

Avis voté lors de l'Assemblée plénière du 12 février 2013

Suicide : plaidoyer pour une prévention active

Déclaration du groupe des personnalités qualifiées

M. Corne. Monsieur le Président, Monsieur le rapporteur, mes Chers collègues, le titre, *Plaidoyer pour une prévention active*, définit précisément le but de ce projet d'avis et marque les limites d'un sujet complexe qu'il ne pouvait franchir sans risques, faute de données précises sur certains sujets, faute d'orienter les suites qu'il mérite sur de fausses voies.

Plaidoyer pour une prévention active, oui, bien sûr. En médecine, on a l'habitude de parler de prévention vis-à-vis des maladies clairement identifiées (maladies cardiovasculaires, maladies cancéreuses, maladies infectieuses). Le suicide n'est pas lui-même une maladie, mais un acte résultant d'une multitude de facteurs, parfois identifiables mais souvent inexplicables. À cela, vient se greffer le caractère tabou qui incite les entourants (famille, amis, collègues de travail) à ne pas en parler. Un peu comme, il y a des décennies, il fallait dissimuler qu'un proche était atteint de tuberculose, comme une maladie honteuse.

Faut-il pour autant dire que l'on ne peut rien faire et baisser les bras, alors que des chiffres qui ont été évoqués tels que 11 000 morts par an et 230 000 tentatives de suicide doivent au contraire dynamiser notre réflexion.

C'est ce que la section des affaires sociales et de la santé, à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir, sur proposition de Didier Bernus, a tenté de prouver à travers un projet d'avis qui, s'il comporte un certain nombre d'imperfections, a le mérite d'identifier des données très précises qui devront être prises en compte dans les plans d'actions qui ne manqueront pas de se mettre en place à la suite de ce projet d'avis.

Le projet d'avis insiste - cela vient d'être dit par Mme Boutaric de manière très détaillée - sur le fait que le suicide est, dans une grande majorité de cas, la résultante d'un état dépressif extériorisé et donc connu, mais bien souvent masqué et non diagnostiqué, et par conséquent, non traité. Nous retombons donc sur la capacité du médecin traitant d'être en mesure d'effectuer ce dépistage et d'avoir la compétence de sa prise en charge, soit directement, soit par la coopération avec un spécialiste.

Comme nous l'avons énoncé avec Jean-Claude Etienne dans notre avis sur La prévention en matière de santé, il est ici répété la nécessité d'une meilleure formation des professionnels de santé pour un diagnostic plus affiné, et en corollaire, un meilleur usage des médicaments, en l'occurrence, dans ce cas précis, un meilleur usage des psychotropes.

Des expériences avec études randomisées, comme c'est le cas au CHU de Lille, démontrent l'efficacité du suivi des patients à risque. Le fait de garder avec eux un contact régulier, prolongé dans le temps, sans forcément des consultations mais des écrits et/ou appels téléphoniques, apporte d'excellents résultats. Le projet d'avis

préconise de développer et de pérenniser ce genre de structures de prévention du suicide et de leur attribuer les moyens d'une réelle prise en charge.

Le projet d'avis précise que la prévention du suicide est une responsabilité collective et évoque, peut-être trop rapidement, comme l'ont fait remarquer certains intervenants, le rôle majeur des familles. Faisant par ailleurs la même remarque pour un certain nombre de nos avis.

Difficile pour nous de sectoriser, pour les analyser, les catégories d'âge. Nous aurions triplé le volume du projet d'avis ; ce n'était pas notre but. La proposition de création d'un Observatoire national du suicide pourrait faire dire à certains - cela ayant déjà été proposé il y a dix ans - qu'il s'agit d'un manque d'efficacité, d'un manque d'originalité. Pas du tout. Cet Observatoire doit travailler avec les nouveaux outils qui sont définis dans ce projet d'avis, que je voterai donc avec enthousiasme.

Mme Levaux. Monsieur le rapporteur, Mesdames, Messieurs, le projet d'avis présenté par notre collègue sur un sujet aussi complexe est un projet d'avis de grande qualité qui ouvre sans tabou les enjeux de prévention et les pratiques préventives. Même si j'aurais souhaité qu'il aille un peu plus loin, je le voterai.

Par mon intervention, j'ai souhaité mettre l'accent sur un groupe de notre population qui a fait l'objet d'une statistique questionnante relevée dans le projet d'avis : celle des personnes avancées en âge. Trois mille aînés sur les 12 000 suicides évoqués par an. Plus on avance en âge, plus le taux de suicide augmente.

Tout en comprenant la volonté du rapporteur de ne pas intervenir en segmentant les populations concernées et de proposer une approche de recommandations transversales en créant entre autres un Observatoire et un travail en réseau, je m'interroge sur la nécessité d'une prise en compte spécifique par les politiques publiques, par les professionnels, et pas uniquement les soignants, et par la société tout entière de la culture de bien-traitance envers nos aînés.

Les causes de suicide de nos grands aînés sont multiples. Elles sont souvent la conséquence de l'isolement, de l'abandon, de l'indigence des conditions de vie, de la pauvreté affective. Mme Delaunay et Mme Carlotti ont installé le Comité national pour la bien-traitance et les droits des personnes âgées et handicapées.

Notre Conseil, fidèle à son devoir de prévention, ne peut passer sous silence les causes et conséquences qui dépassent le seul prisme sanitaire et épidémiologique. Si le suicide de nos grands aînés est identifié par la statistique, il n'a pas encore franchi la porte de notre prise de conscience collective. Or, c'est l'attention et la bienveillance de la société envers ses aînés qui sont questionnées. Je salue en ce sens la préconisation n°6 : « La prévention du suicide : affaire de tous. » Peut-être faudrait-il parler de prévention des suicides pour que le plaidoyer et son intention soient au rendez-vous de toutes les populations concernées ?