **Lamboy, B., Clément, J., Saïas, T., Guillemont, J.** (2011, novembre-décembre). Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. Inpes, *Santé publique, HS 23*, 113-125. doi: 10.3917/spub.110.0113
- **Le Breton, D.** (2015). *Adolescence et conduites à risque*. Paris, France : éditions Fabert.
- **Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J. et al.** (2005). Suicide prevention strategies : a systematic review. *JAMA*, 294 (16), 2064-2074.
- **Observatoire national du suicide** (2016, février). *Suicide - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives* (2^e rapport). Paris, France.

- Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A. L., Christensen, H. (2016). Web-based and mobile suicide prevention interventions for young people: a systematic review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25 (2), 73-79.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., King, M. B. (2016, janvier). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 6 (1). doi: 10.1136/bmjopen-2015-009948
- Randall, J. R., Nickel, N. C., Colman, I. (2015, novembre). Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *Journal of affective disorders*, 186, 219-225. doi: 10.1016/j.jad.2015.07.001
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., O'Brien, M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34 (3), 164-182. doi: 10.1027/0227-5910/a000168
- Rolling, J., Ligier, F. (2015, novembre). L'adolescent suicidaire et la société actuelle, réflexions psychopathologiques et prévention suicidaire. *Eres, Cliniques*, 10 (2). doi: 10.3917/clini.010.0122
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., James, A. (2016, février) The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, 17 (2), 157-166. doi: 10.1007/s11121-015-0594-3
- Swanson, S. A., Colman, I. (2013, juillet). Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth, *CMAJ*, 185 (10), 870-877. doi: 10.1503/cmaj.121377
- van Geel, M., Vedder, P., Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 168 (5), 435-442. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.4143
- Wasserman, D. *et al.* (2015, avril). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385 (9977), 1536-1544.
- Wyman, P. A. (2014, août). Developmental approach to prevent adolescent suicides: Research pathways to effective upstream preventive interventions. *American Journal of preventive Medicine*, 47 (3 suppl. 2), 251-256. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.039
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M. *et al.* (2010, septembre). An outcome evaluation of the sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*, 100 (9), 1653-1661.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., Pena, J. B. (2008, février). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-Year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 104-115.
- Zalsman, G. *et al.* (2016, juin). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3 (7), 649-659.

Annexe I • L'enquête « portraits d'adolescents »

Auteur • Jean-Luc Douillard

1. Objectifs

L'enquête¹⁸ a poursuivi plusieurs objectifs : analyser les comportements des adolescents dans le contexte culturel actuel en prenant en compte la qualité de leur processus d'adolescence ; identifier des sous-groupes d'adolescents présentant des fonctionnements ou des comportements à risque ; déterminer de nouveaux indicateurs de difficultés dans les processus d'adolescence, en distinguant les facteurs de « protection » et les facteurs « aggravants » qui les exposent à la souffrance aiguë et au risque suicidaire ; proposer des contenus aux programmes d'éducation et de promotion de la santé de la naissance à l'adolescence ; proposer des actions de prévention mieux adaptées, ciblées par territoire de santé, distinguant rural et urbain ; expérimenter des dispositifs innovants pour la prévention du risque suicidaire primaire et secondaire des enfants, adolescents et jeunes adultes.

2. Méthodologie et champ de l'enquête

L'enquête s'est déroulée de façon mixte (qualitative et quantitative) et transversale en milieu scolaire (Éducation nationale - enseignement agricole). La population cible était celle des 13-18 ans dans trois zones géographiques très différentes. Le taux de participation s'est élevé à 91,4 %. L'échantillon comprenait 15235 jeunes, dont 52 % de filles et 48 % de garçons, âgés en moyenne de 15,4 ans. Les collégiens représentaient 35,9 % et les lycéens 64,1 % de cet échantillon.

3. Principaux résultats de l'enquête

Le paysage de leurs loisirs

Les jeunes interrogés indiquent en majorité que leurs loisirs quotidiens préférés consistent à écouter de la musique (75 % des filles et 62 % des garçons), être avec leurs amis de la vie réelle (55 % des filles et 51 % des garçons), utiliser un ordinateur pour internet (40 % des filles et 36 % des garçons) et pour jouer (16 % des filles et 25 % des garçons). En revanche, une très faible minorité n'utilise jamais un ordinateur pour aller sur internet ou pour jouer.

18. Joussetme, C., Cosquer, M., Hassler, C. (2015). *Portraits d'adolescents – Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Paris, France : éditions Inserm.

En 1993, 44 % des adolescents lisaient des livres plusieurs fois par semaine alors qu'ils ne sont plus que 21 % en 2013.

Les réseaux sociaux

88 % des jeunes ont accès aux réseaux sociaux et les utilisent, cette part augmentant avec l'âge (78 % des jeunes à 13 ans et 98 % à 18 ans). Leurs réseaux sociaux préférés sont Facebook, Skype et Twitter. Les motivations principales tiennent au fait que leurs amis y vont également (77 %). En outre, 20 % des jeunes évoquent le caractère interactif et 19 % la confidentialité pour justifier leur présence sur les réseaux sociaux. Ceux-ci constituent un espace de socialisation, qui a un rôle essentiel dans le sentiment d'appartenance à un groupe.

Leurs amis et internet

Globalement, les jeunes déclarent avoir plus d'amis réels que sur internet. 41 % des garçons et 37 % des filles ont, par ailleurs, vu en vrai des amis d'abord rencontrés sur internet. Toutefois pour près de 99 % des adolescents, les amis les plus importants sont ceux de la réalité.

Idées noires et tentatives de suicide

À la question « que faites-vous lorsque vous pensez que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ? », une grande majorité (75 % des filles et 56 % des garçons) répondent qu'ils s'isolent. Toutefois, une forte proportion de jeunes déclare également : « écouter de la musique » (66 % des filles et 50 % des garçons), « aller voir des copains » (35 % des filles et 36 % des garçons), « faire du sport » (21 % des filles et 33 % des garçons) ou « jouer à des jeux vidéo » (9 % des filles et 45 % des garçons).

8 % des adolescents déclarent avoir déjà effectué une tentative de suicide au cours de leur vie et 4 % disent en avoir fait plusieurs. Ce sont majoritairement des filles dans les deux cas. En 1993, sur un échantillon non strictement comparable, ils n'étaient que 6 % à déclarer avoir déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, dont un quart à plusieurs reprises (Choquet et Ledoux, 1994). Chez les garçons et les filles, la tentative de suicide intervient à l'âge moyen de quinze ans et quatre mois.

Annexe II • L'évaluation du programme SEYLE

Auteur • Jean-Pierre Kahn

L'évaluation récente du programme SEYLE, s'appuyant sur différentes interventions en milieu scolaire évaluées selon un essai randomisé contrôlé, apporte des éléments de connaissances récents sur des données européennes¹⁹. Elle montre qu'un programme d'information et d'éducation auprès de l'ensemble des élèves d'une classe, à travers des jeux de rôle, un fascicule informatif que les jeunes pouvaient emporter à domicile et des posters éducatifs, portant sur la dépression, l'anxiété, le stress, mais aussi les tentatives de suicide et le suicide, s'est avéré plus efficace pour réduire les idées suicidaires et les tentatives de suicide des adolescents scolarisés que les autres programmes (formation d'adultes sentinelles, repérage des troubles suicidaires par autoquestionnaires et par des professionnels).

L'étude SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) est un programme financé dans le cadre du 7^e appel d'offres des Communautés européennes, axé sur la prévention du suicide, mais aussi sur la promotion de la santé mentale en général. Le programme comporte quatre objectifs principaux :

- constituer une base de données sur la santé, le bien-être et les valeurs des adolescents en Europe : il s'agit de collecter des données comparatives entre les différents pays européens et de renseigner sur les symptômes subsyndromiques des maladies mentales (signes précurseurs avant la pathologie déclarée) ;
- prévenir les comportements suicidaires et promouvoir des comportements sains chez les adolescents européens en fournissant des modèles d'intervention préventive fondés sur des preuves scientifiques : SEYLE est à ce point de vue la première étude randomisée contrôlée à l'échelle européenne ;
- comparer quatre programmes d'intervention, dont un programme de contrôle, visant à réduire les comportements de prise de risques ;
- proposer au niveau européen, dans le cadre d'une analyse d'acceptabilité financière, un modèle de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, finançable au niveau de la communauté européenne et adapté à l'hétérogénéité culturelle du continent.

L'étude s'est déroulée dans 11 pays : un pays coordinateur (Suède) et 10 pays participants représentés chacun par un centre. La cohorte de départ a réuni 12 000 étudiants, et près de 10 000 après un an d'étude.

19. Wasserman, D. *et al.* (2015, avril). School-based suicide prevention programmes : the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385, 1536-1544.

168 lycées ont participé sur les 232 sollicités (soit 72 %). Les établissements ont été sélectionnés parmi un panel de lycées publics d'enseignement général, comportant au moins 40 élèves de 15 ans ou plus, 3 enseignants pour ces élèves et un sex ratio ne dépassant pas 60 %. Les élèves recrutés étaient âgés de 14 à 17 ans, avec une moyenne d'âge d'environ 15 ans, pour un effectif final de 11 110 étudiants.

Le centre français a recruté 20 lycées dans les quatre départements de l'ex-Lorraine. Les quatre stratégies d'intervention ont été attribuées aux lycées de manière aléatoire (une intervention par lycée). Le consentement de l'élève et des deux parents a été demandé. Le tirage au sort a été réalisé par l'université de Columbia (externe au projet).

L'étude a commencé à l'automne 2010 par le tirage au sort des lycées et la préparation des interventions. À T0 (octobre 2010), le questionnaire de base a été distribué, suivi de la mise en place de l'intervention spécifique (octobre-décembre 2010). L'évaluation par questionnaire a été réalisée à 3 mois (T3) et à 12 mois (T12). Les programmes testés sont les suivants :

- Profscreen (Professional Screening) : après identification d'élèves à risque par des professionnels de la santé mentale à partir du questionnaire de base, l'équipe SEYLE a pris contact avec les élèves identifiés et les a fait convoquer par le lycée dans les locaux de l'établissement. Ils ont été reçus par un psychiatre ou un psychologue clinicien muni d'un questionnaire ouvert, semi-structuré, qui a décidé au terme de l'entretien soit de diriger l'élève vers des structures de santé mentale, soit de ne pas intervenir ;
- QPR (Question, Persuade and Refer) : le programme a pour objectif de former des adultes « sentinelles » parmi les équipes de professionnels des lycées pour leur permettre de détecter les comportements à risque ;
- Awareness (Yam)²⁰ : ce programme était centré sur les élèves eux-mêmes. Il a instauré des jeux de rôles, encadrés par une conférence de mise en place des éléments théoriques et un retour d'expérience. Ce programme s'est doublé dans les classes d'une exposition d'affiches sur la gestion des situations stressantes ou conflictuelles ;
- information (bras contrôle) : le programme de contrôle était sans intervention active, se contentant d'un simple affichage des supports du programme précédent et d'une distribution sur demande de cartes départementales des ressources de santé mentale et des coordonnées du service coordonnateur.

L'autoquestionnaire auprès des élèves comporte 127 questions provenant d'échelles standardisées internationales utilisées en psychologie clinique et psychiatrie : échelle de dépression, d'anxiété, de tendances suicidaires, d'automutilation,

20. Yam : Youth aware of mental health.

informations sur les habitudes alimentaires, la recherche de sensations, les comportements délinquants, la consommation de substances, l'exposition aux médias, les relations sociales, le harcèlement par les pairs, l'absentéisme. L'auto-questionnaire a été rempli par tous les étudiants, à T0, T3 et T12. Deux questions permettaient de repérer les urgences et déclenchaient la convocation à un entretien. Le « facilitateur » était un personnage central, qui répondait aux questions et aux attentes à tout moment de l'étude. Les taux de participation s'élevaient à 79 % sur l'ensemble des pays participants, et à 81 % pour la France.

Il apparaît que les lycéens français se placent parmi les plus anxieux et déprimés d'Europe. Dépression et anxiété infracliniques sont liées à la suicidalité. Elles sont fortement corrélées entre elles, quand les formes subsyndromiques sont en revanche plus souvent isolées. L'identification précoce de ces comportements est importante. Les déclarations d'automutilations concernent entre 12 % et 13 % des lycéens français. La prise en charge par traitements médicaux est extrêmement faible, en particulier en France. L'étude a également pris en compte le sommeil, et il apparaît que la tendance aux idées suicidaires est inversement proportionnelle au temps de sommeil. Or les lycéens français sont ceux qui dorment le moins dans l'ensemble de l'échantillon.

Par ailleurs, l'utilisation pathologique ou non adaptée d'internet s'avère plus importante en milieu urbain. Elle se trouve accrue lorsque l'élève ne vit pas avec ses parents biologiques, en présence d'un faible investissement parental ou par le chômage des parents. Les élèves qui ont le moins de soutien affectif sont les plus vulnérables aux addictions à internet.

Une analyse par la méthode des classes latentes²¹ fait ressortir trois groupes : un groupe à faible risque (58 %) qui présente des faibles scores à la plupart des conduites à risque, un groupe à fort risque (13 %) avec des scores élevés à toutes les conduites à risque et une prévalence élevée pour les idées suicidaires et les symptômes dépressifs et anxieux et enfin un troisième groupe à risque invisible (29 %). Ce dernier groupe réunit des élèves, qui obtiennent des scores faibles à la plupart des échelles de conduites à risque, mais qui se distinguent par un sommeil réduit, la sédentarité, une forte exposition aux médias, et qui présentent des prévalences similaires au groupe à haut risque pour les idées suicidaires et les symptômes dépressifs et anxieux. Cette observation met en exergue une nouvelle cible de prévention à travers l'utilisation des médias en milieu scolaire. Il apparaît une forte prévalence de symptômes ou de troubles psychiques à l'âge de 15 ans, qui plaide en

21. Les classes latentes sont construites en se fondant sur les réponses observées. Les cas se trouvant dans la même classe latente sont similaires sur le plan de leurs réponses.

faveur d'une action en classe de troisième ou même plus tôt, si possible dans une classe sans examen de fin d'année.

En conclusion, Jean-Pierre Kahn rappelle que l'étude SEYLE est la première étude européenne de prévention des conduites suicidaires chez les adolescents. C'est l'étude contrôlée randomisée qui a réuni le plus grand nombre de participants. Sa force réside dans les critères principaux de jugement d'efficacité en matière de nombre de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires structurées. Aucun suicide n'est à déplorer sur l'ensemble de l'étude.

Annexe III • L'évaluation du dispositif Porte t'apporte

Auteurs • Laurentine Véron et Fanny Sauvade

La recherche-action Porte t'apporte est l'évaluation d'un programme de prévention de la dépression et du suicide chez les étudiants vivant en résidence universitaire. Elle est menée par Laurentine Véron et Fanny Sauvade, toutes deux psychologues, codirectrices et cofondatrices d'Apsytude.

Apsytude est une association à but non lucratif dont l'objet est de favoriser le bien-être des étudiants et leur réussite personnelle et universitaire. Les actions menées relèvent aussi bien de la prévention, de la promotion de la santé mentale que de la prise en charge.

Vingt-trois psychologues constituent l'équipe, soutenue dans ses actions par quarante-huit financeurs. Le travail de communication sur le thème du suicide et de la santé mentale auprès du public étudiant est important et nécessaire. Les actions menées sont de différents ordres :

- *Speed Meeting* : stand de sensibilisation permettant la déstigmatisation du recours à un professionnel de santé mentale ;
- *P'ose* : action auprès de petits groupes sur des thématiques ciblées (confiance en soi, gestion du stress, rapport à l'alcool, etc.), à la demande des établissements ;
- *Happsy Hours* : activité la plus importante en volume horaire, il s'agit de consultations gratuites avec un psychologue offertes aux étudiants sur leur lieu de vie ou d'étude, grâce à des partenariats ;
- *Happsy Line* : complément en ligne des *Happsy Hours*, à destination notamment des étudiants à l'étranger ;
- *Pro'position* : formations des professionnels au contact des étudiants au repérage des difficultés, orientation vers les structures de santé mentale, etc. ;
- *Réseau* : mise en réseau avec les autres professionnels du secteur socioprofessionnel médical et éducatif ;
- *Site internet* : articles sur les difficultés rencontrées dans la vie étudiante, proposant des actions de premier recours ;
- *Porte t'apporte* : programme de prévention visant à prévenir la dépression et le suicide chez les étudiants vivant en résidence universitaire.

Le programme Porte t'apporte a été mis en place avec le soutien financier de l'ex-Inpes et il est financé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, la région Auvergne-Rhône-Alpes et le Crous de Lyon.

Les deux spécificités de ce programme sont l'intervention en porte-à-porte en soirée dans les résidences universitaires et l'action de prévention par des pairs : quinze étudiants en psychologie ont été recrutés comme stagiaires et formés à ce type d'intervention.

La thématique de la dépression et du suicide est prégnante au sein de la population étudiante. L'expérimentation a été mise en place en 2012-2013 ; elle a montré de très bons résultats. Le protocole de recherche et d'intervention a ensuite fait l'objet d'un nouveau ciblage et le thème a été recentré sur la dépression et le suicide. Le programme a été reconduit sous cette forme améliorée en 2015-2016.

Pour réduire la dépression et le risque de tentative de suicide ou d'idées suicidaires, le programme vise à améliorer le bien-être et à susciter la fréquentation des *Happsy Hours*. L'étudiant doit pouvoir repérer les signes de détresse et savoir à qui s'adresser pour aller mieux. Les *Happsy Hours* doivent donc être connues et les étudiants doivent identifier les questions qu'ils peuvent aborder avec les psychologues ; ils doivent aussi reconnaître que les psychologues sont compétents pour les aider. L'accessibilité du service est essentielle.

Les objectifs du programme sont d'augmenter la consultation de psychologue en cas de mal-être, d'augmenter le dépistage des étudiants en situation de mal-être, dépression ou crise présuicidaire ainsi que leur prise en charge, et de renforcer les ressources des étudiants pour qu'ils conservent une bonne santé mentale.

Les actions de prévention sont effectuées par des stagiaires étudiants en psychologie, qui interviennent deux fois par an à la porte des étudiants. La première intervention en début d'année permet de faire connaître les *Happsy Hours* et de lever, par la discussion, les freins au recours à un professionnel. La deuxième intervention vise à donner des repères aux étudiants pour identifier les situations de mal-être chez eux et chez des proches. Ces interventions personnalisées s'appuient sur le « Kit va bien » et le site internet²².

La prévention se poursuit par les *Happsy Hours*, dans les résidences entre 18 heures et 21 heures, une fois par semaine. L'accès à la consultation est favorisé, afin d'agir au plus tôt, dès les premiers signes de détresse. Les professionnels sont formés au repérage et à la prévention de la crise suicidaire.

La prévention par les pairs est un parti pris, mais les étudiants sont formés, encadrés et supervisés. Les protocoles de réponse aux différentes situations sont validés individuellement par téléphone avec un psychologue quand ils sont mis en place par un stagiaire. La prévention par les pairs augmente la réception du message, et

22. www.apsytude.com/fr/

instaure de nouvelles normes au sein de la communauté, en identifiant l'étudiant en psychologie comme un futur professionnel.

L'intervention est annoncée par affichage. Les stagiaires sont formés au questionnement socratique²³, afin d'augmenter les connaissances des résidents. Le kit de prévention permet de laisser une trace de l'intervention afin que l'étudiant puisse se référer à un support. L'entretien place des repères très pratiques pour déclencher rapidement une demande d'aide en cas de besoin.

Le kit de prévention et le site internet visent à déstigmatiser, informer et mettre en capacité. L'enjeu est de donner une information fiable, précise mais accessible. Les éléments d'information doivent pouvoir être diffusés au sein de la communauté étudiante. Dans ce cadre, l'humour est un bon vecteur de communication. Les pochettes orange du kit contiennent une fiche reprenant la question posée en intervention : « Comment vas-tu aujourd'hui ? » Le but est de susciter un questionnement en profondeur sur l'état psychique des étudiants, en passant par l'humour.

En cas de risque suicidaire repéré, un protocole est appliqué. En fonction du niveau de risque, les actions engagées varient, de l'incitation à consulter à une action plus directive et plus rapide (accompagner l'étudiant aux urgences).

L'évaluation du programme s'est faite dans trois groupes de résidences, le premier bénéficiant du programme complet (*Happsy Hours* et deux interventions en porte-à-porte); le second bénéficiant d'un programme simple (*Happsy Hours* sans intervention en porte-à-porte); un groupe de contrôle a simplement été soumis à un questionnaire administré en porte-à-porte en début et fin d'année.

3 000 étudiants ont été soumis à cette évaluation. L'échantillon présente une légère majorité de femmes et une surreprésentation des sciences et techniques et des étudiants en première et deuxième années de cursus. La représentativité des types de logements et des origines des étudiants est bonne.

Il ressort de cette évaluation que 21 % des étudiants sont en détresse psychologique; 5 % en épisode dépressif majeur; 6,2 % en risque suicidaire faible; 1,4 % en risque suicidaire moyen; 1,6 % en risque suicidaire élevé. 5,1 % des étudiants déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Les premiers résultats des interventions de prévention individualisées du suicide et de la dépression, effectuées en porte-à-porte par des pairs formés, semblent efficaces à plusieurs niveaux. Tout d'abord, elles permettent une diminution significative de la

23. Le questionnement socratique est une technique où l'on pose des questions dans le but d'aider les autres à apprendre. Cette dénomination provient de la façon d'enseigner de Socrate.

prévalence de la détresse psychologique (mesurée avec le MH-5), de la dépression (mesurée avec le MINI-A) et son intensité (BDI-II), et du risque suicidaire (MINI-C) dans le groupe bénéficiant du porte-à-porte. Il semble que ces variations s'expliquent par l'amélioration, là aussi significative, des connaissances et des croyances sur la dépression et le suicide. L'intention de recours à un psychologue est également accrue. Ces différents éléments constituent le cœur des interventions.

Par ailleurs, le programme est très bien accepté puisque 100 % des participants souhaiteraient voir le programme renouvelé. D'autres résultats seront bientôt disponibles sur www.apsytude.com.

Annexe IV • La prévention par les outils connectés

Auteur • **Sofian Berrouiguet**

En matière de prévention du suicide chez les jeunes, il convient de s'intéresser aux outils connectés. Il ressort ainsi d'une étude du Crédoc²⁴ que le taux d'équipement en téléphones mobiles est très élevé dans la population française, même s'il varie en fonction de l'âge (par un effet de génération), du diplôme et du niveau de vie. En revanche, le taux d'équipement en smartphones, en moyenne de 90 % chez les 18-24 ans et de 79 % chez les 25-39 ans, baisse ensuite très significativement pour ne plus concerner que 15 % de la population âgée de 70 ans ou plus. La situation est encore plus marquée dans le domaine des objets connectés (balance électronique, appareil connecté qui analyse les phases de sommeil ou les mouvements, etc.).

Une étude publiée en 2013 « Accessing suicide-related information on internet: a retrospective observational study of search behavior »²⁵ a mis en évidence que l'accès sur internet aux données concernant le suicide en général pouvait conduire, en quelques clics, à des blogs enseignant les moyens de se suicider. Il est donc tout autant possible de conduire des opérations de prévention du suicide sur les moteurs de recherche tels que Google.

La santé connectée concerne des outils de prévention accessibles à la population, relevant généralement de la technologie mobile. Les outils de prévention du suicide recensés sont variés : outils d'autoévaluation, de rappel, thérapies en ligne... Les fonctions invisibles pour l'utilisateur sont celles du *data-mining* et de l'aide à la décision médicale.

L'objectif des dispositifs de veille actuels est de maintenir le contact avec les sujets suicidants, soit par téléphone soit par voie postale. Aujourd'hui, le lien peut être maintenu par une application internet ou une application pour smartphone rappelant la disponibilité des soins aux patients à risque. Les protocoles d'utilisation des SMS ou des objets de *hangout* de type *whatsapp* prévoient généralement que le professionnel de santé reste en contact avec le patient pendant une certaine période (6 mois). À cette phase succède une période de suivi habituel sans contact, puis une évaluation au cours d'une troisième période.

Les résultats de ce protocole ne sont pas spécifiquement connus chez les sujets jeunes. Il apparaît néanmoins que ces outils sont acceptables, avec un taux de refus

24. Baromètre du numérique (2015, décembre). Étude réalisée à la demande du Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGE) et de l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP). CREDOC.

25. Wong, P. W.-C., Fu, K.-W., Yau, R. S.-P. *et al.* (2013, janvier). Accessing suicide-related information on the internet: a retrospective observational study of search behavior. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (1). doi: 10.2196/jmir.2181

très faible. Les limites tiennent en revanche à la faiblesse de la dimension évaluative, et au fait que ces outils n'ont que peu d'impact sur la décision médicale.

L'évaluation écologique connectée part du principe qu'entre deux consultations, la possibilité existe, grâce aux objets connectés, d'obtenir des informations concernant l'état de santé mentale du patient. Ces informations seraient transmises à l'équipe soignante avant la prochaine consultation et complèteraient l'évaluation clinique.

En France, la principale étude est conduite par le professeur Philippe Courtet (MeMind²⁶). L'objectif est de comparer deux cohortes de patients suicidants dépressifs, et dépressifs non suicidants, pour identifier les différents paramètres les distinguant. L'étude établit que l'accès aux outils connectés permet aux soignants de bénéficier d'une analyse clinique fine des idées de suicide.

Des réseaux sociaux connus ont mis en place des dispositifs de prévention du suicide. Sur les chats et les forums, les modérateurs ont la charge de repérer les sujets exprimant des idées suicidaires. Une équipe australienne²⁷ a procédé au recueil de 14 000 tweets, dont 2 000 ont été classés manuellement en trois catégories : « très inquiétants », « possiblement inquiétants » et « négligeables ». Puis la même analyse a été effectuée par un algorithme capable d'identifier ces trois catégories, avec un taux de concordance de 80 %. L'analyse automatique sur les réseaux sociaux est donc techniquement possible. Une telle analyse fait appel aux techniques de big data, ce qui pose des problèmes d'accès aux données et des problèmes légaux.

La question de l'usage secondaire de l'ensemble des données recueillies auprès des sujets suicidaires se pose. L'Institut Mines-Télécom et le CHU de Brest souhaitent à ce titre conduire une étude relative à la décision médicale et la suicidologie. À partir des données récupérées par l'intermédiaire des outils connectés, les patients seraient classés en fonction du niveau de risque grâce à des méthodes de *clustering*.

Les jeunes représentent un public spécifique et l'utilisation des dispositifs médicaux en ligne risque d'occasionner un envahissement de l'espace privé. Une deuxième difficulté chez le sujet jeune concerne les parents et les aidants, dont il faudrait réinventer la place en cas de contact direct avec le jeune *via* son smartphone. Sans compter que se pose également le problème de la sécurité des données.

26. Barrigón, M. L., Berrouiguet, S., Carballo, J. J. *et al.* (2017, mars). User profiles of an electronic mental health tool for ecological momentary assessment: MeMind. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26 (1). doi : 10.1002/mpr.1554

27. O'Dea, B. *et al.* (2015). Detecting suicidality on Twitter. *Internet Interventions*, 2 (2), 183-188.

