

# CRESCENDOC

Réseau documentaire en éducation pour la santé du Centre

13<sup>ème</sup> journée nationale pour la prévention du suicide

**Précarité et suicide**

Orléans 3 février 2009

## *Recueil d'articles*



## **I- Tendances**

**Qualité de vie : une évaluation positive.** Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A. (dir.).Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007, 608 p.

FURTOS Jean. **La souffrance psychique des personnes en situation de précarité. Conférence du 17 octobre 2000 à RESA 39.** Lons le Saunier : Réseau d'Entraide et de Solidarité Agricole du Jura, 2000, 6 p.

**Evolution du taux de suicide et du pouvoir d'achat en France de 1979 à 1995.** Suicide l'envers de notre monde. BAUDELOT Christian, ESTABLET Roger. Paris : Seuil, 2006, p.78

## Qualité de vie : une évaluation positive

Arnaud Gautier, Cynthia Kubiak, Jean-François Collin

La perception de la qualité de vie est évaluée dans cette enquête au moyen du profil de santé de Duke. Cette échelle prend en compte différentes dimensions, dont les principales sont la santé physique, la santé mentale ainsi que les relations sociales. Les « scores » sont normalisés de 0 à 100 (100 correspondant à la qualité de vie optimale).

D'une manière générale, la perception de la qualité de vie liée à la santé varie significativement selon les principales caractéristiques sociodémographiques des individus. Le score de santé générale, regroupant les trois principales dimensions de l'échelle, est supérieur chez les hommes, chez les personnes les plus jeunes de l'échantillon, chez celles qui vivent en couple, disposant des revenus et des diplômes les plus élevés. Par ailleurs, quelques différences apparaissent selon la région d'habitation – une moins bonne perception de la qualité de vie est observée dans la région Ile-de-France et dans le nord de la France –, mais également selon la situation professionnelle puisque les personnes au chômage jugent plus négativement leur santé, notamment dans le domaine de la santé mentale. La perception de la qualité de vie est liée très logiquement à l'état de santé « objectif » : les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique obtiennent un score de santé générale inférieur de 6 points en moyenne à celui des personnes ne souffrant d'aucune maladie.

Enfin, les sujets ayant vécu des événements douloureux avant l'âge de 18 ans, notamment de graves disputes entre les parents, des problèmes financiers ou encore une maladie, un handicap ou le décès de la mère pour les femmes, ont au moment de l'enquête une perception de leur qualité de vie altérée. Le divorce des parents n'apparaît pas en tant que tel comme un événement diminuant la qualité de vie à venir.

Peu d'évolutions sont observées depuis 1995, année où le questionnaire de Duke a été posé pour la première fois dans le Baromètre santé. Le score de santé générale a néanmoins augmenté légèrement, passant de 69,8 à 71,2 sur 100 en dix ans. Cette progression traduit essentiellement une évolution dans le domaine de la santé mentale, seule dimension pour laquelle les scores augmentent linéairement et significativement depuis 1995, de 72,2 à 75,1. Cette amélioration est plus particulièrement sensible chez les femmes les plus âgées de l'échantillon (55-75 ans).

Concernant les adolescentes de 15 à 19 ans, elles présentent toujours en 2005, et de manière très préoccupante, les scores moyens les plus bas sur plusieurs dimensions et notamment celles en rapport avec la santé mentale.

*Conférence du 17 octobre 2000 :*

**«LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE  
DES PERSONNES EN SITUATION  
DE PRÉCARITÉ»**



*Intervenant :*

**Docteur Jean FURTOS**

**R. E. S. A. 39**

Réseau d'Entraide et de Solidarité Agricole du Jura  
B.P. 39 39001 LONS-LE-SAUNIER cédex  
☎/Fax 03-84-24-95-11

Permanences : Mardi et Jeudi de 9 h-12 h 30



## PRÉSENTATION DE L'INTERVENANT

Le Docteur Jean FURTOS, médecin psychiatre au Vinatier à Bron (69) et fondateur de l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique des personnes En Rapport avec l'Exclusion (O.R.S.P.E.R.E.), a abordé trois thèmes :

- I La situation de précarité
- II La Souffrance psychique
- III La relation d'aide

### I – LA PRECARITE

Elle peut être définie de trois manières :

#### → Pauvreté

La notion de pauvreté est variable d'un pays à l'autre, et par rapport à un certain seuil, à une culture donnée, à une certaine époque (quelqu'un peut être pauvre en France, mais riche en Afrique...).

#### → Exclusion

Le préfixe « ex » signifie « hors de », c'est-à-dire « être fermé dehors » ou sans domicile. C'est un terme très fort, en lien avec le sentiment républicain selon lequel on ne peut laisser personne « en dehors ». Aux Etats-Unis, l'exclusion n'est pas un problème, le tout est d'être parmi les bons, les excellents. Certaines personnes peuvent avoir un sentiment d'exclusion sans être pauvres ; dans quelques entreprises françaises, des salariés n'ont plus de tâches définies, ne sont pas licenciés et éprouvent le sentiment de ne plus « exister » .

#### → Précarité

Le mot vient du latin et signifie "demander", "supplier", "prier", c'est-à-dire prendre en compte le fait que seul, on ne peut pas vivre. Cependant, plus on est dans la précarité, moins on demande ; on n'a plus d'autonomie, on découvre la fragilité d'avoir trop besoin des autres.

#### Nous vivons dans une société précaire !

Une société précaire est une société où tout le monde a l'obsession de perdre les objets sociaux que sont le travail, l'argent, le logement, le statut social..., ou l'omniprésence de la peur de perdre : les pauvres n'ont pas peur de perdre, car ils n'ont rien ; par contre ceux qui ont une situation, ont peur de la perdre.

Dans une société précaire, existent :

Ceux qui travaillent (salariés, travailleurs libéraux...)	
Certains vont bien	Certains vont mal
Ils se disent : «Même si je perds, je m'en sortirais...» L'anticipation de la perte ouvre à de nouveaux investissements.	Dans certaines entreprises, jusqu'à 20% des gens vivent dans un malaise indescriptible, par anticipation négative de l'avenir (parmi nos contemporains, certains, avant d'avoir perdu, ont perdu". Ils vivent dans l'amertume !). « Si je perds (par exemple mon travail) je suis foutu ».

Ceux qui ne travaillent pas - de façon transitoire - pour une longue durée - ou font des petits boulots	
Certains vont bien	Certains vont mal
Avec l'aide des services sociaux..., ils se sentent épaulés et se débrouillent → bonne anticipation de l'avenir (travailler au noir et même voler peuvent apparaître comme un projet). Certains pensent revenir dans le circuit ordinaire, et le font. Pour d'autres, le travail n'est plus au centre de leur vie : Avec de l'aide, s'ils vont mal, leur état d'esprit est réversible !	Ils posent problème, car ils nous récusent en tant qu'aidants : pour une raison x ou y, certaines personnes décident de ne plus souffrir. <b>Or, on se sent exister, lorsque cela va mal, en souffrant.</b> Ces personnes sans espoir se coupent alors d'elles-mêmes et <b>ne ressentent plus la souffrance.</b> Ex : un SDF malade dormant dans la rue et ne sentant pas la douleur d'une jambe gangrénée.

Dans les sociétés précaires, tout le monde peut souffrir en étant confronté à la perte de son conjoint, de son travail... ; ce sont des souffrances qui vont de soi, qui permettent de vivre quand elles sont accompagnées (accomplir le travail de deuil).

Mais le fait de ne plus ressentir sa souffrance est grave :

C'est la **clinique de la casse**, la personne se casse et casse le projet en elle. Cela génère de la violence, surtout pour autrui, et un phénomène de destruction de soi-même.

**L'autodestruction : les personnes s'excluent eux-même, car se sentent exclues.**  
**«Pour vivre, je me tue psychiquement ! »**

Nous avons du mal à les aider : ce sont pour beaucoup des personnes en errance, ou cloîtrées (tout s'amoncelle alors dans les pièces...). C'est une population qui ne demande plus rien, "casse" et entre dans un monde à l'envers (comme un gant à l'envers).  
Ex : un homme se promène avec une hache et un couteau « pour ne tuer personne » (il sait qu'ainsi, personne ne l'approchera et qu'il ne prend pas le risque de s'en prendre à quiconque)

3.

On entre dans un **système de la casse de la relation**... La difficulté pour l'éventuel aidant est de rester naturel et de faire preuve d'ingénuité pour être naturel, tout en conservant la bonne distance...

Autrefois la société était différente ; aujourd'hui les adultes parlent de leurs émotions, leurs manières d'être... : nous sommes dans une société hyper-subjective. Quand nous aidons autrui, nous sommes dans une relation hyper-subjective, en prenant en compte l'avis des exclus ! (Rapport LAZARUS sur « les souffrances qu'on ne plus cacher ».

A notre époque, pour être humain, il faut souffrir (cette idée est plutôt récente). La relation d'aide est très subjective : c'est pour cela qu'il y a souffrance !

## **II – LA SOUFFRANCE**

### **① La notion de deuil**

En anglais, il existe trois mots pour le dire :

- être en deuil, le fait d'avoir perdu un objet d'amour (bereavement)
- le rituel du deuil (habits noirs...) (mourning)
- le travail de deuil (notion psychologique = grief)

Ce déchirement intérieur peut provenir de la perte d'une personne, de la cessation d'une activité, la mise à la retraite, etc.

Il y a trois étapes :

- Les personnes traversent une phase d'incrédulité, de refus de la perte.
- Grâce à la souffrance qui aide à vivre et si l'on n'est pas seul, on va pouvoir accepter la perte, mais cela peut durer des mois, voire des années.
- Nous avons enfin une libido à nouveau libre, une force que nous avons de nous accrocher, une énergie !

Très souvent, le deuil est refusé et est devenu un luxe ! Les personnes n'acceptent pas le manque.

### **② La notion de manque**

Nous ne pouvons pas vivre sans manque (notion psychanalytique). Si nous ne pouvons pas faire le deuil, qui est un manque psychologique, on comble par un manque matériel.

Ex : hyper-endettement (mécanisme psychologique dans le temps). Certaines personnes cassent la relation dès qu'on essaie de les aider. Cela crée un manque dans leur vie, qu'elles compensent en consommant à l'excès, donc en s'endettant.

Il faut travailler dans la durée : être trop bon, trop vite, peut pousser les personnes à recasser autre chose.

Le manque est une case vide autour de quoi tout s'organise ; on ne peut pas vivre sans projet : pour aller en avant, il faut un manque (à combler). Chez certaines personnes, on constate un comportement de fuite en avant (une manière de refuser le manque) ou d'hyperactivité (pathologie) pour combler ce manque. Dans une société de consommation où tout va bien, nous devons faire bonne figure. Face au manque, certains produisent, d'autres compensent.

4.

Pour l'accompagnant, la seule chose à faire au début est quelquefois de limiter la casse, en instaurant une relation de confiance pas trop proche (ne pas aller jusqu'à l'emprise ou la maîtrise de l'autre par son action : le "faux-self" signifiant esclave, servile. Un jour ou l'autre, la personne en se révoltant le fait payer.

Par conséquent, quelle marge de manœuvre lui laisser ? **Parfois il faut laisser l'individu se détruire, ou plutôt, on ne peut pas faire autrement. Ce qui est une souffrance très grande pour les aidants.**

### ③ La notion de honte

☐ C'est l'interface du dedans et du dehors (de la vie psychique et de la vie sociale) et c'est le contraire de la fierté, le fait d'être reconnu par les autres comme quelqu'un de bien (par les mots et le regard d'autrui), donc d'être bien.

Il y a deux hontes :

➤ la bonne honte (en italien, la vergogna)

➤ la mauvaise honte

♦ honte rouge, ex. : lorsqu'on fait un lapsus.

♦ honte blanche : honte chronique, la personne devient blême, ne parle plus, n'ose plus sortir, a honte d'être vue (sorte d'enterrement psychique).

☐ Faire honte à une personne en public, c'est une machine à tuer la personne. L'antidote vient du respect. Il faut parler aux gens et les amener avec tact à s'exprimer. Dire que l'on a honte est un comportement humain.

☐ La pathologie de la disparition fait que l'individu « disparaît » par exemple par la honte. Plus on est dans la précarité, plus on est transparent (ex : les dossiers R.M.I. requièrent de nombreux détails de la vie privée).

Quand on aide quelqu'un, il faut faire attention à lui laisser un jardin secret.

Comment continuer d'y croire quand la personne n'y croit plus ?

→ en parler avec les collègues

→ passer la main si besoin

**Plus il y a d'intervenants dans une famille, plus cela prouve qu'elle est exclue ! Il est donc important que les intervenants communiquent entre eux (téléphone, réunions...), de voir qui fait quoi et que chacun s'attache à sa mission !**

Le **travail en réseau**, c'est aussi reconnaître les autres et ne pas être tout-puissant... ; savoir quelle est la "personne vitale", qui a une relation plus importante, un lien de grande confiance, d'intimité, c'est-à-dire un rôle central et respecter celui-ci !

Les gens compensent d'un intervenant à l'autre... : soit ils n'expriment aucune demande, soit ils sont avides de demandes, aux aidants alors de mettre des limites.

L'accompagnant ne peut pas tout maîtriser et il ne faut pas empêcher les proches d'intervenir.



### III – LA RELATION D'AIDE

Au sein de la famille, si un parent est en situation de souffrance, il peut entrer dans des processus de rejet, désaffiliation, rupture de la généalogie (capacité à se détacher de la famille).

En situation difficile, l'homme, à la différence de la femme, devrait être amené à dissocier le rôle social du rôle parental (le travailleur du père). La perte d'un emploi est ressenti comme une honte vis-à-vis des enfants.

Chacun à l'intérieur de la famille doit donc mesurer le rôle psychique des paroles et ne pas oublier que le lien filial est indissoluble s'il continue d'être reconnu et assumé.

#### 1/ Le contrat social ou le lien social

Le lien social s'institue dès la naissance, dans la famille (1<sup>er</sup> groupe social), puis à l'école, au travail, etc. Lorsque l'enfant apprend le langage, cela s'appelle le contrat narcissique : apprendre une langue maternelle, c'est se faire violence alors que naturellement, quand on est petit, on peut toutes les apprendre ! La langue est une vision du monde, par le langage, par les valeurs qu'il porte, par les bonnes manières. L'enfant doit rentrer dans ce contrat narcissique, ou alors, il y a rupture du lien social. Ce dernier a toujours besoin d'être réactualisé.

L'intervention de RESA peut se faire au nom de la République (par rapport à notre financement étatique) ; la **relation d'aide est un parrainage social pour réactualiser le contrat narcissique** : reconnaître un agriculteur en difficulté, c'est lui reconnaître ce statut ! La difficulté des relations humaines, c'est qu'elles sont toujours liées à la détresse. La perte du lien social est toujours un signe de détresse : on est en relation avec l'autre, parce que l'on manque gravement...

**Ex particulier : Les vaches subissent la détresse de l'agriculteur parce que celui-ci n'a de pouvoir que sur elles.... (situation racontée).**

#### 2/ Le bénévolat

Le mot vient du latin : vouloir du bien. Cette idée découle d'un certain « égoïsme », on a besoin d'aider son prochain. La notion de bénévolat vient contredire la culture individualiste. Aujourd'hui, il n'y a jamais eu autant de bénévoles ; par contre leur activité est plus limitée dans le temps (2 à 5 ans).

Le bénévolat est le contraire du militantisme :

→ le militantisme (vient du latin "miles", le soldat) : un ennemi contre lequel on se bat !

→ l'humanitaire

Les bénévoles ne sont pas des professionnels de la relation d'aide ; ils n'ont pas nécessairement assez de distance pour tolérer l'avidité, la déception et/ou pour préserver leur vie privée. La solution est de ne pas travailler seul et d'avoir un groupe pour référent... Le risque du bénévole s'il ne prend pas assez de distance, c'est de se retrouver face à lui-même ; or « je peux m'occuper de toi, parce que je ne suis pas toi ».

### 3/ La demande

Quand il y a trop de demandes, il faut fixer des limites. Si les gens ne demandent pas, on a le droit d'être demandeur nous-mêmes (ce peut même être très important) : «Quand je vous vois comme cela, vous allez trop mal, je ne peux pas vous laisser comme ça... ». C'est aussi respecter les gens... et même si cela déstabilise beaucoup la "destructabilité" des gens de leur dire qu'ils vont trop mal...

On peut demander pour les autres en tant que tiers, en référer à des tiers en tant que tiers... Cette mise en tension peut durer 15 jours à 3 mois. Le cheminement de la demande prend du temps et se fait par étapes : la personne en confusion (sans repères) s'adresse au bénévole, qui en réfère au responsable puis à l'assistant social et enfin au psychiatre ou psychologue.

**Vouloir aider les autres, quelquefois, cela les tue !  
Dire "ça suffit" et accepter le non !**

La récusation est différente de la non-demande, où l'aidant se trouve face à quelqu'un qui est passif : «je ne veux pas que vous m'aidiez». Quelquefois des gens sont plus aidés par les bénévoles que par les professionnels !

La « récusation du nom du père » est un processus qui conduit à la récusation de l'autorité de la relation sociale. L'accompagnant doit aussi l'accepter de la part de la personne accompagnée, car sinon il la "tue". Il faut essayer de passer par les gens non récusés.

Ex : la double mission de la MSA par l'intermédiaire du service du recouvrement et du service social peut entraîner chez certains individus une récusation globale !

### 4/ L'urgence

Elle doit être rapportée à la non-demande ; moins vous demandez de l'aide, plus c'est dans l'urgence ! **Certains ne peuvent accepter que l'on vienne, que si c'est nous qui sommes demandeurs !**

Quand on est dans la récusation de la demande, on ne peut être soigné que dans l'urgence... A un moment donné, il faut aider car les gens ont besoin d'espoir, personne ne peut vivre sans avoir confiance en autrui !

Ex : une femme depuis 3 ans sans domicile exige un logement d'urgence le jour même avant 17h... Malgré le caractère tout relatif de l'urgence, il a été souhaitable de répondre à sa demande, sinon elle retombait dans le désespoir.

**L'urgence, c'est aussi l'espérance !**

Les accompagnants doivent mesurer la capacité des gens à entendre ce que l'on a à leur dire ! Psychiquement les gens se croient éternels... On ne peut pas en rester au discours de la médecine : tant que l'on est vivant, on n'est pas mort.

Les psychiatres attendent aussi la demande. Il y a un besoin que des paroles soient dites également au niveau institué...

## CONCLUSION

La vie est une succession de faits imperceptibles qu'on ne peut pas maîtriser ! Quand on joue sur la relation humaine, il faut surtout être présent et faire ce qu'on peut ! **Tout ce que l'on fait est important.**

Et vouloir que quelqu'un vive plutôt qu'il ne meure pas ! ...

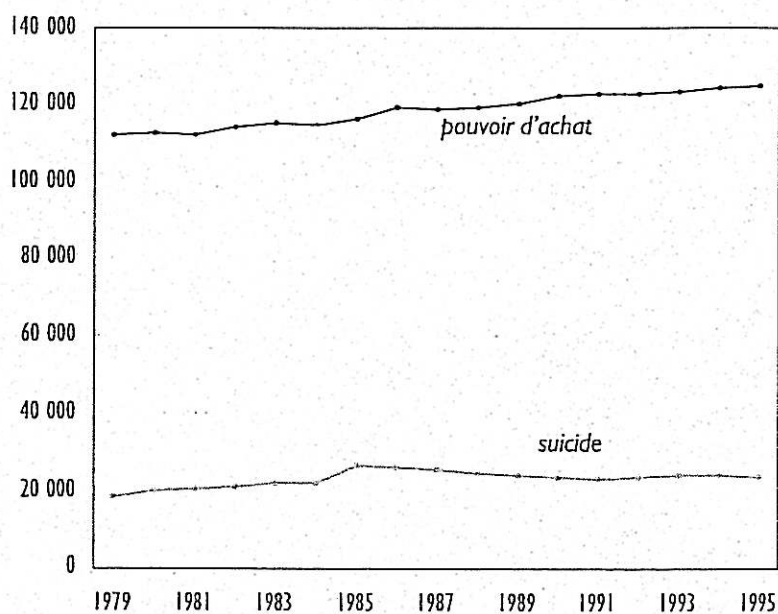


## SUICIDE

Graphique 10

### Évolution du taux de suicide et du pouvoir d'achat en France de 1979 à 1995

(taux de suicide pour 100 millions d'habitants.  
Pouvoir d'achat = revenu moyen par hab. exprimé en francs 1998)



Sources : Suicide, INED ; Pouvoir d'achat, T. Piketty.

année pendant trente ans à un rythme constant de 1948 à 1978. Cette conjoncture de croissance propre aux Trente Glorieuses a certainement cumulé un maximum de facteurs favorables à la sécurité (*welfare*) et à la possibilité de former des projets d'avenir : pour les individus (plein emploi, élévation du niveau de vie,

tourment autour de 15 pour 100 000. Ce qui confirme l'extrême sensibilité du suicide aux fluctuations de la vie économique.

## **II- Précarité et suicide : les jeunes, les adultes et les personnes âgées**

### **Les jeunes et le suicide**

**La société.** Huit clés pour la prévention de suicide chez les jeunes. FALARDEAU Marlène. Sainte Foy : Presses de l'université du Québec, 2002, pp. 111-118

VERGER pierre, GUAGLIARDO Valérie, COMBES Jean-Baptiste (et al). **Facteurs associés à la santé mentale des étudiants : facteurs socio-économiques et universitaires, support social et contrôle de soi.** Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) n°35-36, septembre 2008, pp.325-328

URL : [http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35\\_36/beh\\_35\\_36\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf)

**La tentative de suicide, le rôle de l'enfance.** GRANIER Emmanuel. Idées noires et tentatives de suicide. Réagir et faire face. Paris : Odile Jacob, 2006, pp. 123-124

### **Le travail et le suicide**

**Dépressions et suicides dans le monde des petits paysans.** SALMONA Michèle. Rhizome, n°28, octobre 2007, pp. 5 ; 9

**Radiographie des suicides au travail.** DE LA VEGA Xavier. Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, n°12, sept-oct-nov 2008, pp.68-70

### **Les personnes âgées et le suicide**

**Face au vide de la vieillesse.** Santé mentale, n°84, janvier 2004, pp. 18-28

**LA SOCIÉTÉ**

De nombreux auteurs se sont penchés sur les attributions de la société relativement au suicide, au développement des adolescents et au concept de soi. Erikson (1972) et Rodriguez Tomé (1972) ont fait valoir l'importance, dans la construction de l'identité ou de la perception de soi, de la société et des rôles qui pouvaient y être disponibles et occupés. Muuss (1962) a soutenu que le développement des adolescents était en lien direct avec le type de société (normes, valeurs, croyances, attentes, etc.). Baumeister (1991) a affirmé que le suicide était relié au support à la liberté individuelle et à d'autres aspects d'une société telle la détérioration après la prospérité.

Durkheim (1930) est sûrement l'auteur qui, par sa typologie du suicide, a le plus contribué à cette thématique du lien entre le suicide et la société. Selon lui, le suicide est tributaire du degré d'intégration dans la société. Quoique élaborée au début du XX<sup>e</sup> siècle, la typologie de Durkheim est toujours d'actualité. Cet auteur a nommé quatre types de suicide. Dans le *suicide altruiste*, la personne est prête à donner sa vie pour le bien commun, à se sacrifier pour les autres ; elle s'oublie, elle s'identifie de façon exagérée à la société. Dans le *suicide égoïste*, la personne est préoccupée d'elle-même et ne compte que sur ses propres ressources ; elle manque d'engagement au sein de la société, elle est peu intégrée à son groupe social ou elle en est séparée. Dans le *suicide fataliste*, l'individu est désespéré de ne pouvoir s'actualiser dans un milieu qui offre peu d'occasions de se valoriser et de satisfaire ses besoins ; la personne rejette les excès de réglementation sociale de cette société rigide ; celle-ci l'opprime. Dans le *suicide anémique*, la personne se tue à cause de l'absence de contrainte sociale sur elle ; il s'agit du résultat d'un déclin dans la régulation des normes de la vie sociale ; la société est trop permissive, sans règles ou encore ses normes

ont changé rapidement; cette société offre une multitude d'éthiques, de sorte que les notions de bien et de mal ne sont pas claires; les règles de conduite sont devenues individualisées. L'anomie et l'égoïsme peuvent se renforcer l'un l'autre, menant à un type mixte de suicide.

C'est à partir de corrélations entre la fréquence des suicides et diverses circonstances (situation familiale, lieu d'habitation, etc.) que Durkheim (1930) a constitué ses quatre types de suicide (altruiste, égoïste, fataliste, anémique). Tous résultent de l'excès ou du défaut d'intégration sociale. Ce concept renvoie à la force du lien établi entre la personne et sa société. Ce lien semble tributaire du partage des significations, de l'engagement, de la cohésion des différents éléments, de l'équilibre des forces opposées. Bref, la plus grande contribution de Durkheim est cette hypothèse que le suicide résulte du type de concordance que la personne vit entre elle et sa société.

En ce qui concerne notre société québécoise contemporaine, Gratton (1996) et Lefebvre (1993-1994) ont relevé que depuis 1960 (époque où les taux de suicide au Québec ont commencé à augmenter) les changements dans les fondements religieux, familiaux et éducatifs ont fait en sorte que chacun devait « s'auto-éduquer ». La permissivité a occasionné des absences de contraintes, lesquelles ont engendré, pour bon nombre, le rejet des normes et des lois. Chacun a été laissé à lui-même pour diriger sa vie et l'individualisme a commencé à être valorisé. Quelques-uns des jeunes que j'ai rencontrés ont dit vivre dans des sous-groupes de la société où le mot d'ordre était « chacun pour soi ». C'est un peu comme si les jeunes, en voulant se mettre en marge de la société, recréaient finalement cette même société dans leurs sous-groupes, sans toutefois immédiatement se l'avouer (« chacun pour soi », emphase sur l'argent, routine...). Quand cet aveu devenait réalité, le danger du suicide semblait apparaître. L'individualisme (l'absence de liens significatifs) est apparu, dans la documentation et dans mes travaux, comme un des problèmes importants de notre société moderne; ce problème aurait une influence sur le phénomène du suicide chez les jeunes.

D'autres aspects « sombres » de la société ont été considérés dans le discours des participants à ma recherche. Pour eux, la société et même la planète étaient des « non-sens ». Nous pouvons rapprocher leur perception des idées de Seeman (1959, 1975) qui a lié non-sens, impuissance et isolement. Aussi, leur vie, spécialement à l'approche de l'acte suicidaire, était un non-sens. Les travaux de Stengel (1964) avaient démontré ce vécu; selon les témoignages de ses sujets qui avaient tenté de se suicider, ce geste avait été posé parce que leur vie n'avait plus de sens, parce qu'ils n'occupaient pas une position importante dans leur communauté et qu'ils n'avaient pas leur place dans la société.

Nous pouvons nous interroger à savoir si cette perception des choses est à relier à la période de l'adolescence et, l'excessive sensibilité qui l'accompagne. Cette période de la vie, comme nous le savons, provoque maints bouleversements. Chapelle (1990) a indiqué que la première phase de l'adolescence en était une d'opposition ; il en a situé la sortie, sur le plan de l'âge, vers 16 ans. Plusieurs des jeunes que j'ai côtoyés, bien qu'ils fussent âgés entre 17 et 25 ans, semblaient se trouver dans cette phase. Pour sa part, Johnson (1973) a affirmé que les adolescents étaient à la fois en révolte et en retrait de la société des adultes, parce que leur statut était imprécis et qu'ils subissaient les contraintes d'une société de laquelle ils étaient isolés. Toujours dans la même veine, Herbreteau (1997) a écrit que les jeunes n'avaient que faire du monde et des valeurs des adultes ; il a souligné l'absence de lien et le manque de communication entre les deux groupes d'âge.

Même si plusieurs jeunes, durant la période de l'adolescence, prennent davantage conscience des côtés déplorables de la société et désirent se mettre en marge, ils ne font pas tous des tentatives de suicide. Dans le processus suicidaire, il semble que les schémas de pensée de l'individu interviennent. Plusieurs des participants à mon étude ont dévoilé qu'ils avaient tendance à « tout voir en noir » (la société, les autres, eux-mêmes, etc.) et à « s'entretenir dans le noir ». Je vois un rapprochement entre ces données et les idées de quelques auteurs : Baumeister (1991) a relié le suicide à une pensée étroite, Carrière (1994) a indiqué que les personnes suicidaires avaient une pensée polarisée (extrême : tout est noir ou blanc), Hawton et Catalan (1987) ont établi que les pensées négatives et pessimistes étaient un facteur majeur dans le comportement suicidaire et Labelle (1999) a relevé que plus le jeune était en détresse, plus son évaluation des situations était négative.

Après avoir exploré les caractéristiques de l'adolescent et celles de la société, il m'apparaît important de rappeler que c'est l'interaction entre le jeune et la société qui est en cause. À travers son passage à l'acte, il semble que l'adolescent exprime le trouble de cette interaction composée des mondes sociaux avec ce qu'ils sont et ce qu'ils ont à offrir, et de son soi intime et profond, de sa façon propre à lui de vivre avec ces mondes (réels et intériorisés).

## VUE D'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ

Dans les discours des jeunes, la société est apparue comme une des conditions importantes du phénomène du suicide. Deux propriétés ont émergé : la vision de la société et le rapport à cette société. La « vision »



renvoie à l'image que les jeunes se font de la société. Elle se manifeste dans la perception qu'ils ont du monde extérieur, dans leur représentation des relations entre les personnes et les objets de leur communauté, de leur continent et même de la planète. Le « rapport » renvoie à leur façon d'agir et d'interagir dans la société.

Avant et pendant la tentative, un seul trajet est apparu : les jeunes trouvaient la société sombre et insensée. Ils ont motivé leur perception par de nombreux exemples : ne pas payer des contraventions et aller en prison (ainsi, non seulement l'État ne collecte pas son argent, mais il se trouve à en dépenser), glorifier les héros de guerre, etc. Ils ne se sentaient pas comme faisant partie intégrante de cette société qu'ils trouvaient absurde. Ils ne sentaient pas non plus qu'ils y participaient. Leurs motifs étaient variés : ils estimaient que la société avait peu à leur offrir ; se connaissant mal, ils ne savaient pas ce qu'ils voulaient faire ; etc.

Après la tentative, trois trajets ont émergé : 1) une perception et un rapport à la société semblables à ce qui était vécu avant la tentative, 2) une vision plus positive de la société et une conscience de l'importance de leurs rôles sur la terre, 3) un rapport à la société diminué.

## DÉTAILS SUR LA SOCIÉTÉ

### LA VISION DE LA SOCIÉTÉ

*Avant la tentative*, huit jeunes voyaient beaucoup de non-sens à l'intérieur de la société. Ils mettaient l'accent sur ses aspects sombres ou dysfonctionnels : détérioration de certaines situations, abus de toutes sortes, monotonie et recommencements perpétuels, avoirs partiels et lenteur de l'arrivée des satisfactions, absences de moyens pour assumer les responsabilités, injustice, préjugés, manque de paix, capitalisme, existence et utilisation des drogues, fossé entre les riches et les pauvres, cruauté envers les animaux, destruction des forêts tropicales, manque d'entraide, stupidité, méchanceté, mensonges, matérialisme.

*L'amour existe-t-il vraiment lorsque l'on y pense intensément ? Lorsque des hommes profitent de jeunes enfants, lorsque des hommes battent tous ceux qui les entourent, lorsque chacun de nous tire profit des plus faibles... lorsque l'on sent tout l'univers se détruire par lui-même ? L'amour existe-t-il vraiment dans un monde basé sur la haine ? L'amour existe-t-il vraiment dans un monde rempli de vengeance ?... L'amour existe-t-il vraiment dans un monde rempli de solitude ? L'amour existe-t-il vraiment lorsqu'on voit tout le temps... la haine et la vengeance partout autour de nous... (Mélanie ; D)*



*... puis à toutes les fausses valeurs qui sont véhiculées dans le monde et qui ont fait que je me suis comme perdu puis je ne voyais pas vraiment de vérité, je ne voyais pas vraiment de définition satisfaisante de la vérité dans le monde. Je trouvais que c'était juste un beau ramassis de conneries, un tissu de mensonges, je trouvais que les gens ils se satisfaisaient d'une existence de bétail. Je ne voyais comme pas d'intérêt, tu comprends. Ça ne m'a pas aidé. Ça ne m'a pas aidé du tout.*

*C'était quoi pour toi les conneries ?*

*Comme avoir un plus beau char que le voisin, des affaires de même... Le matérialisme, le capitalisme, comme radical qui sévit en Amérique du Nord; ça me faisait vraiment sauter une coche. Puis à part ça, c'était le manque d'amour qu'il y avait dans le monde, toute la haine qu'il y avait entre les personnes. Puis à l'école, c'était vraiment fort. (François)*

*Pendant la tentative, deux jeunes ont exprimé qu'ils voyaient tout noir ou qu'ils ne voyaient pas de but significatif à atteindre sur la terre.*

*Qu'est-ce que tu pensais de la vie dans les heures proches de ta tentative ? Je pensais que c'était le néant. Je pensais qu'il n'y avait pas de but ici sur la terre. Je pensais que j'allais souffrir toute ma vie puis que ça virerait à rien en bout de ligne, tu sais. (François)*

*Dans ce temps-là, je ne voyais pas de positif, je voyais tout noir. C'est ça qui arrive dans le fond proche de la tentative de suicide, c'est que tu vois tout noir, tu vois vraiment rien de positif. (Patricia)*

*Après la tentative, sept jeunes ont conservé la perception qu'ils avaient avant. Parmi ces jeunes, une s'est montrée consciente de la possibilité de l'existence d'aspects positifs; elle désirait y avoir accès. Deux autres jeunes ont témoigné d'une vision plus positive de la société, en raison, semble-t-il, de l'acceptation des normes et de la volonté de « voir du positif ».*

*Le gouvernement, des fois, ils font des affaires, c'est vraiment con là, des affaires pas pensées.*

*C'est quoi, par exemple, que tu trouves con ?*

*Bien dans quoi, j'en ai en masse, inquiète-toi pas, que ce soit un monde libre, que le monde soit plus heureux. Pas un pays libre, un monde libre. Tout le monde égal sur la terre. C'est gros à dire mais si on était parti avec ça depuis le début on ne serait pas de même. Regarde toute la guerre hostie. Il y en a qui s'engage encore dans l'armée. Ça me révolte bien dur, moi. Après ça, « ah c'est un héros, ah, lui, c'est un héros, monsieur, parce qu'il a tué 50 000 personnes à la guerre puis qu'ils ont réussi à gagner une guerre », c'est con. Ça ne me met pas pantoute dans le beat de vivre. (Mathieu)*

*J'ai besoin qu'on me démontre que le monde n'est pas aussi dégueulasse que tout ce que j'ai vu. J'ai vu des choses inimaginables, que je n'aurais jamais même dans mes pires cauchemars, pu croire que ça existait, tu*

sais... C'est une violence qui est physique, qui est psychologique. Je me dis : « Câlisse, ça se peut-tu que des gens comme ça existent ! » J'ai besoin qu'on me montre les beautés de la vie. (Vanessa)

Avant je me sentais comme oppressé par l'autorité, tu sais. Maintenant, je me soumetts à l'autorité puis c'est le contraire je me sens libre comme jamais auparavant. Pourtant, avant, c'était tout le temps de prendre ma liberté pour aller contre l'autorité, puis de faire des coups, puis de ne pas me faire pagner ; dans le fond, je n'étais pas libre là-dedans, tu comprends. Mais moi je ne m'en rendais pas compte, je pensais que je trouvais ma liberté là, tu comprends. Moi, quand je me soumetts aux autorités, au lieu de les envoyer bête là, je vois la puissance de Dieu, je trouve ça encourageant. Il est dans l'autorité parce que c'est lui qui a institué ça sur la terre même si elle est mal respectée à bien des occasions. Moi, ici, il n'y a pas un flic qui me connaît, je suis libre de mes allées et venues... Je ne me fais pas mettre de bâtons dans les roues. Ça me donnerait quoi de m'élever contre l'autorité ? Je me ramasserais en prison, est-ce que c'est là que je serais libre, en prison ? (François)

Il y a tellement de belles choses. Si tu ne vois pas de positif, si tu dis que tu n'en vois pas là, comme moi, dans ce temps-là, je n'en voyais pas de positif... (Patricia)

## LE RAPPORT À LA SOCIÉTÉ

Avant la tentative, huit jeunes se sentaient en révolte et en marge ou déconnectés de la société. Deux raisons majeures ont été soulevées : 1) la confusion (le jeune ne savait pas ce qu'il aimait, ce qu'il voulait faire), 2) une attitude de « je-m'en-foutisme ». D'autres motifs ont été mentionnés : l'impression d'impuissance, le manque de goût pour l'effort, le peu de moyens offerts par la société pour les aider à développer leur potentiel, le sentiment d'être « de trop ». Un seul jeune a indiqué qu'il se sentait comme une partie intégrante de la société. Le lien se faisait alors à travers l'emploi ; emploi qu'il a d'ailleurs perdu peu de temps avant son geste suicidaire.

Pour moi, je ne faisais même pas partie de la société. Je faisais partie de rien. J'étais invisible pour tout le monde là. Je n'avais pas d'affaire ici là. (Julie)

Tu sais, j'étais disconnecté carré de la société. (Mathieu)

Je ne voulais rien savoir, tu sais. Je voulais rien que triper, moi. (Frédéric)

Moi, c'était de persévérer dans l'emploi. Ce n'était pas d'autre chose. La seule affaire, moi, c'était l'emploi puis l'emploi... Ma vie, c'était ça. (Pierre)

Après la tentative, quatre jeunes étaient conscients de l'importance de leur rôle sur la terre et ils étaient prêts à y mettre des efforts. Cinq autres jeunes ne se sentaient pas intégrés dans la société, car ils voyaient les activités de la majorité comme étant inaccessibles ou leurs désirs comme étant impossibles à satisfaire, ils avaient peur de l'inconnu, ils considéraient qu'il y aurait trop d'efforts à fournir, ils étaient désespérés, ils vivaient de la confusion face à leurs objectifs, ils prenaient l'attitude du « je-m'en-foutisme », ils se définissaient comme « marginaux ».

*Tu sais, je pense que le temps que j'ai à faire ici sur la terre, c'est bien important. Parce que c'est le temps ici sur la terre que ma foi est éprouvée, tu sais. Puis après ça, je vais pouvoir passer à autre chose avec l'esprit tranquille, avec de l'assurance. (François)*

*Ça fait un bout que je sais que je ne pourrai pas avoir d'enfant... Ce que je trouve plate, c'est que ça soit un choix qui est imposé, ce n'est pas un choix que je fais de ne pas en avoir. (Vanessa)*

*Je le sais que c'est possible gagner sa vie avec l'art, mais c'est comme, tu sais, c'est toutes des choses auxquelles je ne crois plus. (Vanessa)*

*Je suis un toxicomane puis que je n'ai pas de diplôme, je n'ai pas fini mon secondaire. Presque aucune expérience de travail. Bien ce n'est pas vrai là, mais je travaillais au noir donc je ne peux pas calculer ça comme une expérience... Mais tu n'arrives pas devant un employeur puis lui dire: « J'ai fait tant, tant, tant au noir. » Il va dire « Va-t-en ! », tu sais. (Jean-Marc)*

*Je ne sais pas quoi faire. Je ne sais pas où aller vivre. Je ne sais pas. Je ne sais pas si ça me tente de travailler. Je ne sais pas si ça me tente d'aller à l'école... (Mélanie)*

## LA SIGNIFICATION CLÉ DE LA SOCIÉTÉ

L'expression « en marge » semble résumer la signification clé de la société pour les jeunes que j'ai rencontrés. Plusieurs d'entre eux se mettaient à distance de la société (ou s'étaient fait mettre à distance), par la perception qu'ils en avaient ou par le rapport établie avec elle. Certains s'inséraient dans des groupes qui formaient des microsociétés à l'intérieur desquelles régnaient ou s'établissaient finalement des façons de penser et de faire analogues à celles qu'ils reprochaient à la société plus large : individualisme, routine, préoccupation pour l'argent, guerre de territoires, etc.

Plusieurs jeunes se sont mis à distance de la société parce qu'ils se sont attardés à ses aspects sombres ou dysfonctionnels. Il semble que ce regard qu'ils ont posé sur la société provenait d'épreuves vécues dans leur



passé combinées au fait qu'ils n'avaient pas reçu d'aide. Il n'était pas rare de constater que le jeune avait été victime, en bas âge, d'abus psychologique et physique ou sexuel. Il avait pu, à sa puberté ou avant, subir l'inceste ou le viol. Il avait pu être témoin de certaines atrocités. Il avait pu vivre des injustices ou des rejets dans des conditions extrêmes, de la part de personnes significatives, qui avaient eu comme conséquences de grandes blessures intérieures, des placements répétés en foyer d'accueil... Le jeune s'était senti en révolte et il n'avait pas eu le désir d'être intégré dans une société qu'il percevait comme insensée. Il ne tenait pas à ce que cette société fasse partie de son monde. À la limite, il s'organisait pour agir comme si elle n'existait pas, pour se créer un monde à part, dans l'espoir qu'il serait meilleur. Se rendant compte que ce monde n'était finalement pas meilleur, il pouvait tenter de s'enlever la vie.

Pour quelques jeunes, une modification de leur perception de la société est envisageable. Ces jeunes pourront non seulement se mettre à voir les aspects positifs de la société, mais leur vision des aspects plus sombres pourra aussi être modifiée. Ils les envisageront maintenant, non plus comme des nuisances, mais comme des aspects salutaires. De plus, la détermination d'un objectif à atteindre et le développement de leurs capacités personnelles leur permettront d'entreprendre des démarches qui les amèneront à occuper une place satisfaisante dans la société ou une place qu'ils sauront prometteuse.

Cette phase d'intégration sociale semble précédée d'une phase de lutte. Cette dernière peut se prolonger dans la phase d'intégration, mais il semble que ce soit par à-coups et de façon moins intense, les jeunes ayant maintenant acquis une conception plus positive des divers aspects de la vie et ayant trouvé leur place dans la société (stage, relation amoureuse stable, emploi...).

adaptation (2nd ed.). New-York: Wiley & Sons, 2006, pp. 202-34.

[13] Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:66-72.

[14] Ross CE. Neighborhood disadvantage and adult depression. *J Health Soc Behav*. 2000; 41:177-87.

[15] Chaix B, Merlo J, Subramanian SV, Lynch J, Chauvin P. Comparison of a spatial perspective with the multilevel

analytical approach in neighborhood studies: the case of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use in Malmo, Sweden, 2001. *Am J Epidemiol*. 2005; 162:171-82.

[16] Péchoux S. Perceptions de l'espace résidentiel et santé mentale. Images des lieux et images de soi dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris. In: Chauvin P, Parizot I, eds. Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social. Paris: Vuibert-Inserm, 2005; pp. 222-58.

[17] Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual abuse and physical abuse in childhood. *JAMA*. 2000; 284:592-7.

[18] Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301:386-9.

## Facteurs associés à la santé mentale des étudiants : facteurs socio-économiques et universitaires, support social et contrôle de soi

Pierre Verger (pierre.verger@inserm.fr)<sup>1,4</sup>, Valérie Guagliardo<sup>1,4</sup>, Jean-Baptiste Combes<sup>1</sup>, Viviane Kovess-Masfety<sup>2</sup>, Caroline Lions<sup>1</sup>, Frédéric Rouillon<sup>3</sup>, Patrick Peretti Wattel<sup>4</sup>

1 / Observatoire régional de la santé Paca, Marseille, France 2 / Fondation pour la santé publique MGEN, Université Paris V, Paris, France  
3 / Université Paris V, Inserm U 669, CMME, Hôpital Sainte-Anne, Paris, France 4 / Inserm UMR 912, Marseille, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – Cet article poursuit deux objectifs : 1/évaluer la prévalence de la détresse psychologique (DP) chez les étudiants universitaires de première année ; et 2/ étudier les facteurs de risque (socio-économiques, liés à l'université) et facteurs protecteurs (contrôle de soi, support social).

**Méthode** – Étude transversale d'un échantillon aléatoire d'étudiants de 18-24 ans primo-inscrits en première année d'université en région Paca en 2005-2006. Questionnaire standardisé en auto-passation ou téléphonique. Analyse multivariée, réalisée séparément pour chaque sexe, afin d'étudier les facteurs associés à la DP.

**Résultats** – 1 743 (71,0 %) étudiants ont participé. La prévalence de la DP était de 15,7 % [IC 95 % : 12,9-18,5] chez les garçons et 33,0 % [IC 95 % : 30,2-35,9] chez les filles. La DP était associée, chez les garçons, aux événements négatifs récents de vie (OR = 3,00 ; [IC 95 % : 1,67-5,39]), aux difficultés d'adaptation à l'université (OR = 1,08 ; [IC 95 % : 1,00-1,16]) et au contrôle de soi (OR = 0,73 ; [IC 95 % : 0,68-0,79]). Chez les filles, la DP était associée à une nationalité étrangère (OR = 1,97 ; [IC 95 % : 1,03-3,77]), aux antécédents psychiatriques (OR = 2,42 ; [IC 95 % : 1,55-3,78]), aux études médicales (OR = 2,47 ; [IC 95 % : 1,50-4,06]), aux difficultés d'adaptation à l'université (OR = 1,07 ; [IC 95 % : 1,03-1,12]), au contrôle de soi (OR = 0,78 ; [IC 95 % : 0,74-0,81]) et au support social (OR = 0,68 ; [IC 95 % : 0,54-0,86]).

**Conclusion** – Les facteurs associés à la DP chez les étudiants de première année diffèrent notablement selon le sexe.

### Mots clés / Key words

Santé mentale, contrôle de soi, support social, stress psychologique, étudiants / *Mental health, self efficacy, social support, stress, psychological, students*

### Introduction

La santé mentale des étudiants pose une question importante de santé publique. Aller à l'université implique souvent de quitter la maison familiale, peut s'accompagner d'un isolement affectif et de difficultés financières et confronte l'étudiant à un nouvel environnement, voire, dans certaines filières, à la pression de performance. Certaines études suggèrent que la prévalence de la détresse psychologique (DP), un indicateur de mauvaise santé mentale [1], est plus élevée chez ces étudiants que dans la population active de même âge [2-4]. Les facteurs de risque ou de protection vis-à-vis de la DP chez les étudiants ont cependant été peu étudiés.

Nous avons conduit une étude sur les conditions de vie et la santé mentale des étudiants de première année dans les universités de la région Paca, de novembre 2005 à juillet 2006. Cet article poursuit deux objectifs : 1) évaluer la prévalence de la DP dans cette population ; 2) étudier, séparément chez les garçons et les filles, en tenant compte des facteurs de vulnérabilité, les facteurs associés à la DP, en particulier leur situation socio-économique, leur adaptation à l'enseignement universitaire et leurs ressources internes (le contrôle de soi défini comme la perception que l'on peut exercer un contrôle sur le cours de son existence [5]) et externes (le support social, défini comme la disponibilité, dans son

entourage, de personnes en qui on peut avoir confiance et qui font qu'on se sent soutenu et mis en valeur [6]).

### Méthode

Les étudiants de 18-24 ans, inscrits en 2005-2006 en première année dans l'une des six universités de la région Paca (télé-enseignement et redoublants exclus) ont été sélectionnés aléatoirement à partir des listes fournies par les universités après stratification sur la filière d'études et sur les services de médecine préventive universitaire (SMPU).

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire standardisé remis aux étudiants lors

de la visite dans les SMPU. Les absents à cette visite ont reçu le questionnaire par la poste ; enfin, un enquêteur a contacté par téléphone ceux ne l'ayant pas renvoyé pour une interview assistée par ordinateur. L'étude a reçu l'autorisation de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Nous avons évalué la DP avec le *Mental Health Inventory-5* (MHI-5) module du questionnaire de qualité de vie SF36 [7] et calculé un score de sévérité de DP (0-100). La présence d'une DP (variable dépendante) était définie par un score MHI-5  $\leq$  52 [8]. Le questionnaire relevait aussi les informations suivantes : caractéristiques démographiques des étudiants ; niveau socio-économique évalué par le fait de recevoir, ou non, une bourse de l'enseignement supérieur ; nationalité française (oui/non) ; événements de vie négatifs personnels depuis la rentrée universitaire (maladie grave, accident, hospitalisation...) ou familiaux (décès, divorce, chômage...) (oui/non) ; antécédents de psychothérapie, de tentative de suicide, utilisation récente ou passée de médicaments psychotropes (des exemples des spécialités les plus prescrites étaient fournis) ; des antécédents psychiatriques étaient considérés présents en cas d'antécédents, avant la rentrée universitaire, de tentative de suicide, d'utilisation de médicaments psychotropes plusieurs fois par semaine et/ou de psychothérapie pendant au moins un mois ; temps de travail universitaire personnel ; échelles d'adaptation à l'enseignement universitaire (6 items) [9] et échelles internationales de support social [6, 10] (4 items) et de contrôle de soi (7 items) [5] ; pour chacune d'elles, nous avons construit un score par sommation des items correspondants.

Afin d'étudier les facteurs de risque ou de protection associés à la prévalence de la DP, une analyse multivariée a été réalisée, par régression logistique pas à pas descendante, séparément pour chaque sexe. Les variables associées à la DP en analyse univariée avec un  $p < 0,20$  ont été incluses dans le modèle initial. A l'exception du mode de passation du questionnaire, de l'âge et des antécédents psychiatriques (variables forcées), les variables ont été éliminées au seuil de 0,05 % pour obtenir le modèle final. Nous avons

conduit les analyses sous SAS<sup>®</sup> version 9.1 pour Windows<sup>®</sup>.

## Résultats

Sur 2 557 étudiants sélectionnés, 102 étaient inéligibles (4,0 %), 87 ont refusé de participer lors de la visite dans les SMPU (3,4 %) et 625 étaient absents à cette visite, n'ont pas renvoyé le questionnaire postal ni répondu au questionnaire téléphonique (24,4 %) : 1 743/2 455 étudiants éligibles ont participé (71,0 %). Vingt questionnaires ont été exclus car incomplets, laissant 1 723 questionnaires pour les analyses : 725 garçons (42,1 %) et 998 filles (57,9 %). L'âge moyen était 19,5 ans chez les garçons et 19,4 ans chez les filles ( $p = 0,01$ ) ; 89,9 % des étudiants étaient célibataires et 5,1 % étrangers ; 40 % des étudiants ont déclaré recevoir une bourse. En médecine, 59 % des étudiants ont déclaré un travail universitaire personnel de 10 heures ou plus par semaine et 6,2 % dans les autres filières. La prévalence de la DP était de 25,7 % [IC 95 % : 23,7-27,8] dans l'ensemble de l'échantillon, 15,7 % [IC 95 % : 12,9-18,5] chez les garçons et 33,0 % [IC 95 % : 30,2-35,9] chez les filles.

Chez les garçons, l'analyse univariée indique que la prévalence de la DP était significativement augmentée chez les étudiants plus âgés, ceux ayant complété un auto-questionnaire postal (tableau 1), ayant des antécédents psychiatriques, vécu des événements de vie négatifs récents, ayant des difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire ou un faible contrôle de soi (tableau 2). En analyse multivariée (tableau 3), seuls les événements de vie négatifs, les difficultés d'adaptation et le contrôle de soi étaient encore associés à la DP.

Chez les filles, l'analyse univariée indique une prévalence de la DP plus faible chez celles ayant répondu au questionnaire téléphonique et plus élevée chez celles mariées (tableau 1), ayant des antécédents psychiatriques ou vécu des événements de vie négatifs récents, inscrites dans une filière médicale, ayant des difficultés d'adaptation à la vie universitaire ou ayant un faible support social ou contrôle de soi (tableau 2). En analyse multivariée (tableau 3), les antécédents

psychiatriques, la nationalité, la filière universitaire, les difficultés d'adaptation, le support social, le contrôle de soi et les modalités de réponse à l'enquête étaient encore associés à la prévalence de la DP.

## Discussion

Le taux de participation à cette enquête (71 %) est satisfaisant, même si l'on ne peut exclure que les étudiants non participants diffèrent des participants ; les conditions de déroulement de l'enquête n'ont pas permis de colliger des données permettant de les comparer. Cependant, une analyse comparant les caractéristiques des étudiants de l'enquête en fonction du mode de recueil [11], indique que les étudiantes jointes par téléphone, donc plus tardivement dans l'enquête par rapport aux autres modes de recueil, provenaient plus fréquemment de milieux sociaux moins favorisés et avaient plus souvent une activité rémunérée. Ceci suggère que la stratégie de recueil de données appliquée a permis d'améliorer la représentativité de l'échantillon. Ces différences pourraient expliquer, au moins en partie, les différences de DP selon le mode de recueil de données observées chez les filles (tableau 3).

La prévalence de la DP dans cette enquête (25,7 %) est intermédiaire comparativement aux résultats observés dans des études sur d'autres populations étudiantes en Europe et en Amérique du Nord ayant utilisé le *General Health Questionnaire* [2, 9, 12-14] dont les performances psychométriques sont voisines de celles du MHI-5 [15]. Ces outils sont des échelles de dépistage, indicatives d'un état à un moment donné et doivent être complétés, dans une approche clinique, par un examen diagnostique.

Nos résultats indiquent le même effet de genre et dans la même direction que dans les autres études chez les étudiants et jeunes adultes [2, 9, 16]. Observée dans différentes cultures [17], cette différence soulève diverses hypothèses : stress perçu plus important chez les filles que les garçons ; différences de modalités de réponse au stress entre sexes : notamment, les garçons en DP sont plus enclins à l'abus de substances et les filles à l'expression des émotions et à la manifestation de symptômes voire de troubles anxieux ou dépressifs ; ces différences sont aussi sous-tendues par des différences d'acceptabilité sociale de ces comportements et manifestations entre sexes ; différences aussi d'expériences et de modalités de socialisation.

Nous avons observé une association entre DP et antécédents psychiatriques chez les filles et entre DP et les événements de vie négatifs récents chez les garçons. Cette différence entre sexes pourrait être liée à la forte association entre antécédents psychiatriques et événements de vie, observée pour chaque sexe. L'association observée chez les filles suggère que l'état de santé mentale avant l'entrée à l'université pourrait être un facteur de vulnérabilité, face aux changements d'environnement et de conditions de vie lors de l'entrée à l'université.

Un faible niveau socio-économique n'était pas associé à la DP, contrairement à ce qui était attendu d'après la littérature, laquelle souligne le rôle favorisant de la précarité vis-à-vis de la détresse psychologique et des maladies mentales [18]. Il est possible que les bourses et allocations logement et/ou familiales compensent relativement bien les inégalités sociales et permettent de limiter les situations de précarité.

Les études de médecine étaient associées à une prévalence accrue de la DP, chez les filles uniquement. Il

**Tableau 1** Caractéristiques sociales et démographiques des étudiants et leur association avec la prévalence de la détresse psychologique - région Paca, 2005-2006, analyses univariées / **Table 1** Students socio-demographic characteristics and their association with the prevalence of psychological distress, PACA region, 2005-2006, univariate analyses

	Garçons (N = 725)				Filles (N = 998)			
	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p
<b>Mode de recueil</b>								
Auto-passation au SMPU	387	13,8	1		548	34,4	1	
Questionnaire postal	149	24,0	1,97 [1,19-3,24]	0,01	244	40,7	1,31 [0,97-1,77]	0,08
Téléphone	189	12,9	0,93 [0,53-1,62]	0,78	206	20,3	0,49 [0,34-0,70]	<0,001
<b>Âge (années)</b>								
18	93	8,8	1		154	37,5	1	
19	330	15,0	1,84 [0,83-4,10]	0,14	498	32,3	0,80 [0,55-1,16]	0,23
20 +	302	18,6	2,37 [1,07-5,25]	0,03	346	32,0	0,79 [0,53-1,16]	0,23
<b>Nationalité française</b>								
Oui	687	15,5	1		949	32,6	1	
Non	38	19,7	1,34 [0,57-3,16]	0,51	49	42,0	1,50 [0,85-2,64]	0,16
<b>Statut marital</b>								
Célibataire	652	15,8	1		888	32,0	1	
En couple	73	15,2	0,96 [0,47-1,96]	0,91	110	41,3	1,50 [1,01-2,21]	0,04
<b>Bourse</b>								
Non	471	16,0	1		568	32,4	1	
Oui	254	15,2	0,94 [0,60-1,48]	0,79	430	33,8	1,06 [0,82-1,38]	0,63



**Tableau 2** Caractéristiques personnelles et liées à l'environnement universitaire des étudiants de première année et leur association avec la prévalence de la détresse psychologique - région Paca, 2005-2006, analyses univariées / *Table 2* Personal and environment related characteristics of first year university students and their association with the prevalence of psychological distress, PACA region, 2005-2006, univariate analyses

	Garçons (N = 725)				Filles (N = 998)			
	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p
<b>Antécédents psychiatriques</b>								
Non	680	14,7	1		876	29,8	1	
Oui	45	30,7	2,56 [1,26-5,21]	0,01	122	56,0	2,99 [2,06-4,35]	< 0,001
<b>Événements de vie négatifs récents</b>								
Non	615	12,3	1		792	28,4	1	
Oui	110	34,7	3,77 [2,31-6,15]	< 0,001	206	51,0	2,63 [1,94-3,57]	< 0,001
<b>Filière médicale</b>								
Non	653	15,6	1		885	31,3	1	
Oui	72	16,7	1,09 [0,55-2,17]	0,81	113	46,7	1,92 [1,30-2,82]	0,001
<b>Adaptation à l'enseignement universitaire (score : 6-24)<sup>1</sup></b>	725	15,6 <sup>a</sup>	1,14 [1,08-1,22]	< 0,001	998	15,9 <sup>a</sup>	1,15 [1,11-1,19]	< 0,001
<b>Contrôle de soi (score : 7-28)<sup>2</sup></b>	725	19,2 <sup>a</sup>	0,73 [0,68-0,78]	< 0,001	998	19,4 <sup>a</sup>	0,76 [0,73-0,79]	< 0,001
<b>Support social (score : 0-4)<sup>3</sup></b>	725	3,4 <sup>a</sup>	0,84 [0,67-1,04]	0,12	998	3,6 <sup>a</sup>	0,55 [0,44-0,68]	< 0,001

<sup>1</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant a des difficultés à s'adapter à l'enseignement universitaire.

<sup>2</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant ressent qu'il peut contrôler le cours de son existence.

<sup>3</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant se sent socialement soutenu.

<sup>a</sup> Score moyen.

s'agit de la seule filière, parmi celles représentées dans l'enquête, dans laquelle les étudiants préparent un concours très sélectif et sont ainsi soumis à une pression de performance et un travail personnel plus importants que dans d'autres filières.

Notre enquête indique, dans les deux sexes, que les difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire étaient associées à une prévalence augmentée de la DP, indépendamment des antécédents psychiatriques. Comparativement au lycée, la relation à

l'enseignement change du tout au tout à l'université : la relation enseignant-étudiant est moins individualisée, les étudiants plus autonomes, ceci d'autant que le nombre d'étudiants en première année est élevé. Ces changements constituent des facteurs de stress importants. Le caractère transversal de cette enquête ne permet cependant pas de trancher sur la direction du lien observé : des difficultés d'adaptation peuvent favoriser une DP et réciproquement.

**Tableau 3** Facteurs associés à la prévalence de la détresse psychologique chez les étudiants de première année - région Paca, 2005-2006, analyses multivariées / *Table 3* Factors associated with the prevalence of psychological distress in first year university students, PACA region, 2005-2006, multivariate analyses

	Garçons 1		Filles 1	
	OR ajusté [IC 95 %]	P-Wald	OR ajusté [IC 95 %]	P-Wald
<b>Mode de passation</b>		0,13		0,01
Auto-passation au SMPU	1		1	
Questionnaire postal	1,80 [0,98-3,32]		1,24 [0,86-1,80]	
Téléphone	0,99 [0,53-1,86]		0,59 [0,38-0,91]	
<b>Age (années)</b>		0,16		0,24
18	1		1	
19	1,72 [0,70-4,20]		0,72 [0,47-1,12]	
20 +	2,39 [0,94-6,05]		0,68 [0,43-1,08]	
<b>Nationalité</b>				0,04
Française	-		1	
Non française	-		1,97 [1,03-3,77]	
<b>Antécédents psychiatriques</b>		0,12		< 0,001
Non	1		1	
Oui	1,88 [0,85-4,13]		2,42 [1,55-3,78]	
<b>Événements de vie négatifs récents</b>		< 0,001		
Non	1		-	
Oui	3,00 [1,67-5,39]		-	
<b>Filière médicale</b>				< 0,001
Non	-		1	
Oui	-		2,47 [1,50-4,06]	
<b>Adaptation à l'enseignement universitaire (score : 6-24)<sup>2</sup></b>	1,08 [1,00-1,16]	0,045	1,07 [1,03-1,12]	< 0,001
<b>Contrôle de soi (score : 7-28)<sup>3</sup></b>	0,73 [0,68-0,79]	< 0,001	0,78 [0,74-0,81]	< 0,001
<b>Support social (score : 0-4)<sup>4</sup></b>	-		0,68 [0,54-0,86]	0,001

<sup>1</sup> Statistique de Hosmer et Lemeshow : garçons : 0,29 ; filles : 0,94.

<sup>2</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant a des difficultés à s'adapter à l'enseignement universitaire.

<sup>3</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant ressent qu'il peut contrôler le cours de son existence.

<sup>4</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant se sent socialement soutenu.

Notre enquête confirme le rôle de facteurs protecteurs vis-à-vis de la santé mentale : le contrôle de soi (filles et garçons) et le support social (filles uniquement). L'effet du contrôle de soi pourrait s'exercer de façon directe sur la DP et par un effet modérateur sur les facteurs de stress [19]. L'effet du support social semble varier selon le sexe, probablement en raison d'expériences de socialisation différentes [20].

## Conclusion

Notre étude montre un niveau de prévalence de la DP intermédiaire par rapport aux populations d'étudiants de différents pays. Elle suggère que les facteurs de risque ou protecteurs de la DP varient selon le sexe et indique des niveaux de DP plus élevés en médecine et chez les étudiants ayant des difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire. Elle souligne le rôle de vulnérabilités antérieures à la vie universitaire chez les filles et celui des événements récents extra universitaires chez les garçons. Elle ne confirme pas de lien avec le profil socio-économique des étudiants. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du caractère transversal de l'enquête. Ils seront approfondis en étudiant la prévalence de troubles psychiatriques relevés dans cette enquête.

## Remerciements

Cette étude a été mise en œuvre à l'initiative du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec son soutien financier ainsi que ceux de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de la ville de Marseille.

## Références

- [1] Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health*. 2003;31:451-9.
- [2] Adlaf EM, Gilmans L, Demers A, Newton-Taylor B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *J Am Coll Health*. 2001;50:67-72.
- [3] Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81:354-73.
- [4] Roberts R, Golding J, Towell T, Weinreb I. The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *J Am Coll Health*. 1999;48:103-9.
- [5] Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978;19:2-21.
- [6] House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme LS, eds. *Social support and health*. Orlando, Florida: Academic Press Inc., 1995.
- [7] Lepège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1013-23.
- [8] The European Opinion Research Group. The mental health status of the European population. In: Directorate-General Press and Communication "Opinion Polls PR, Europe Direct", ed. Brussels: SANCO Directorate General, 2003:27.
- [9] Brachet S, Girod M, Liber A, Zoman M. "Le Mal-être Étudiant" : Cause ou conséquence de l'échec à l'Université ? Grenoble, 1998:64.
- [10] Beaudet MP. Depression. *Health Rep*. 1996;7:11-24, 11-25.
- [11] Combes J-B, Guagliardo V, Peretti-Wattell P, Verger P. Utilisation de modes de recueil de données mixtes dans une enquête auprès des étudiants. In: Guilbert P, Haziza D, Ruiz-Gazen A, Tillé Y, eds. *Méthodes de sondage : applications aux enquêtes longitudinales, à la santé, aux enquêtes électorales et aux enquêtes dans les pays en développement*. Paris: Dunod, 2007, sous presse.
- [12] Carson AJ, Dias S, Johnston A, et al. Mental health in medical students. A case control study using the 60 item General Health Questionnaire. *Scott Med J*. 2000;45: 115-6.
- [13] Humphris G, Blinkhorn A, Freeman R, et al. Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. *Eur J Dent Educ*. 2002;6: 22-9.
- [14] Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. *Med Educ*. 1995;29:337-41.

[15] Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak PF. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MH-5. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 23.

[16] Aalto-Setälä T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. *Nord J Psychiatry*. 2002; 56:121-5.

[17] Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, *et al.* Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1479-85.

[18] Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007; 369:1302-13.

[19] Bovier PA, Chamot E, Pemeger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res*. 2004; 13:161-70.

[20] Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med*. 2006; 31:S104-25.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

**Directrice de la publication** : Dr Florence Godefridi, directrice générale de l'InVS  
**Rédactrice en chef** : Judith Benveniste, InVS, rédactrice BEH, InVS, sante.fr  
**Rédactrice en chef adjointe** : Valérie Hertz, InVS, rédactrice BEH, InVS, sante.fr  
**Secrétaire de rédaction** : Farida M'hadid, InVS, rédactrice BEH, InVS, sante.fr  
**Comité de rédaction** : Dr Sandrine Aho, InVS, rédactrice BEH, InVS, sante.fr ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antonia, InVS ; Catherine Babin, InVS ; Dr Jean-Louis Chou, InVS ; Dr Sandrine Danet-Drees ; Dr Isabelle Goulet, DRS ; Dr Pierre D. Fauriol, InVS ; Dr Françoise Gaudin, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, InVS ; Eric Jourdain, InVS ; Dr Jean-François Lallemand, InVS ; Josiane Pilon, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Traou, InVS  
N° CPP : 0206 B 02015 - N° INPI : 00 300 1322 000 000 000 000

**Diffusion / Abonnements** : Alternatives Économiques  
12 rue du Cap Vert - 21800 Quétigny  
Tél. : 03 80 48 95 36  
Fax : 03 80 48 10 34  
Courriel (provisoire) : [ddorey@alternatives-economiques.fr](mailto:ddorey@alternatives-economiques.fr)  
Tarifs 2008 : France et international 52 € TTC  
Institut de veille sanitaire - Site Internet : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)  
Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge  
146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge

## La tentative de suicide

Dans ce contexte, on peut voir la tentative de suicide comme un acte désespéré pour échapper à une double souffrance insupportable :

1. celle de retrouver et surtout *de revivre* à un niveau émotionnel très douloureux des situations auxquelles on espérait ne plus être confronté,

2. celle de se sentir incapable de respecter les règles de vie que plus ou moins consciemment nous nous étions assignées.

*Imaginons une personne qui a vécu une enfance difficile, avec un environnement peu chaleureux, voire quasiment maltraitant. Cette personne va aborder la vie avec une grande défiance (attachement insécurisé) et probablement peu de confiance en elle (faible valeur de soi) et surtout en l'avenir. Si elle traverse une période heureuse, ses souvenirs douloureux vont s'estomper, et ne seront plus présents à sa conscience. Mais supposons que cette personne traverse une série d'épreuves, marquées par exemple par des séparations (qu'il s'agisse de ruptures sentimentales, de deuils ou de maladies...). Elle va se retrouver confrontée à une situation trop bien connue de souffrances (émotions négatives), tous les souvenirs d'enfance vont remonter d'un coup à la surface (rappel des souvenirs), et la personne ne verra dans sa vie qu'une succession d'échecs. Oubliant les épisodes plus heureux, elle va se focaliser sur les douleurs du passé ravivées et réactualisées par les douleurs actuelles (connexion des émotions), avec le sentiment qu'au fond tout cela est sa faute (retour d'une faible estime d'elle-même), qu'elle n'arrivera jamais à rien, et surtout qu'elle ne peut compter sur personne, ni rien amener à son entourage (retour d'un attachement de mauvaise qualité). La fuite*



*dans la mort peut apparaître alors comme une solution pour échapper à une situation d'autant plus intolérable qu'elle espérait l'avoir quittée à tout jamais.*

# Dépressions et suicides dans le monde des petits paysans

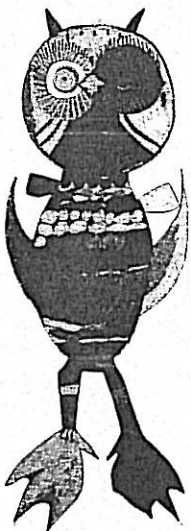
**Michèle SALMONA,**  
Enseignante en  
psychologie du travail  
et cofondatrice du  
CAESAR (Centre  
d'anthropologie  
économique et sociale,  
applications et recher-  
ches) à Paris X.

<sup>1</sup> La Métis des Grecs désigne une forme particulière d'intelligence, une prudence avisée, un savoir-faire.

<sup>2</sup> Une recherche (1981-1987) réalisée en Loire Atlantique auprès de collectifs de travail familiaux, à majorité organisés en GAEC, a montré l'influence des politiques de développement sur le déclenchement des dépressions.

<sup>3</sup> Groupement Agricole d'Exploitation en Commun.

\* Dénier : refus de reconnaître comme vrai, ou existant, un phénomène ou un fait qui est évident pour le sujet. Ce déni permet de conserver chez les décideurs du secteur privé ou du secteur public, la légitimité des politiques, dont ils connaissent pourtant les dérives, les limites.



Le monde des petits paysans a été livré, comme le monde des ouvriers et employés de l'industrie et des services, à des changements radicaux porteurs de conséquences spectaculaires : la mécanisation, puis la mise en gestion (en 1970) en même temps que l'utilisation massive des produits chimiques (engrais, pesticides, herbicides...), l'informatisation etc.

Toutes ces révolutions dans le travail entraînent des questions multiples de santé : accidents du travail, maladies, dépressions, suicides ; dès les années 65, ces questions de santé, en particulier de santé mentale, se profilaient déjà dans les zones de piémont et de montagne.

La modernisation de l'agriculture était facilitée par une politique d'incitation économique, procurant aux paysans des prêts bonifiés s'ils adoptaient les règles de cette politique. L'adhésion à ces prêts bonifiés remet en question, à la fois les valeurs d'épargne et d'indépendance de ces petits paysans, mais demandèrent également l'apprentissage de nouvelles formes d'usage de l'argent et de pratiques comptables et bancaires, qui bouleversèrent leur vision du monde, le crédit... Ce ne fut pas l'une des moindres causes de stress et de remise en question des rôles masculins et féminins dans l'exploitation familiale, les femmes excellent dans ces pratiques de comptabilité/gestion, comme dans les rapports fréquents avec la banque, le crédit agricole.

Cette politique montra très rapidement ses limites :

## Une situation paradoxale : le productivisme au quotidien

Les petits paysans étaient obligés d'adhérer aux injonctions des conseillers, concernant le travail, pour obtenir les aides économiques : ils désiraient « passer la barre » de la modernisation et survivre. Ils découvraient par ailleurs que, malgré les méthodes scientifiques adoptées et les prêts bonifiés obtenus, les résultats ne coïncidaient pas toujours avec

les objectifs déclarés par les organisations agricoles. Le travail ne diminuait pas et devenait plus rapide et méticuleux. Quant à l'augmentation régulière du profit, elle apparaissait incertaine malgré l'effort consenti. Cette situation de double contrainte, où aucune réponse n'est bonne, amena les petits paysans à subir de plus en plus difficilement la politique productiviste et à en payer les conséquences, en particulier sur la santé mentale. En effet, depuis l'après-guerre, la mise en place de la politique de modernisation de l'agriculture en France a contribué à l'élaboration de pratiques et données scientifiques qui ignoraient le « vif du travail » selon l'expression de Christophe Dejours. Elles déniaient à l'activité dans le travail paysan, toute la part de sensations, d'émotions, d'intuitions, de patience, et de répétition permettant de mener à bien des métiers, où l'aléa lié au Vivant (l'animal bouge, réagit), au temps (la pluie, les orages, la sécheresse) sont difficilement maîtrisables, où les risques d'épidémies dans les élevages, de maladies dans les cultures et l'arboriculture sont permanents. La sociologie rurale laissa de côté l'étude de ces cultures paysannes, du travail et de ces métiers, plus proches de la Métis<sup>1</sup>, que de la raison pratique.

Même les jeunes paysans évoquent les questions de déculturation brutale qui, ajoutées à « l'endettement obligé » pour s'inscrire dans la modernité, à la pression de plus en plus grande de cet endettement sur la vie quotidienne, ont été un des éléments déterminants de la dépression et du suicide de ces vingt dernières années.

## Les politiques agricoles : les Plans de développement

Il a été démontré<sup>2</sup> que deux périodes sont particulièrement fragilisantes chez les agriculteurs s'engageant dans un Plan.

La période de démarrage entraîne une très lourde fatigue physiquement et psychique-

ment ; elle est favorisée par une restructuration matérielle, économique et technique, enfin d'activité cognitive et de gestion rapide de la mise en place du Plan. Un travail manuel intense produit des accidents du travail graves (chutes d'échelle, électrocutions, coups des bêtes). La fatigue et les risques pris pèsent particulièrement sur la vie quotidienne. Cette fatigue physique est doublée d'une charge mentale importante liée à la réorganisation du collectif du travail familial (en général GAEC<sup>3</sup>) et à la méticulosité, la rapidité, la diversification des tâches exigées par l'aide. Par ailleurs, l'endettement obligatoire réalisé dès le début de l'aide véhicule une anxiété, sinon une angoisse, accompagnée de troubles du sommeil, d'irritabilité, de douleurs digestives.

La seconde période critique est la fin du Plan, où l'accumulation de l'effort soutenu durant le temps de l'aide déclenche une « plongée » dans la dépression, quand l'effort se relâche.

## La détérioration de l'environnement : culpabilisation des petits paysans

Lors de la crise du lait et de la volaille en 1999, les paysans de l'ouest, touchés de plein fouet par cette double crise et évoquant les suicides à la télévision publique, ont montré un accablement particulièrement douloureux lorsque les associations de défense de l'environnement ont interpellé ces derniers sur leur responsabilité dans la destruction de l'environnement. Ils avaient des difficultés à parler du suicide, mais l'interpellation des « écologistes » les plaça dans une situation sociale insupportable, médiatisée malgré eux, où ils « perdaient la parole » et ne savaient plus « garder contenance ». La culpabilisation n'a fait qu'augmenter avec la généralisation dans l'opinion et dans les médias, de la prise en compte de cette préoccupation mondiale. Le slogan « nous ne sommes pas les seuls à polluer », dans les dis-



## Dépressions et suicides dans le monde des petits paysans (suite)

<sup>3</sup> Association pour le Maintien de l'Agriculture Paysanne

### Bibliographie :

Salmona M., 1994, *Les paysans français : travail, métier, transmission des savoirs*, Ed L'Harmattan.

Salmona M., 1994, *Souffrance et résistance des paysans français*, Ed L'Harmattan.

Salmona M., 2003, *La violence, les mots, le corps*, Revue Cahiers du Genre (CNRS, IRESKO) n°35.

Ouvrage à paraître :  
Salmona M.,  
*Femmes, mémoires, territoires. Le territoire comme corps.*

cours des petits paysans de tous âges, montre la stigmatisation profonde qu'ils ressentent dans cette situation.

Pour conclure, nous connaissons depuis longtemps les facteurs liés à la solitude, à la configuration de certaines « familles » en milieu paysan (ou artisan) favorisant des productions morbides. Comme le disait Roger Bastide, « il y a un va-et-vient incessant entre le morbide et le social ». Cependant l'observation pendant quarante ans, accompagnée de recherches sur l'évolution des cultures du travail paysan mais également sur les politiques d'aménagement régional en particulier dans la Région Limousin et la Région PACA, m'a amené à étudier les migrations d'urbains dans l'hexagone : d'abord les néo-ruraux, puis plus tard en 1980, les familles de jeunes chômeurs venues des villes désin-

dustrialisées du nord de la France. La réalisation plus ou moins récente de barrages EDF et de lacs de retenue ont « reconverti » ces régions (Limousin et PACA) au tourisme de masse. Dans les deux cas de migrations d'urbains, les incidences sur la santé mentale sont présentes. Il en est de même en ce qui concerne la santé mentale des ruraux locaux, lors de la mise en eau des lacs de barrage du Verdon. Ces phénomènes m'amènèrent à déplorer le déni<sup>4</sup> volontaire des cultures paysannes par les responsables dans les organisations publiques ou professionnelles chargées de « gérer » les transformations techniques, économiques et sociales des paysans et du monde rural en général. La santé mentale de ce monde rural et ses productions morbides sont restées « à l'écart », peu étudiées, ni traitées dans leur

« originalité ». Ces dimensions capitales des transformations des cinquante dernières années font peser une opacité sur ces sociétés rurales, dans le monde urbain. La création de nouvelles formes de production de légumes et de fruits « bio », d'un lien équitable et solidaire avec les familles consommatrices de ces produits de la nature et du vivant, va-t-elle transformer l'opacité qu'entretiennent les urbains vis-à-vis du monde paysan ? La sortie du corporatisme traditionnel, réalisée par les AMAP<sup>5</sup>, permettra-t-elle enfin un dialogue égalitaire avec les urbains ? Ce « corps social paysan », asservi depuis des siècles, « casté », assigné à fournir la nourriture aux urbains, rompra-t-il enfin avec les fantasmes que ces derniers véhiculent et entretiennent sur lui ? ■





# Radiographie des suicides au travail

**La récente vague de suicides au travail a amené à s'interroger sur les raisons qui peuvent pousser certains salariés à commettre l'irréparable.**

**DIFFICILE D'ÉVOQUER** avec des mots assez forts le malaise qui règne dans les plus grandes entreprises de l'Hexagone. Nombreuses sont celles à avoir connu un cas de suicide au travail au cours des deux dernières années. Rappelons les faits : depuis 2006, rien qu'au technocentre de Renault-Guyancourt, le lieu de conception des nouveaux modèles du constructeur, quatre salariés ont mis fin à leurs jours, dont trois dans les locaux de l'entreprise. Depuis 2007, trois salariés ont fait le grand saut à Peugeot,

deux à BNP-Paribas. Les sociétés IBM, France Télécom, la banque HSBC, la société de restauration d'entreprise Sodexo ou encore les entreprises publiques La Poste et EDF ont elles aussi vécu un cas de suicide au travail au cours des derniers mois.

Depuis que les médias tiennent le décompte de cette série noire, la cause est entendue : l'entreprise est coupable. Le suicide apparaît même comme la forme ultime du malaise au travail, comme si l'on avait assisté en l'espace de quelques années à un lent *crescendo* : troubles musculo-squelettiques, *burn-out*, harcèlement déboucheraient à présent sur la conclusion logique et irréparable, la mort.

Le suicide sur le lieu de travail est-il pourtant un phénomène si nouveau que cela ? Pas de l'avis de psychiatres inter-

venant en entreprises. Le psychiatre Éric Albert, directeur de l'Ifas (Institut français de l'anxiété et du stress), cabinet spécialisé dans la prévention du stress professionnel, affirme ainsi avoir été confronté à des « dizaines de cas » depuis le début des années 1990. Même son de cloche chez Patrick Légeron, directeur du cabinet Stimulus et coauteur d'un récent rapport sur le stress au travail (1) : « Certaines entreprises comptabilisent elles-mêmes le nombre de suicides survenant en leur sein : EDF enregistre en moyenne deux suicides par an, chiffre stable depuis plusieurs années », rapporte-t-il. L'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) situe quant à lui le début de la vague à la fin des années 1990, période à laquelle

XAVIER DE LA VEGA



Le Sig Sauer, arme de poing  
équipant les police et  
gendarmerie françaises.



© Denis D'Amico/Corbis/Eyedea

les médecins du travail commencent à rapporter des cas de suicides sur le lieu de travail (12).

Si le phénomène du suicide au travail a bien précédé de plusieurs années l'attention publique qui lui est accordée aujourd'hui, certains chercheurs y voient néanmoins un phénomène fondamentalement inédit. « Il y a toujours eu des suicides au travail, mais ils concernaient des professions spécifiques, comme celle des agriculteurs confrontés à la solitude ou au surendettement, ou celle des policiers, un métier où les agents expérimentent la violence au quotidien, rappelle la sociologue Nicole Aubert, professeure à l'École supérieure de commerce de Paris (ESCP-EAP). Aujourd'hui, les suicides surviennent dans une grande diversité d'entreprises, en particulier les plus exposées à la concurrence internationale, comme celles du secteur automobile. Outre le fait qu'ils sont souvent perpétrés sur le lieu de travail, signe que quelque chose ne va pas

dans l'entreprise, les suicides auxquels nous assistons aujourd'hui frappent par leur brutalité: défenestrations, sauts dans le vide, pendaisons. »

Que dire en effet du fait que nombre de salariés choisissent de mettre fin à leurs jours sur le lieu même de leur activité professionnelle? N'est-ce pas un signe clair que le travail est directement en cause? « Certaines personnes se suicident effectivement sur leur lieu de travail pour culpabiliser l'entreprise de leur souffrance. Mais d'autres le font simplement pour éviter qu'il incombe à leur famille de retrouver leur corps », souligne placidement le psychiatre É. Albert.

Alors que circule régulièrement le chiffre de 400 suicides liés au travail chaque année (13), soit ni plus ni moins qu'un suicide par jour, le psychiatre persiste à opposer à de tels chiffres une distance marquée: « On estime à 11 000 le nombre de suicides annuels en France. 400 dans le monde professionnel c'est, en comparaison, une quantité négligeable. » E. Albert, dont le cabinet a mis en place l'observatoire du stress au sein de Renault, tient par ailleurs à relativiser la responsabilité des entreprises dans la survenue des suicides. « Tous les spécialistes du suicide savent qu'il s'agit d'un phénomène multifactoriel, rappelle-t-il. L'événement déclenchant d'un passage à l'acte est toujours la dernière goutte d'un vase qui s'est rempli par plusieurs robinets. Je ne cherche pas à dédouaner les entreprises: les facteurs organisationnels constituent un élément décisif des passages à l'acte. Il convient cependant de rappeler que le premier facteur de risque de suicide, c'est la dépression. Or celle-ci s'inscrit toujours dans l'histoire passée du sujet, dans des prédispositions génétiques, les facteurs environnementaux (comme les conditions de travail) n'étant qu'un des éléments à prendre en compte. »

Comme bien d'autres, le psychologue du travail Christophe Dejours s'emploie lui aussi à étudier les dossiers des salariés auxquels il peut avoir accès, ce qui lui a permis de dégager un trait fort inattendu pour le psychiatre qu'il est aussi. « Les données épidémiologiques en psychopathologie et en psychiatrie indiquent généralement qu'il existe des facteurs à risque derrière le suicide. On ne se suicide pas du jour au lendemain. L'événement est annoncé depuis longtemps par des

pathologies dépressives ou borderline. Or, à étudier les cas récents de suicide au travail, il semble au contraire qu'une bonne partie des personnes concernées n'avait pas d'antécédents psychiatriques. Il s'agit souvent de salariés bien adaptés à leur travail, et même de professionnels figurant parmi les plus performants au regard des méthodes d'évaluation en vigueur dans les entreprises. »

Jean-Claude Delgennes, directeur de Technologia, cabinet auquel on doit le rapport sur les suicides du technocentre de Renault publié au mois de janvier 2008 (14), livre une observation analogue. Sollicité ces derniers mois par de nombreuses entreprises affectées par un cas de suicide, l'homme a eu accès au dossier d'un grand nombre de salariés défunts. « Il s'agit généralement de personnes fortement impliquées, qui ont jusque-là connu des parcours de réussite, mais qui à un moment opèrent une réorientation mal maîtrisée, se retrouvent face à des situations de stress inédites pour elles, rapporte J.-C. Delgennes. Il existe évidemment des cas où la personne concernée souffre de pathologies, mais en grande majorité ce n'est pas le cas. Il s'agit plutôt de personnes absorbées par un rythme, une spirale qui les mènent au drame. »

### Stress et isolement au travail

Si l'on regarde du côté du fonctionnement interne des entreprises, quels facteurs pourraient bien favoriser un passage à l'acte? Le stress au travail figure parmi les premiers responsables désignés. L'INRS souligne ainsi le fait que « de nombreuses études épidémiologiques ont établi un lien entre les contraintes au travail génératrices d'un état de stress chronique, c'est-à-dire d'un stress durable, et l'apparition d'une dépression ». Le « job-strain », soit la concomitance d'une forte exigence psychologique reposant sur le salarié et d'une absence de latitude décisionnelle, constitue l'un des cas où les contraintes au travail favorisent l'émergence d'un état dépressif. « Quelles que soient leurs caractéristiques individuelles, des personnes en situation de stress chronique sont fragilisées et peuvent voir leur état évoluer vers une dépression qui, elle-même, favorise un passage à l'acte »



✚ *suicidaire (5).* » Autrement dit, ce facteur de risque du suicide qu'est l'état dépressif peut parfaitement être la conséquence des conditions de travail du salarié.

S'il rappelle le rôle des prédispositions personnelles dans la survenue d'un suicide (alcoolisme, anxiété, trouble dépressif), le psychiatre P. Légeron met quant à lui autant en avant tout autant le stress au travail, que l'isolement dans lequel sont plongés bien des salariés. Voilà qui remet au goût du jour l'un des éléments centraux de l'analyse durkheimienne des suicides. Car si l'entreprise est longtemps venue pallier la dissolution des solidarités traditionnelles en insérant les salariés dans un collectif de travail, dans bien des cas elle n'assure plus aujourd'hui ce rôle, constate P. Légeron.

Voilà un argument que ne désavouerait certes pas C. Dejours, pour qui la crise des solidarités professionnelles

travail reconnaît que les chercheurs sont encore loin de pouvoir fournir une analyse systématique des suicides au travail, tant la recherche dans ce domaine s'avère une expérience ardue. Celui qui s'aventure dans une entreprise touchée par un cas de suicide se heurte au silence des acteurs en présence, non pas seulement des directions, mais des salariés et de leurs élus eux-mêmes. « *Il est extrêmement pénible et angoissant de parler du suicide d'un collaborateur* », observe C. Dejours.

Philippe Nasse et P. Légeron en ont fait l'expérience à un autre niveau lorsque, dans leur rapport sur le stress au travail, ils ont proposé la généralisation de l'« autopsie psychologique » des suicides (4). Pratiquée au Royaume-Uni ou en Finlande, elle consiste à dresser un tableau complet de la vie familiale, des antécédents psychiatriques et familiaux et de la vie en entreprise

*Or il arrive qu'un jour cette dernière rompe unilatéralement le contrat, parce qu'elle souhaite nommer une autre personne à la place du salarié ou parce qu'un nouveau directeur a été nommé. Une telle rupture peut s'avérer très dangereuse: le sentiment de trahison ressenti par le salarié est à ce point violent qu'il peut favoriser un passage à l'acte.* »

N. Aubert a pu observer un tel mécanisme, lorsqu'elle travaillait avec Vincent de Gaulejac sur les « pathologies de l'excellence » (7). La relation du salarié à l'entreprise était alors dominée par un rapport d'« idéalisation », l'« idéal du moi » du salarié se fondant dans le projet collectif de l'entreprise. Pour N. Aubert, un tel rapport est cependant révolu. Les salariés vivent désormais à l'heure de l'« entreprise hypermoderne », fondée sur « une culture de la réactivité extrême et de l'adaptabilité permanente ». Aux pathologies de l'excellence auraient succédé des « pathologies de l'excès ». « *N'étant plus sollicitée au niveau de sa réflexion, ne pouvant plus prendre le temps du recul et de l'analyse, sommée de réagir de manière toujours plus rapide pour gérer un téléscopage permanent d'actions ou de réponses à apporter dans l'instant, la personne finit par fonctionner sur sa seule dimension "énergétique"* », écrit la sociologue (8). Le passage à l'acte de certains salariés appartient alors, aux yeux de la sociologue, au strict monde pulsionnel, tentative désespérée de mettre fin à une « machine infernale ». C'est ce qui explique à ses yeux la violence de nombre de suicides contemporains.

Autant d'hypothèses stimulantes qui requerront, les chercheurs le savent bien, des enquêtes rigoureuses pour être validées. ■

## Les salariés vivent désormais à l'heure de l'« entreprise hypermoderne », fondée sur « une culture de la réactivité extrême et de l'adaptabilité permanente ».

est l'un des facteurs clés de la vague contemporaine de suicides. La responsabilité en incombe, aux yeux du psychologue du travail, à la diffusion de l'évaluation individualisée des performances. « *Cette évolution a été largement souhaitée, non seulement par les directions, qui souhaitent depuis toujours évaluer la prestation de chaque travailleur, mais souvent par les salariés eux-mêmes. Ces derniers estimaient qu'une évaluation objective, de surcroît quantitative, serait plus juste que l'arbitraire qui régnait auparavant sur les primes ou les plans de carrière. Les méthodes d'évaluation individualisées des performances ont cependant pour résultat de mettre les salariés en concurrence, de les dresser les uns contre les autres. Dès lors, chacun joue pour soi, quitte à mettre des bâtons dans les roues des collègues. En mettant en péril la confiance, l'entraide, la loyauté, cela a transformé le monde du travail en un monde de solitude et de désolation.* »

Si la montée de l'isolement favorise la survenue du suicide, il ne suffit pas à l'expliquer. Le psychologue du

pour chaque personne s'étant donné la mort au travail. Cette initiative s'est heurlée à une véritable levée de boucliers de la part des organisations syndicales, qui y ont vu une irruption trop brutale dans des familles blessées, de même que la possibilité pour des experts mandatés de minorer la responsabilité de l'entreprise.

### Les pathologies de l'excès

Cahin-caha, la recherche n'en avance pas moins, par supputations et hypothèses. Dans les dossiers de suicide auxquels il a pu avoir accès, C. Dejours, repère souvent la rupture d'un pacte entre l'entreprise et le salarié. « *L'entreprise sollicite une forte implication de ses salariés et particulièrement de ses cadres. Elle leur promet une carrière, un statut, des gratifications matérielles, en contrepartie de quoi les salariés acceptent de travailler de longues heures de travail, parfois de sacrifier leurs vacances, leur vie de famille. Le salarié, son identité, deviennent alors dépendants de la place qu'il occupe dans l'entreprise.*

#### NOTES

(1) P. Nasse et P. Légeron, « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », ministère du Travail, mars 2008.

(2) INRS, « Suicide en lien avec le travail », disponible sur [www.inrs.fr/dossiers/suicide.html](http://www.inrs.fr/dossiers/suicide.html)

(3) Il s'agit d'une extrapolation des chiffres obtenus par M. Gourmay, F. Lanico et I. Kuyvenec, « Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie », *Travailleur*, n° 12, 2004, enquête

menée en 2002.

(4) Technologia, « Technocentre de Renault de Guyancourt », rapport CHSCT, janvier 2003.

(5) INRS, *op. cit.*

(6) P. Nasse et P. Légeron, *op. cit.*

(7) N. Aubert et V. de Gaulejac, *Le Coût de l'excellence*, 1990, nouv. éd., 2007.

(8) N. Aubert, « Violences du temps et pathologies hypermodernes », à paraître dans *Cliniques méditerranéennes*, n° 78, septembre 2008.



*Vieillir entraîne un dépouillement radical. Le risque élevé de suicide dépend de l'accumulation des facteurs de risque au cours de l'existence, dans la conjonction de « cycles de crises » sociales, transgénérationnelles, intrapsychiques, somatiques, associées à l'isolement ou à des situations de défaillances familiales. Dans cette avancée, le vide se transforme en crainte d'effondrement, puis en désir de néant. Le risque suicidaire est alors présent. Les processus de sublimation offrent une autre alternative qui permet de transformer ce vide en accroissement potentiel de l'espace intérieur.*

Photo : J. Renard



## Face au vide de la vieillesse

L'intérêt pour le suicide de la personne âgée est récent. Il ne semble pas être encore à l'ordre du jour des responsables politiques, mais la préoccupation apparaît plus nettement depuis la vague de décès de l'été 2003. Pourtant, le suicide de la personne âgée représente une des premières causes de mortalité des plus de 65 ans avec le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Si son impact psychologique et social est difficilement chiffrable, surtout en termes de coût financier, ses conséquences sont préoccupantes car il altère de façon durable les liens sociaux, en particulier dans les familles sur au moins trois générations. Le sui-

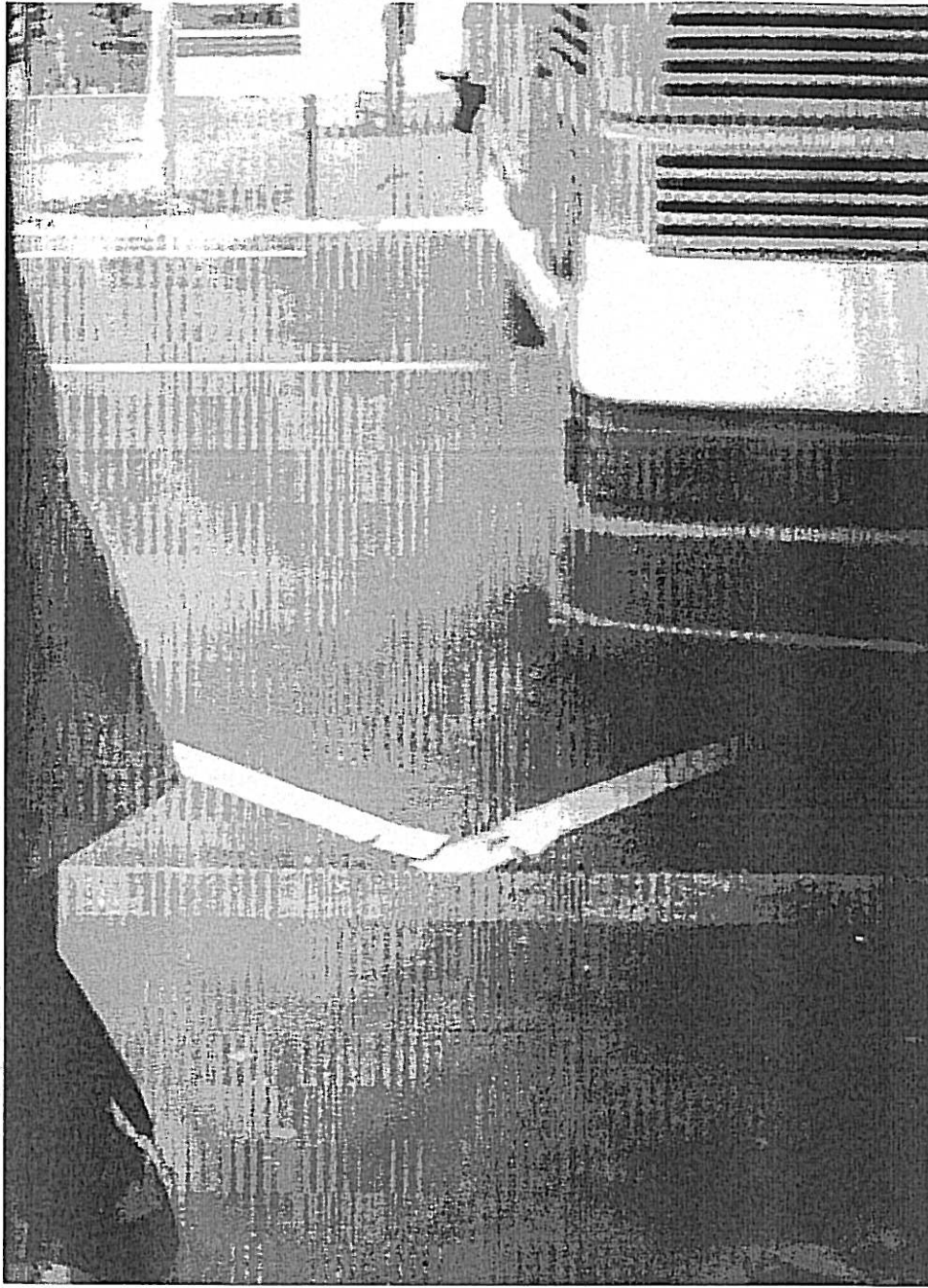
cide de la personne âgée se situe au carrefour d'un ensemble de préoccupations dans le domaine de la santé publique.

■ **La mobilisation contre la douleur** s'actualise dans un combat contre la douleur physique en déniait de façon très étrange ses intrications avec la douleur psychique.

■ **La perspective de la vague du « papy et mamy boom »** réveille des angoisses réelles. Comment les générations qui suivent vont-elles nourrir, porter et supporter ces personnes âgées ? Comment vivre dans une société où nous risquons de nous sen-

• **Marguerite Charazac-Brunel**  
PHD, psychanalyste IPA-SPP,  
expert auprès de la Cour d'appel  
de Lyon, maître de conférence  
Université Catholique de Lyon,  
Institut des Sciences  
de la famille (69).





tir inutiles ? Nous avons là tous les ingrédients qui exacerbent et dissimulent l'ambivalence dans les générations et provoquent l'émergence des fantasmes, des désirs et des projets de légalisation de l'euthanasie dans le sens d'une mort assistée provoquée (MAP) comme aux Pays-Bas, en Belgique et dans l'Oregon. Cette idée scandalise certains, pourtant elle se pratique déjà en France dans la clandestinité.

■ **Le morcellement du corps familial** fait écho aux angoisses de morcellement et de handicap du corps de la personne âgée. Le paradoxe veut que la famille, par l'allongement de la longévité, s'oriente vers une dimension de cinq générations, mais l'accélération de la dynamique de ruptures et de séparations (volontaires ou non) par divorce

ou par nécessité imposée par le travail, provoquent à la fois l'élargissement et le morcellement de la famille. La notion de famille indifférenciée, indéfinissable, parfois confuse, ne facilite pas la sauvegarde d'un sentiment d'unité, de contenance et de sens intérieur. Dans cette dimension de dynamique d'expansion et de morcellement de la famille, la personne âgée est satellisée, oubliée ; l'été 2003 nous a tristement illustré ce mouvement. Le suicide de la personne âgée répond à un sentiment de non-sens, d'absence de contenant psychique familial et social.

■ **L'idée du suicide est presque inévitable face à l'angoisse de détérioration neurologique** lors de l'annonce d'une maladie d'Alzheimer ou de toute autre maladie dégénérative.

■ **Le soignant, quelle que soit sa fonction, est en première ligne, au carrefour même, de ces questions.**

■ **Plus la technologie de la maîtrise de la vie progresse, plus l'impuissance face à la douleur et à la mort s'exacerbe.**

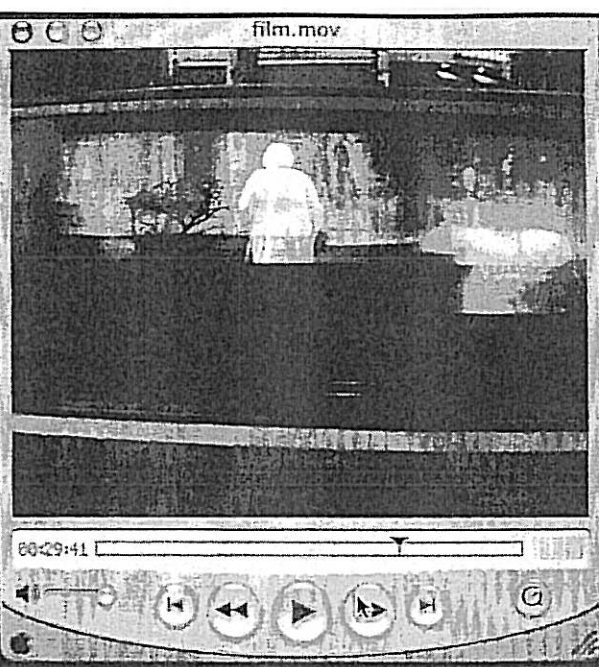
■ **« L'événement mort » en tant que passage vers « l'état après la mort » se confond dans cette tentative de maîtrise de la mort.** L'événement « passage vers la mort » s'impose souvent avec la plus grande inquiétude et exerce une fascination parfois attirante. Face à ce vertige et à la lassitude de vivre, cet événement devient maîtrisable dans le suicide. Un nouveau paradoxe réside dans le fait que l'angoisse, face à un événement redouté et à venir comme la mort, devient par son attente plus insupportable que l'événement lui-même.

■ **L'intégrisme religieux et les sectes ont de tout temps vendu une illusion de la maîtrise de l'après-mort.** L'interdit du suicide et la protection de la vie permettent la distinction entre les sectes et les religions. La plupart des religions interdisent le suicide et protègent l'individu contre sa propre destructivité, alors que les sectes présentent la mort, et parfois le suicide, comme un des accès à une renaissance plus heureuse, à un paradis impossible à obtenir sur cette terre et promis aux seuls membres de la secte. Les personnes âgées peuvent être des proies faciles.

■ **L'évocation de la mort fait l'objet d'un tabou plus puissant que la sexualité.** Dans le domaine même de la psychanalyse, la mort semble être une affaire définitivement classée sur le rayon du bric à brac de la castration, et l'idée toute faite : « *on ne peut pas se représenter sa mort* » vient clôturer le débat. En vain.

Ce n'est sans doute pas par hasard que les psychanalystes ne s'intéressent guère aux suicidants. La question de la mort s'impose à eux et ils nous imposent leurs interrogations et représentations. Elles deviennent une obsession pour les suicidants âgés.

■ **La crise de la cinquantaine marque le temps d'un bilan de vie qui peut permettre une réorientation.** Après



soixante-dix ans, les bilans sont plus cruels et les regrets liés à la culpabilité deviennent difficiles à porter. Les travaux de psychanalystes concernant les secrets familiaux ont permis de délivrer des familles d'un poison qui provoque des maladies mentales dans les générations suivantes. Et la vieillesse est un moment décisif face aux non-dits. Par son suicide qui la rend « *muette comme une tombe* », la personne âgée redouble le poids du secret. Au secret initial, vient s'ajouter le secret insoluble lié à l'acte du suicide. Les liens familiaux ne résistent pas à ces silences.

#### ► QUE SIGNIFIE ÊTRE VIEUX ?

J'ai vu un jour en expertise une petite victime de huit ans à qui j'ai demandé ses projets : « *Quand elle serait plus grande ?* ». Elle m'a répondu : « *Mais je suis vieille Madame ! Je me sens si vieille* ». Elle avait un teint cireux, un visage grave et déjà des rides sur le front. Quand elle est partie, elle m'avait communiqué un peu de son abattement, et cet examen ponctuel ne me permettait pas de savoir à quelle personne âgée elle pouvait ainsi s'identifier au-delà des agressions qu'elle avait subies dans sa propre famille.

Ainsi la vieillesse correspond à des données objectives (l'âge donné par l'état civil, la dégradation des fonctions corporelles), mais aussi à des données très subjectives. Être vieux suppose des concordances de ces données. S'il n'est pas possible d'agir sur la variable âge/état civil, il est partiellement possible d'agir sur les données physiologiques. Les données subjectives sont nettement plus accessibles et ce dépass-

sement peut être déterminant dans la qualité de vie et le risque suicidaire. Le sentiment de devenir vieux repose sur la difficulté à parvenir à des réinvestissements relationnels et de vie dans tous les domaines. Le bouleversement qui induit un sentiment d'impuissance est provoqué par la simultanéité d'une crise imposée par l'irruption d'une réalité externe pénible, et celle d'un corps en mutation. Le vieillissement « subjectif » est donc le signe de la conjonction d'une crise physiologique associée à une crise psychique.

#### ► LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DE LA PRÉVENTION

La prévention du suicide de la personne âgée est particulièrement difficile et, pour diverses raisons.

■ **La principale difficulté tient au fait que cette prévention commence très tôt**, dans l'installation d'un mode de vie liée à l'éducation et à l'ensemble de la dynamique familiale. La crise dépressive suicidaire se révèle être la résultante d'un mode de vie, d'actions passées. On vieillit souvent comme on a vécu et l'erreur serait de penser pouvoir remodeler sa façon d'être et de vivre après 65 ans. Heureusement, tout ne se joue pas avant cinq ans et l'approche de l'inconscient surprend par ses possibilités de réaménagement tardifs mais toujours possibles.

■ **La personne âgée dans une crise suicidaire est souvent isolée**, ou s'isole volontairement.

■ **La dépression de la personne âgée est trop souvent considérée par l'entourage, parfois même par les**

**soignants, à tort comme un syndrome démentiel** (voir article du Dr Dibie-Racoupeau « *La dépression du sujet âgé* » page 30).

■ **La famille présente souvent un sentiment submergeant d'impuissance face à la détresse de la personne âgée**. Elle reste figée, résignée et parfois n'a même plus les réactions de recherche d'aide à l'extérieur. Elle peut se sentir coupable de cette impuissance. Les autres résistances sont directement liées à la qualité des liens et aux modes de défense de la famille. Une famille dont les membres réagissent par des ruptures et des clivages reste réfractaire aux mesures de prévention et de prise en charge. Par ailleurs, quand les capacités d'empa-







thie sont présentes, la détresse qui verse dans le désespoir plonge l'entourage dans un sentiment de confusion. Pour les mêmes raisons, les soignants peuvent faire preuve de résistances très fortes, mais actuellement voilées dans un non-dit institutionnel.

■ **Le suicide de la personne est polymorphe**, dissimulé (volontairement ou non) dans des conduites où le désir d'autolyse est bien présent. Les passages à l'acte suicidaire des adolescents sont le plus souvent clairement identifiables « actifs », bien que le désir de mourir voile paradoxalement un désir intense de vivre autrement. Je distingue ainsi le suicide « actif » du suicide « passif » provoqué par un

arrêt de traitement vital, des conduites à risque pouvant provoquer la mort, une euthanasie (MAP), le syndrome de glissement (voir note), une anorexie de refus ou de désinvestissement (voir, article du Dr Thomas « *L'anorexie de la personne âgée* » page 40).

► **LA CRISE INTRAPSYCHIQUE**

■ **La dimension dépressive** : l'idéation suicidaire est toujours plus ou moins présente dans les périodes dépressives. Celle-ci se manifeste par un repli avec absence de recherche d'aide dans la relation, de désir, d'investissement et de recours à des systèmes de défense d'urgence adéquates. Cette dépression se manifeste discrètement par un vécu onirique pénible : cauchemars, rêves de chute, gouffres avec angoisse de mort, jusqu'à la perte ou l'incapacité à se souvenir des rêves.

■ **La régression pathologique suicidogène** se caractérise par son aspect incontrôlable, destructif par l'abandon du corps et le renoncement aux besoins vitaux. Cette tendance se retrouve par exemple dans les familles rigides où « *on ne doit pas se laisser aller, ne pas s'écouter, où il faut se tenir droit* » physiquement et psychiquement de façon constante. Les régressions imposées par l'extérieur sont très suicidogène, elles réveillent « *les agonies primitives* » (voir Les processus d'effondrement psychiques page suivante). Elles peuvent

aussi provoquer des mouvements de violence que l'on voit parfois au cours des toilettes quand le patient est positionné comme un petit enfant. Les « *régressions bien tempérées* », acceptées par la personne âgée, ne réveillent pas les patients dans ces agonies primitives, elles sont contrôlées et contrôlables par le sujet lui-même. Elles contribuent à une auto-réparation physique et psychique. Toutes situations agréables et propices à la rêverie diurne font partie de ces régressions.

■ **L'absence ou la perte de l'intériorité psychique**. L'intériorité psychique se construit dès la petite enfance par le processus décrit par D. Stern, d'accordage affectif. Une des injustices de la petite enfance se situe là ; un enfant à qui l'entourage n'aura pas transmis la possibilité de la création d'un réel espace intérieur, c'est-à-dire l'espace du préconscient, l'espace du rêve, risquera d'être prédisposé soit à être victime, soit à devenir l'auteur de processus de destruction. Plus tard, et surtout au cours du troisième âge, il sera dépourvu de capacité de résilience et de ce fait prédisposé au passage à l'acte suicidaire. Le geste suicidaire survient plus fréquemment dans un environnement relationnel où l'intériorité psychique a été oubliée, parfois précipitée dans une pensée opératoire. Ce geste induit à son tour des réactions de passages à l'acte, avec clivage de cette intériorité, dans l'entourage immédiat. Cette for-



clusion de l'intériorité s'étend parfois jusque dans certaines mesures de prévention, de prises en charge et de traitements des suicidants.

■ **La relation avec la réalité.** Dépourvu d'un espace intérieur, de l'espace du préconscient, la personne âgée colle à la réalité. La réalité qui s'impose est celle de son corps, de plus en plus défaillant, qui se replie, se recourbe ou chute. Le suicidant âgé est englué, apparemment sans transitionalité possible, dans une réalité traumatique, parfois événementielle. La réalité, réduite à l'événementiel, est morcelée et généralement morcelante. Les scènes du quotidien se succèdent sans lien entre elles, dans une impression d'absurdité et de non-sens.

■ **Le faux-self,** qui constitue une carapace illusoire et contribue à une image sociale, ne résiste pas aux chocs venant de la réalité : ceux liés en particuliers à la décrépitude du corps qui attaque le narcissisme et ceux liés aux deuils qui atteignent les liens. Quand cette armure devient hermétique et trop lourde, elle étouffe et écrase parfois de façon mortelle le self, celui qui fait vivre dans l'intériorité psychique l'être authentique.

■ **Les processus d'effondrement psychiques.** D. Winnicott a précisé son concept d'effondrement psychique lié aux « agonies primitives », ce que signifie « s'effondrer ». Le Moi organise des défenses contre l'effondrement de sa propre organisation, c'est l'organisation du Moi qui est menacée. Mais le Moi ne peut s'organiser contre la faillite de l'environnement dans la mesure où la dépendance est un fait de l'existence. En d'autres termes, nous sommes en train d'examiner un renversement du processus de maturation de l'individu. Winnicott décrit aussi les agonies primitives qu'il considère à l'origine de la psychose :

- le retour à un état non intégré (défense : la désintégration) ;
- ne pas cesser de tomber (défense : l'auto-maintien) ;
- la perte de la collusion psychosomatique, la faillite de la résidence dans le corps (défense : la dépersonnalisation) ;
- la perte du sens du réel (défense : l'exploitation du narcissisme primaire...);
- la perte de la capacité d'établir une relation aux objets.

Ainsi le vieillissement comporte un

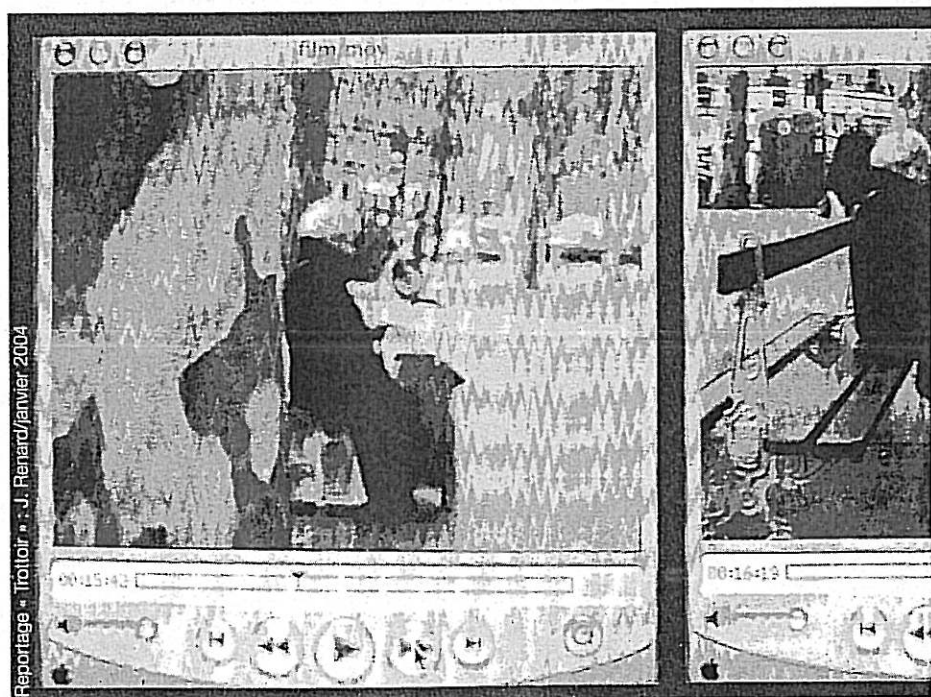


risque d'effondrement psychotique. On peut aussi se poser la question : le psychotique enfant ou adolescent ne vit-il pas une problématique de vieillissement psychique prématuré et d'interrogations obsédantes concernant la mort ? L'enferment des jeunes psychotiques, en particuliers les enfants autistes, dans une idée d'incurabilité, préserve les thérapeutes de se confronter à ces interrogations difficiles, peu explorées dans les approches psychothérapeutiques analytiques, et clivées dans les autres approches psychothérapeutiques. Quand ils se mettent à parler, à jouer, les enfants autistes apportent un matériel de représentation de la mort impressionnant.

■ **Le syndrome traumatique du vieillissement.** Il repose sur :

- les traumatismes cumulatifs condensés dans un noyau de détresse ;
- une angoisse d'effondrement associée à la chute du corps conjointe à celle du symbolique. Les capacités d'introspection et de sublimation limitent ce risque d'effondrement.

■ **Clivage et traumatismes cumulatifs.** Plus une personne avance en âge, plus elle court le risque d'être confrontée à différents traumatismes (en particulier celui du deuil) et moins elle a la possibilité de se défendre face à ces nouveaux traumatismes qui deviennent de moins en moins intégrables. Ainsi la personne âgée peut, dans certaines conditions, notamment de solitude, devenir de plus en plus vulnérable face à des trauma-







tismes habituellement considérés comme mineurs. L'ensemble des traumatismes non intégrés agglomérés dans le « noyau des condensations traumatiques négatives » peut induire plusieurs sortes de réactions psychopathologiques dont :

- **un fonctionnement pervers** : la personne vieillissante peut réagir face aux nouveaux traumatismes par une anesthésie psychique avec le recours aux défenses du déni et du clivage. Ce processus facilite l'émergence de violences psychiques auto ou hétéro destructrices induites par la personne âgée dans les liens familiaux et dans la transmission entre les générations ;
- **des décompensations psychotiques** plus ou moins rapides, où le clivage s'instaure entre le sujet et la réa-

lité : état habituellement qualifié de démence. La personne âgée se replie dans une attitude psychotique régressive vers un stade infantile ou dans une attitude mélancolique où l'autisme apparaît au premier plan.

- **une angoisse d'effondrement** consciente inductrice de réactions suicidaires très fréquentes quand il n'apparaît pas de recours aux attitudes évoquées précédemment et quand les capacités de sublimation sont inexistantes. Ainsi le clivage s'instaure, soit entre le sujet et la réalité, soit par rapport à la condensation traumatique négative. Plus en profondeur, le clivage entre le corps et la psyché face au traumatisme physiologique risque d'effriter les fondations de l'appareil psychique.

Pour la personne âgée, le traumatisme physiologique de la détérioration des fonctions corporelles peut provoquer une altération du symbolique car sa construction s'enracine et s'articule toujours dans le corps. Ainsi, le corps et le symbolique sont pris dans une interaction où la chute physique peut entraîner une chute du symbolique. Cette dernière accompagne le décollage narcissique qui se fait de façon brutale sous la domination du principe de réalité donné par la mort, avec l'éclatement de la collusion du Moi et de l'intrication « Idéal du moi-surmoi ». Le morcellement ou même l'absence du bouclier protecteur du symbolique laisse le sujet vieillissant face à une réalité froide de la mort qui s'approche. Dans ce processus, la réalité appréhendée sans affects induit un sentiment d'effondrement des illusions et, sous l'apparent détachement, un désinvestissement de la pulsion de vie. Le mouvement de désinvestissements, inducteur de processus de déliaisons, s'origine dans l'inconscient : l'angoisse d'anéantissement déjà présente et permanente se projette alors sur l'image de la mort. Arrivée à ce point, la personne vieillissante peut se laisser aller dans un mouvement d'effondrement : le syndrome de glissement (*voir note*). À l'opposé, elle peut aussi réagir dans un sursaut de vie par des réactions de violence qui précèdent parfois le mouvement d'effondrement.

► **LES FACTEURS DE RISQUE**

Ils peuvent être liés à différents paramètres.

■ **Les paramètres sociaux et environnementaux :**

- Un contexte judiciaire dans la découverte de fraude ou le plus souvent d'abus sexuel, lié à l'atteinte de l'image sociale ou au désir de menaces face aux victimes.
- À la fin d'une vie marquée par les traumatismes de guerre où le survivant est obsédé par les scènes traumatiques. Il se sent coupable de survivre et pour échapper à ce sentiment, il cherche soit à « réparer » les autres, soit à s'autodétruire, parfois les deux. Les survivants peuvent aussi faire des tentatives de suicide par culpabilité suite aux actes de destruction et de mort qu'ils ont réellement commis.
- À la présence d'éléments facilitateurs et incitateurs, en particulier au domicile



à la fois d'une arme à feu, d'alcool ou de stupéfiant.

• À la découverte d'une maladie évolutive grave. En effet, le risque suicidaire est souvent plus élevé quand le patient comprend lui-même, ou apprend incidemment, un diagnostic avec un pronostic d'évolution déficitaire, douloureux et léthal. Dans ce contexte, l'acte suicidaire est parfois bien accepté par l'entourage.

#### ■ Les paramètres familiaux :

• La structure familiale et ses ruptures induit un risque plus particulièrement élevé pour l'homme de plus de 65 ans vivant seul et la personne âgée sans enfants.

• La perturbation de la structure psychique d'un membre de la famille, notamment quand un délire de catastrophe ou de persécution est partagé

par plusieurs membres de la famille. Le risque d'un « suicide-homicide » du couple âgé est à craindre dans le contexte d'une paranoïa.

• La qualité des investissements relationnels est un facteur majeur de risque suicidaire :

- le désinvestissement passif s'installe parfois au nom de la liberté ou de l'autonomie des membres de la famille, il

## L'impact du suicide de la personne âgée sur la famille et l'entourage

L'impact du suicide léthal de la personne âgée sur les « survivants » de la famille varie en fonction de plusieurs facteurs. Les suicides « actifs » provoquent chez les survivants un effet de sidération ou de clivage. Les suicides « passifs » (anorexie, syndrome de glissement...) provoquent dans les générations suivantes une dépressivité résistante. Les autres facteurs sont liés à la qualité des liens avec la personnes âgées avant son suicide.

■ Les premières réactions peuvent être une certaine indifférence ou même le soulagement : « on s'y attendait », dans le sens où le suicide répond à une logique de « mort annoncée » à laquelle personne ne s'était vraiment opposé quand la personne âgée représentait un poids pour la famille, par la gravité d'une maladie ou parce qu'elle menaçait régulièrement l'entourage de suicide ou même si elle était ancrée dans un fonctionnement pervers où sa violence physique ou psychique devenait insupportable. Les réactions peuvent aussi être l'apparition d'affects de douleur, de stupeur, de pétrification, d'anesthésie et de clivage qui peuvent devenir inductrices de gestes suicidaires chez les survivants. Dans les mois et les années qui suivent, des affects peuvent perdurer : douleur et désespoir, culpabilité, instauration de clivages à l'origine d'une contagion du geste suicidaire et un effet de ruptures des liens familiaux.

■ En l'absence de prise en charge, si l'effet de réactions en chaîne n'a pas induit des mouvements de destruction active, les aménagements défensifs des proches peuvent se restructurer tant bien que mal dans des fonctionnements pathologiques, de type opératoire, avec les risques de somatisation associés, ou de façon plus heureuse dans une compulsions de réparation qui peut représenter une tentative de dépassement du traumatisme et une amorce d'un processus de sublimation

#### ■ L'impact du suicide de la personne âgée sur les adolescents

Notre recherche (1) sur le risque de transmission dans les générations suivantes, nous a permis de constater une transmission significative du risque suicidaire sur les petits-enfants du même sexe. Cependant nos résultats demeurent limités compte-tenu du nombre restreint d'analyse de dossiers. Voici quelques chiffres significatifs : 71 % de jeunes de 15-25 ans qui ont fait une tentative de suicide ont un de leurs grands-parents décédés suite à un

suicide (44,2 % sont des petits-enfants « biologiques », 25,7 % sont des petits-enfants adoptés), alors que dans l'échantillon témoin de 15-25 ans sans tentative de suicide, 15,7 % ont un des grands-parents décédés suite à un suicide. La transmission du risque suicidaire entre grands parents et petits enfants du même sexe paraît donc très significative. Le chiffre élevé de petits-enfants adoptés tend à montrer que le facteur « hérédité » ne semble pas significatif.

#### ■ Prise en charge des survivants dans la famille et des aidants

Les prises en charge des familles de suicidants ou des survivants sont toujours possibles, mais certaines familles présentent un refus ou des contre-indications de prises en charge (dénier du geste suicidaire ou de la gravité de l'acte, le déni de la souffrance).

Par ailleurs, les familles enfermées dans une idéologie comme la valorisation d'un droit au suicide ou à l'euthanasie active (en tant que mort induite par un tiers) s'opposent le plus souvent à toute forme de prise en charge. La prise en charge au cours d'une psychothérapie analytique peut permettre d'arrêter le processus de transmission du risque suicidaire et de parvenir à une intégration du deuil souvent très difficile dans le cas d'un décès par suicide. Ces psychothérapies comportent des priorités dans les objectifs. Au cours de notre pratique clinique, nous avons identifié les objectifs suivants :

• la reprise de l'activité onirique : elle est difficile car les premiers rêves sont souvent des cauchemars, mais ces cauchemars annoncent une phase suivante qui est marquée par la reprise de la bonne qualité du sommeil ;

• le réinvestissement du corps : les survivants tendent à oublier ou à rejeter leur corps se sentant en quelque sorte « habités » par le suicidé ;

• le maintien des liens « repérés comme non toxiques » : sociaux, scolaires, professionnels et familiaux ;

• la réinjection progressive de la transitionalité, (études, voyages, loisirs) ;

• le réinvestissement de la capacité de représentations et de créations, ce qui précède l'entrée dans le processus de sublimation.

Ce processus s'associe à la découverte du plaisir à penser, même le traumatisme du suicide d'un proche.

(1) Charazac-Brunel M., Intrapsychic factors of elders' suicide, *Congress of international association of suicide prevention (Stockholm, 2002)*.



peut aller jusqu'à l'abandon flagrant ;  
- le désinvestissement actif a souvent le mérite d'être plus verbalisé. Il se manifeste dans un rejet plus ou moins direct, agressif, plus perceptible pour les personnes extérieures.

- Les risques liés à l'absence de transmission d'une capacité d'autoprotection intrapsychique : la tentative de suicide résulte alors d'une angoisse trop forte ou dans un contexte de victimisation. Les violences intra-familiales sont très suicidogènes.

- Le fonctionnement et la qualité des interactions notamment quand les liens sont basés sur l'angoisse, la culpabilité, ou sont altérés par le clivage ou les désinvestissements.

- Le manque de protection entre conjoints, entre parents et enfants.

- Le manque de communication et d'expressions secondaires de l'intériorité psychique, des affects, des émotions.

#### ■ Les paramètres intrapsychiques :

- L'importance des deuils précoces non intégrés, par exemple les décès d'enfants provoquent un désinvestissement de la vie et constituent un frein pour l'attachement avec les vivants.

- L'échec de la maîtrise de l'angoisse face à la peur de la maladie, de la douleur, du handicap physique et psychique, de la mort.

- Le principe de plaisir quand la capacité à prendre du plaisir se rétrécit face à la réalité. Le vieillissement du corps, la souffrance et les pertes de capacités physiques, constituent non seulement une attaque narcissique, mais le corps peut être présenté dans un processus de clivage comme un frein à la vie ou même un « ennemi à abattre ». Le plaisir pulsionnel peut se restreindre au plaisir de la nourriture ; l'anorexie est un signe de désinvestissement de base de la vie. Le principe de plaisir s'effondre face au principe de réalité.

- La personne âgée suicidante investit peu son intériorité psychique. Elle tend à idéaliser les personnes avec qui elle n'a plus ou peu de lien, les lieux passés ou lointains. Ses capacités de représentation sont faibles, l'activité onirique met en scène des images traumatiques, des représentations de la mort ou des images d'êtres aimés décédés. Ses capacités de symbolisation, de sublimation et de création sont presque absentes

Ses fantasmes concernant la mort révèlent ses difficultés à établir une continuité des liens.

- La personne âgée suicidante a conscience, du rétrécissement de son espace et du temps.

- La capacité à être seul, non acquise auparavant, et qui induit un sentiment de solitude difficilement supportable.

- La difficulté de s'ouvrir et de créer des liens signe la faiblesse des investissements des liens interpersonnels. La personne âgée suicidante :

- se focalise sur le corps et ses fonctions ;

- se tourne vers ses exigences ;

- manifeste un refus passif jusqu'à l'agressivité ;

- s'enferme dans un processus narcissique.

La fin de ces réactions (en dehors d'une prise en charge) peut indiquer le risque d'émergence du désir de suicide ou de l'apparition du syndrome de glissement.

- Le syndrome du survivant à la suite de décès de proche, surtout d'enfants, s'accompagne du sentiment d'être coupable, d'être en vie avec parfois un désir intense de « rejoindre sa famille ». Ce syndrome du survivant est très suicidogène chez les survivants de génocide.

- Le sentiment d'échec, de perte de contrôle. Le suicidant exprime souvent la peur de la perte du contrôle sous la forme de « peur de devenir fou ». Cette angoisse de la perte de contrôle par rapport à des événements externes s'associe à la crainte d'une diminution ou d'une perte des performances physiques et psychiques.

- Peur ou situation d'emprise physique et psychique quand échapper à celle d'autrui ne semble possible que dans le suicide : « *la liberté ou la mort* ». Ceci a souvent été le leitmotiv des personnes âgées préférant le suicide à l'entrée ou au retour à l'hôpital ou en maison de retraite.

- Le sentiment de culpabilité et de honte intense difficilement surmontable dans le cas de la collusion Surmoi-Idéal du moi.

- Les situations de rupture de liens sont des facteurs de risque importants quand elles ne sont pas prévues, contrôlables, ni intégrables émotionnellement dans la représentation ou dans la verbalisation et quand elles sont cumulées.

- La perte d'autonomie avec peur de dépendance affective, physique et financière peut être relativement vive chez les personnes habituées à une grande indépendance. Inversement, l'impossibilité de vivre hors des liens de dépendance, par exemple dans le couple, entraîne une situation de risque quand le conjoint disparaît.

- Le fonctionnement du pervers qui, privé dans son intériorité psychique, n'a plus conscience de son intériorité. Anesthésié psychiquement, il ne peut plus percevoir correctement l'intériorité psychique d'autrui. Les émotions sont réduites et transférées sur l'enveloppe corporelle sous forme de plaisir, déplaisir, orgasme et tension. Le pervers risque de se suicider s'il est obligé de prendre conscience de son clivage. La culpabilité est ainsi réintroduite en même temps que l'intériorité. Le pervers, privé de sa victime, prend son corps comme objet d'emprise à détruire.

Dans l'ensemble, le risque élevé de suicide dépend de l'accumulation de ces facteurs de risque au cours de l'existence, dans la simultanéité, mais aussi dans la conjonction de « cycles de crises » quand celles-ci sont simultanément sociales, transgénérationnelles, intrapsychiques, somatiques, associées à l'isolement ou à des situations de défaillances familiales.

#### ► LES SIGNES PRÉCURSEURS

Ils varient en fonction de l'importance et de l'imminence du passage à l'acte.

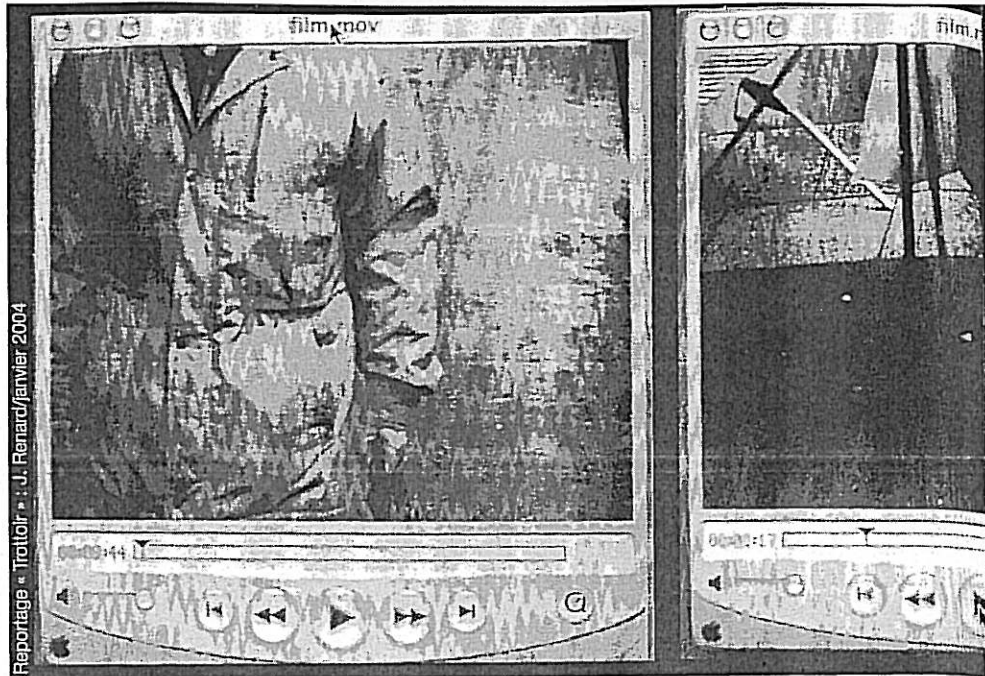
- Dans une première période, la dimension dépressive se manifeste par une « idée de suicide », un sentiment d'ennui, un découragement, une fatigue, une lassitude. L'angoisse est diffuse et s'accompagne de trouble du comportement alimentaire, du sommeil, des difficultés de concentration et de mémoire.

- Dans une seconde période, l'idée devient « désir de suicide », qui est le plus souvent exprimé à quelqu'un. Mais la communication demande effort, l'anxiété s'accroît et le sujet essaie de faire face à des bouffées d'angoisse par le renforcement des défenses ou des formations de défenses substitutives, plus ou moins dangereuses, telles que le recours à l'alcool.

■ Dans la troisième période, le désir de suicide se concrétise par « une planification », ceci quand l'effort de l'appel à l'aide a été infructueux. Le sujet ne cherche plus à communiquer. Il ne se défend plus des agressions extérieures, le système défensif s'effrite en même temps que les investissements qui se réduisent petit à petit à néant, si ce n'est dans l'élaboration du plan suicidaire. La planification peut parfois être recouverte par une conduite de camouflage qui vise à éviter ou refuser toute relation d'aide.

■ Dans la période de prodrome du passage à l'acte, la mort et l'après mort devient l'axe de réinvestissement avec des recherches plus actives pour la réalisation du suicide. Ces signes précurseurs sont les mêmes que pour les autres populations. Pour les personnes âgées, les signes spécifiques sont :

- le désinvestissement envahissant qui atteint non seulement les actes de survie de la vie quotidienne, mais aussi des activités de loisir très passives comme la télévision.
  - l'abandon des derniers intérêts concerne les activités corporelles qui étaient orientées vers la sphère orale et anale : attirance pour des aliments particuliers, la digestion, l'activité intestinale.
  - l'expression d'une plainte de fatigue et de lassitude de la vie.
  - la perte de mémoire, associée à la perte de capacités à s'orienter dans le temps et l'espace qui induisent des difficultés de diagnostics différentiels et détournent l'attention du risque suicidaire.
  - la dépression associée à des épisodes de confusion et de raptus anxieux, alternant avec des moments de rémission et de conscience de la détérioration très propice au passage à l'acte suicidaire.
  - les indices verbaux : adieux aux relations et proches ; expression de ses dernières volontés avec parfois remaniement de son testament, révision de ses assurances vie, achat de tombe ; dons plus ou moins importants aux enfants, petits-enfants, associations ; dons d'organes, de son corps à la science ; pré-occupations du devenir de ses animaux familiers.
- L'appel au secours et l'expression de la volonté de suicide peut être très direct mais de façon désaffectisée quand la détermination est présente. Cette absence d'affect dépressif rassure sou-



vent faussement le soignant et l'entourage. Les personnes âgées peuvent exprimer des affects dépressifs mais de façon encore plus voilée dans l'énumération de symptômes de leur dépression. Elles expriment souvent leur dégoût pour la vie, pour soi ou la peur des catastrophes et l'attrait de la mort. La demande d'aide reste souvent très ambivalente car elles sont très méfiantes en ce qui concerne les prises en charge. Si la question du désir de suicide est posée directement, elles répondent aussi spontanément dans la mesure où les craintes énoncées concernant les modes de prises en charge au cours d'une hospitalisation ou l'inquiétude d'être envoyée sans son consentement en maison de retraite sont écartées.

#### ► LE DÉPISTAGE

Il repose sur des signes qui sont en relation directe avec les facteurs de risques et les signes précurseurs. Ils se retrouvent dans :

- la présentation, par une négligence croissante dans les conduites d'hygiène de base, la préservation de la santé, la tenue vestimentaire ;
- les manifestations des affects, ainsi les pleurs peuvent alterner avec une irritabilité et des mouvements de colère non motivée, avec réactions ambivalentes face aux propositions d'aide, refusant et acceptant en même temps ;
- les troubles du comportement alimentaire, par un refus de nourriture, désinvestissement des aliments, même

ceux qui étaient particulièrement appréciés auparavant ;

■ la perte d'intérêt pour les amis, la famille et les enfants, les événements extérieurs les activités. La personne se montre indifférente à l'annonce d'une bonne nouvelle. Le désintérêt non habituel et rapide pour les propres enfants est un signe particulièrement inquiétant. La difficulté de communiquer peut aller jusqu'au refus de communiquer dans un mouvement de rejet.

■ les conduites de préparatifs quand la personne âgée réalise un achat de tombe « avant l'heure », brûle des papiers personnels, fait du rangement, écrit ses dernières volontés.

■ les dons d'objets précieux jusqu'au dépouillement presque total ; des gestes parfois malheureusement mal interprétés.

■ l'analyse graphologique qui peut aussi révéler des signes annonciateurs du passage à l'acte, par exemple une signature descendante et rayée.

■ l'expression verbale ou écrite marquée par le pessimisme, la dépression, la douleur psychique qui s'exprime dans, ou par, les impressions suivantes :  
- l'auto dévalorisation, le manque d'estime pour soi, le sentiment d'être inutile, d'être un poids pour les autres, l'impression de n'être aimé par personne, de ne pas être intéressant ;  
- être dans une situation sans issue, sans possibilité de changement ;





- un sentiment d'échec, d'impuissance, dans à peu près tous les domaines, de culpabilité et de honte.

L'expression de la dépression peut être ainsi extériorisée de manière plus indirecte par des allusions indirectes au suicide : « *Je ne vous embêterai plus pour longtemps... ; je ne manquerai à personne... ; j'ai envie d'en finir... ; je veux dormir pour toujours* ».

■ **les signes somatiques**, souvent caractérisés par l'asthénie physique et les plaintes somatiques : maux de tête chroniques, maux d'estomac, douleurs « cardiaques », difficultés respiratoires. Chez la personne âgée, la difficulté est évidemment liée au fait qu'il est difficile de distinguer ce qui est la conséquence du vieillissement et les conséquences de la crise suicidaire. Les membres de la famille sont souvent les moins aptes à discerner les signes car ils s'habituent à certains signes et ont tendance soit à dénier, à sous-évaluer pour se rassurer, soit à surévaluer le risque de façon anxieuse. Dans tous les cas, le sentiment d'un risque peut suffire à lui-même et nécessite de poser clairement la question à l'intéressé.

► **LA PRISE EN CHARGE**

Il arrive parfois que l'entourage trompe la personne âgée sur les modalités de prise en charge pour obtenir son consentement à une hospitalisation. Ceci a pour conséquence d'aggraver les résistances et de précipiter le passage à l'acte suicidaire quand il n'y a pas de préparation à l'hospitalisation, de prise en charge psychothérapique pendant

l'hospitalisation ou après la sortie. Cette dissimulation met l'équipe soignante en échec. Il est souhaitable d'inaugurer la prise en charge par une première consultation en présence d'un tiers en qui la personne âgée a confiance.

L'approche reste pluridisciplinaire et correspond à la prise en charge classique des dépressions. Dans ce sens, le traitement médicamenteux demeure une aide précieuse dans le contexte de la psychothérapie dans la mesure où les psychotropes n'altèrent pas la capacité de souvenirs, en particuliers des rêves.

■ **Prise en charge psychothérapique et psychanalytique**

Il demeure possible et indispensable d'analyser avec la personne âgée ses effondrements passés qu'elle dissimule, à son insu, derrière le voile de ses répétitions. La prise en charge en psychothérapie analytique des suicidants, et plus encore des suicidants âgés, est difficile mais très formatrice car elle exige une épuration et une mise à l'épreuve radi-

cale des théories psychanalytiques. Elle nécessite une souplesse du cadre analytique et des objectifs relativement précis. Un de ses premiers objectifs est l'analyse des représentations de la mort. L'approche du transgénérationnel, en particulier dans les psychothérapies familiale est indispensable

• **Les représentations de la mort**

Les plaintes répétitives, harcelantes, mettent dans une situation d'échec permanent tant que les questions de la dépression et des fantasmes de suicide n'ont pas été franchement posées. En toile de fond à cette dépression, l'angoisse de la souffrance et de la mort est redoutable puisque la mort devient une réalité proche incontournable. Nul ne sait s'il souffrira avant, pendant et après sa mort.

Cette angoisse peut donc être insurmontable. Elle est à l'origine de tentatives d'emprises magiques sur la mort par des mouvements d'anticipation dans une « mise en scène ». Le syndrome de glissement peut remplir cette fonction, ainsi qu'un état pseudo-mélancolique, ou même en mimant la mort, souvent en présence des enfants. L'angoisse submergeante, dans une ultime tentative de maîtrise pour être « *plus digne et plus fort que la mort* » incite parfois la personne âgée à « *se donner la mort* ».

Ce qui a été clivé, oublié, non intégré psychiquement, est remis en acte sur la scène de la réalité. C'est dans l'espoir inconscient de sentir et de voir « *l'événement indicible, irréprésentable ou impensable* » que le passage à l'acte devient un surgissement dans le réel de la scène oubliée fascinante, mais enfin représentable.

Mais ce qui n'est pas intégrable peut le

**L'investissement de la réalité chez les personnes âgées suicidantes et non-suicidantes**

Non suicidants	Suicidants
Principe de plaisir maintenu	Principe de plaisir faible ou absent
Continuité des investissements	Absence de continuité des investissements
Désir de transmission aux générations suivantes	Absence de désir de transmission ou désir de non-transmission aux générations suivantes

devenir par la construction fantasmagorique dans la création du mythe. Dans la mythologie, la mort n'existe pas, il n'y a que des métamorphoses. Il est toujours très intéressant et important de demander à un suicidant comment il imagine sa mort et son « après mort ». Ceci est aussi essentiel dans toute cure psychanalytique et rend l'analyse moins longue ou interminable. La majorité des suicidants évoquent leur après « mort » soit dans l'idée d'un « très long sommeil », soit dans une mythologie particulière dont les termes sont assez bien définissables. La mythologie varie en fonction des périodes de la vie. Si, pour l'adolescent, le désir de suicide s'étaye sur des thèmes de voyage intersidéral, de départ en présence d'un amour impossible, la personne âgée par son suicide aspire parfois à « un grand voyage vers un paradis » à retrouver ses proches, à renaître dans une autre vie, mais le plus souvent, la dimension romantique, voir esthétique, de cet acte a disparu. Il reste le désir de délivrance. L'esthétique du suicide laisse place à une aspiration au néant. La personne âgée qui a dénié et clivé les condensations traumatiques négatives durant sa vie, les projette alors dans la représentation de la mort, souvent figurée sous la forme d'un gouffre, d'un trou noir. Elle entraîne parfois dangereusement le soignant dans une confrontation avec son propre gouffre intérieur. Ainsi, la représentation de la mort devient, de façon symétrique au souvenir-écran, écran de projection des représentations des condensations traumatiques négatives. Sur cet écran où se joue le « retour vers le futur » vont être représentées toutes les angoisses du passé projeté dans une représentation de la mort. Elles vont enfin devenir analysables et l'angoisse de mort peut laisser place à une relation avec l'inconnue plus sereine. La psychothérapie devient très difficile si le soignant et la personne âgée partagent, dans une collusion inconsciente, la même angoisse d'une représentation de la mort sous la forme d'un néant.

#### • La transitionnalité et transmission

Le dépassement des illusions groupales familiales à l'origine d'un mouvement de fusion destructrice représente, pour toute personne, un moment de crise à la mesure de l'importance de ces constructions. Cette traversée, si elle est effectuée dans la solitude, peut condui-

re dans un sens négatif vers un passage à l'acte suicidaire. À l'opposé, cette crise peut induire une renaissance au cours de laquelle la personne entre dans un processus d'individuation qui s'accompagne le plus souvent d'activités créatrices, d'un enthousiasme préservé, malgré le vieillissement, et d'un apaisement serein face à la mort. Cette traversée permet à la personne qui « avance en âge » un désir de projets malgré la mort, mais aussi au-delà de sa mort par la transmission aux générations futures. L'accès à « un suffisamment bon lien » retrouvé avec les enfants, avant la mort, même pour une courte durée, est un héritage très précieux pour les générations suivantes. La mort par suicide d'une personne âgée est grave car elle marque une rupture de lien sans aucune tendresse. Une mort avec de bons liens de la part de la personne âgée, renforce les bons liens entre les vivants, une mort par suicide a un effet de chaos dans les générations suivantes. Dans ce sens, la prévention du suicide et des conduites suicidaires de la personne âgée est aussi importante que celles de l'adolescent.

#### • Les difficultés contre-transférentielles

L'expression des vécus de néant ou de désir d'anéantissement n'est pas toujours facile à entendre. Ces vécus peuvent induire dans les mouvements de l'empathie un sentiment d'impuissance et rentrer en résonance avec les angoisses d'anéantissement du soignant lui-même. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ce Moi vide, et en apparence mort, peut revivre ; car dans cette vacuité du Moi, le désir du thérapeute que son patient vive peut venir réanimer cette partie plus comateuse que morte.

#### ► CONCLUSION

Si l'enfant découvre le monde, la personne âgée contemple le monde ou est anéantie par lui. Le vieillissement impose les questions existentielles fondamentales du temps, de la naissance, de la croissance et de la mort. « L'être qui ne peut supporter de penser ni au passé ni à l'avenir : il est abaissé jusqu'à la matière... Le temps fait violence ; c'est la seule violence. Un autre te cèdera et te mènera où te ne veux pas aller. » (Simone Weil). Vieillir entraîne un dépouillement radical. Dans cette avan-

cée, le vide se transforme en trou noir, puis en désir de néant jusqu'au suicide. Les processus de sublimation offrent une autre alternative qui permet de transformer ce vide en accroissement potentiel de l'espace intérieur. Il reste à redéfinir la sublimation qui ne se réduit pas à « l'orientation de la pulsion vers des buts socialement admis », mais dépasse largement cette dimension. La capacité de sublimation est à la source de la résilience et maintient les possibilités de croissance psychique jusqu'à la mort. Elle repose sur la découverte et l'investissement du noyau sain de la psyché, le Soi, présent dans l'inconscient de chaque être vivant. C'est à mon sens l'objectif fondamental de toute psychothérapie. ■

*NDRL : Le syndrome de glissement a été décrit par Carrié en 1956 chez des personnes âgées ayant une maladie somatique grave. Depuis le concept a évolué. La personne âgée présente une réduction de son alimentation, de son activité locomotrice et de sa communication verbale. Elle ne se lève plus, ne mange plus, ne communique plus. Elle refuse de manière passive l'aide qui lui est proposée. Si on la met debout, elle s'affaisse au sol ; si on l'installe dans un fauteuil, elle s'affaisse sur l'accoudoir. Si une étiologie curable n'est pas mise en évidence et traitée, le décès survient après une période de perte de poids, de cachexie et de grabatisation plus ou moins longue. Le pronostic est très sombre. (D'après Psychiatrie du sujet âgé, J.-M. Léger, J.-P. Clément, J. Wertheimer, Médecine Sciences Flammarion, 1999).*

## Bibliographie

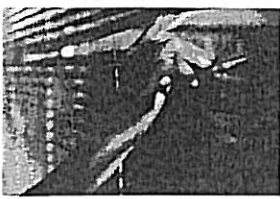
- Charazac M., *Prévenir le suicide*, Dunod, 2002.
- Ferenczi S., *Réflexion sur le traumatisme* in Œuvres Complètes. Psychanalyse IV, trad. de l'équipe du Coq Héron, Éd. Payot, Paris, 1996.
- Freud S., *Deuil et mélancolie* in *Métapsychologie*, éd. Gallimard, Paris, 1991.
- Stern D., *Mère-enfant, les premières relations*, éd. Mardaga, Liège, 1977.
- Tustin F., *Le trou noir de la psychée*, Le Seuil, 1989.
- Weil S., *La pesanteur et la grâce*, Plon, 1962.
- Winnicott D. W. (1960), *Counter-Transference*, in *British Journal of Medical Psychology*, Vol.33, pp. 17-21.
- Winnicott D.W. (1975), *La crainte de l'effondrement*, in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, N° 11 pp. 35-44.

### **III- Précarité et suicide : la prise en charge**

TERRA Jean-Louis. **La prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.**  
Actualité et Dossier en Santé publique (ADSP), n°45, décembre 2003, p.40-41

LEVY-JURIN Valérie. **Santé et précarité : quelle action pour les Villes-Santé de l'OMS ?**  
Actualité et Dossier en Santé publique (ADSP), n°57, décembre 2006, p.4-5





## La prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires

Une mission ayant pour thème le suicide en prison dresse un état des lieux et propose une série de mesures de prévention.

L'existence de suicides chez les personnes détenues est largement connue, bien que ce phénomène ne représente qu'environ 1 % de l'ensemble des suicides (125 sur 10 268, en 1999, en France). La pendaison est utilisée dans plus de 90 % des cas, comme dans les milieux — l'hôpital également —, où l'accès aux autres moyens est contrôlé.

Les médias relatent avec constance tous les suicides qui surviennent, ce qui crée un incitatif permanent à la prévention. Le taux de suicides dans les établissements est parfois dénoncé comme un phénomène hautement inacceptable et, en même temps, la prévention comme une mission quasi impossible.

Ce contexte n'a pas empêché les acteurs pénitentiaires et sanitaires de faire porter leurs efforts sur la prévention de ce qui est toujours un drame. La mission récente que nous avons réalisée fait un état des lieux et débouche sur une série de propositions [27].

### Les chiffres

La figure 1 montre une augmentation nette des suicides à partir de 1993, avec un pic à 138 en 1996. Depuis, le nombre est stabilisé autour de 120 mais aucun fléchissement n'est observé (122 en 2002, 120

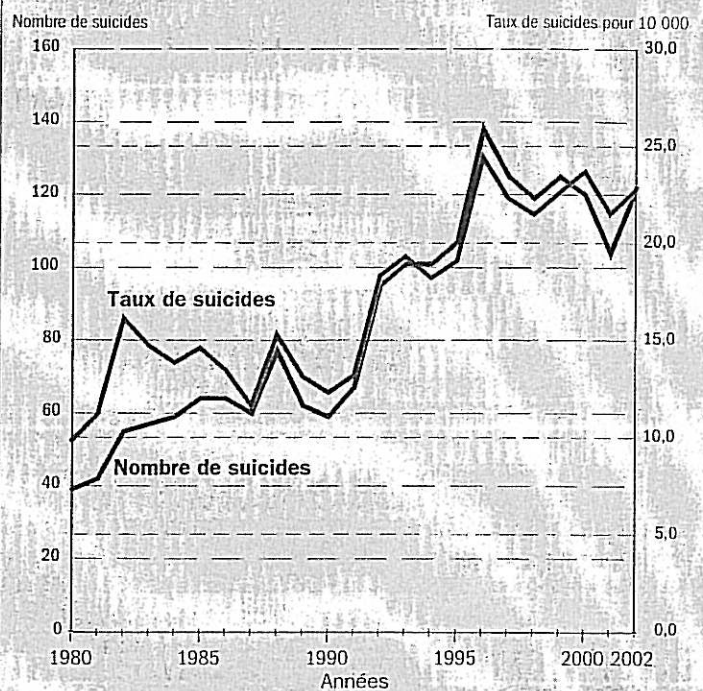
en 2003), alors que le nombre de suicides diminue en population générale entre 1993 et 1999, dernière année disponible.

Pour cette même année, les taux de suicides étaient de 22,6 pour 10 000 en tenant compte du nombre moyen de détenus présents, et de 16,2 pour 10 000 entrants<sup>1</sup>. Par comparaison, le taux est de 17 pour 100 000 habitants en population générale.

Ces comparaisons manquent de rigueur car les personnes détenues prévenues ou condamnées, sont essentiellement des hommes et présentent de nombreux facteurs de risque de suicide. Une étude anglaise porte sur la comparaison entre les taux de suicides en détention et en liberté conditionnelle ou en travail d'intérêt général<sup>2</sup>. Les taux observés sont similaires, ce qui limite la part

figure 1

### Évolution du nombre et du taux de suicide depuis 1980 en métropole et en outre mer pour les personnes détenues



Source : Statistiques des suicides, direction de l'Administration pénitentiaire-EMS1.

### Jean-Louis Terra

Professeur de psychiatrie, chef de service, CHS Le Vinatier, Bron, Laboratoire de psychologie de la santé, équipe d'accueil 3729, université Lyon 2

dans un contexte d'urgence voire de comportements violents.

### Les principes de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)

Lancée le 19 septembre 2000, elle comporte 4 axes principaux : favoriser la prévention ; diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux ; améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants ; mieux connaître la situation épidémiologique.

La stratégie a comme postulat que le suicide est

accessible à la prévention ; le suicide étant, pour une part importante des décès, une cause de mortalités évitables.

La stratégie repose sur le modèle de la crise suicidaire qui répond à un processus dynamique étalé dans le temps, accessible au repérage et à une intervention pluridisciplinaire axée sur le lien ; conduisant ainsi à une triple évaluation : du risque suicidaire, de l'imminence d'un passage à l'acte, de la létalité du moyen de suicide disponible.

Par ce modèle d'intervention de crise, on considère aujourd'hui à bon escient que l'établissement d'un lien



de sursuicidité imputable à la stricte détention. Un tel constat n'a jamais été un motif pour ne pas faire de la prévention du suicide une priorité en milieu pénitentiaire.

#### Les facteurs de risque

Les facteurs de risque de suicide tels que la nature du crime (crime de sang, agression sexuelle sur mineur) ou du délit, le statut de prévenu ou de condamné, les événements de la vie judiciaire (reconstitution, procès, condamnation, refus de libération conditionnelle), et les événements de la vie pénitentiaire (écrou, primo incarcération, placement au quartier disciplinaire) sont bien connus et régulièrement étudiés par l'administration pénitentiaire.

Un effet lié aux caractéristiques des établissements est recherché avec soin selon de nombreux paramètres : maison d'arrêt ou centre de détention, taille, ancienneté, effectifs de personnels, surpopulation. De telles analyses fournissent des résultats complexes, montrant que l'effet structure peut donner des tendances mais ne peut expliquer à lui seul l'essentiel du phénomène suicide.

Les facteurs de risque de suicide en lien avec la psychopathologie sont en revanche moins connus. Une étude épidémiologique d'envergure est en cours à l'initiative de la direction générale de la Santé pour connaître la prévalence des troubles psychiques chez les personnes détenues. La Commission centrale de suivi des

actes suicidaires au sein de l'administration pénitentiaire ne dispose pas de données pour apprécier le poids des maladies mentales chez les personnes détenues décédées par suicide. Une perspective médicale serait indispensable pour tirer des enseignements afin d'améliorer la prévention.

#### La prévention du suicide

Les établissements pénitentiaires ont toujours été confrontés à ce problème mais, depuis plus dix ans, il existe un renforcement de la lutte. Les axes ont été l'amélioration des conditions de détention, une meilleure détection des facteurs de risque, une amélioration de l'accès aux soins, de la surveillance. Des établissements sont devenus des sites pilotes pour expérimenter les recommandations faites par les groupes de travail. Deux circulaires, en 1998 et en 2002, ont structuré la mission de prévention et scellé l'engagement du ministère de la Santé dans cette prévention.

Lors de la mission, il s'est avéré que le dépistage reste insuffisant puisque l'évaluation du risque de suicide et de l'urgence suicidaire n'est pas réalisée systématiquement. Les antécédents suicidaires ne sont pas assez recherchés, malgré une mise en place de commissions de prévention du suicide. Comme dans beaucoup de pays, le taux des personnes décédées par suicide qui ont été repérées précédemment reste trop faible. Cela pourrait laisser supposer qu'à partir du moment où le

repérage est fait, les mesures prises sont efficaces.

Le nombre de personnes ayant une prescription d'antidépresseur varie de 1 à 10 selon les établissements. La dépression non traitée restant la première cause de suicide, de telles variations demandent à vérifier s'il n'y a pas une perte de chance pour certaines personnes dépressives.

Le risque de suicide est considérablement augmenté dans les heures qui suivent le placement au quartier disciplinaire. En raison de cette accélération temporelle du risque, un examen par un psychiatre viendrait vérifier qu'une crise suicidaire ne se cache pas derrière un comportement violent. Cette mesure doit faire l'objet d'une expérimentation.

Une recommandation essentielle porte sur la formation à l'intervention en cas de crise suicidaire. Cette intervention n'est que l'attitude à avoir devant une personne en détresse psychique. L'objectif de former 2 200 personnes d'ici fin 2005 a été retenu.

La prévention du suicide en établissement pénitentiaire est un défi que plusieurs pays ont relevé avec succès. Chaque fois, c'est l'association entre l'investissement dans la formation des personnels et une organisation coordonnée entre les services pénitentiaires et sanitaires qui a été la clé de la réussite.

1. Source : Statistiques des suicides, direction de l'Administration pénitentiaire-EMS1.

2. Source : <http://cebmih.warne.ox.ac.uk/cebmih/elmh/nelmh/suicide/prison/>.

de confiance exige l'acceptation du comportement suicidaire et que le meilleur moyen pour établir un bon contact avec une personne suicidaire est d'aborder directement le sujet.

La stratégie nationale concerne tous les âges de la vie. Des études et recherches sont financées par le ministère de la Santé afin de mieux cerner le phénomène du suicide à tous les âges de la vie, afin d'adapter au mieux les actions de prévention et de prise en charge en regard (par exemple : le suicide chez les personnes âgées ; l'analyse du suicide par une approche de génération....).

La stratégie ne néglige aucun moyen d'action visant à la diminution du suicide. La complexité de la démarche de prévention justifie une multitude d'actions au plus près des personnes (par exemple : les travaux visant la réduction d'accès des moyens très létaux de suicide).

La stratégie privilégie une démarche ascendante et s'appuie sur l'expérience des programmations régionales de santé. Ce dispositif national privilégie le développement d'actions de proximité au plus près des situations de souffrance. L'intervention de l'administration centrale s'inscrit en appui technique des programmes

# Santé et précarité : quelle action pour les Villes-Santé de l'OMS ?

**Valérie Lévy-Jurin**  
Présidente du Réseau français  
des Villes-Santé de l'OMS

**La ville est un lieu privilégié pour mettre en œuvre les recommandations de la politique « la santé pour tous » de l'OMS. En France, une soixantaine de villes sont membres du Réseau des Villes-Santé et mènent des politiques favorables à la santé et à la qualité de la vie urbaine.**

Lancé par l'Organisation mondiale de la santé en 1987, le projet Villes-Santé se fonde sur une appréhension large et positive de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. Il s'appuie sur des textes de référence : la charte d'Ottawa, la politique de « Santé pour tous » de l'OMS et les recommandations de l'Agenda 21 pour le développement durable. Dans cette conception globale et dynamique de la santé, chercher à améliorer la santé et à réduire les inégalités demande de s'attaquer aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se perde ou se gagne : conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture, etc.), conditions de travail, qualité et préservation de l'environnement et des relations sociales, accès à la culture, etc. Il est donc tout naturel que l'Organisation mondiale de la santé, dans le cadre de ce projet, se soit tournée vers les villes et les ait interpellées. Les responsables urbains disposent en effet de nombreux leviers pour agir et développer la santé urbaine. Ils sont des intervenants incontournables du champ de la santé et nombre de leurs décisions impactent sur la santé de leurs habitants.

En France, une soixantaine de villes et une communauté d'agglomération, à ce jour, ont répondu à l'appel de l'OMS et fait le choix d'une politique de santé volontariste en adhérant au Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. Ce réseau, créé en 1987, s'est constitué en association en janvier 1990 et a pour objet de soutenir et développer la coopération entre les villes qui ont la

volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de la vie urbaine. Ses membres partagent l'idée que, pour être efficaces, les actions de santé doivent s'appuyer sur les compétences des habitants, fédérer l'ensemble des partenaires sanitaires et sociaux locaux, agir de manière transversale sur les facteurs influençant la santé, favoriser une démarche partenariale et participative pour chaque action, et surtout réduire les inégalités de santé et protéger les groupes vulnérables. Les Villes-Santé de l'OMS portent donc une attention toute particulière à ces populations : elles veillent à la mise en œuvre de politiques spécifiques, mais aussi à ne pas aggraver ces inégalités par d'autres politiques.

## Les projets Villes-Santé

Les Villes-Santé de l'OMS s'attachent à avoir une vision globale des problèmes et à proposer des réponses adaptées aux problématiques spécifiques du territoire d'action. Les actions relevées<sup>1</sup> sur le champ de santé et précarité en sont l'illustration. Elles prennent différentes formes :

- Des outils d'observation des inégalités (Lille).
- Des actions éducatives : ateliers santé, éducation par les pairs, formation de personnes relais, etc., sur la santé globale (Nantes, Calais, Bordeaux, Calais, Besançon) ou sur des thèmes en particulier tels que les conduites à risque, l'alimen-

1. Recensement effectué en 2005 par S2D, consultable sur le site Internet du réseau [www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com) rubrique Les villes du Réseau et leurs actions.



tation ou le cancer (Lomme, Besançon, Reims, Grande-Synthe, Dijon).

- La mise en place de nouveaux dispositifs globaux ou thématiques : épiceries sociales (Longjumeau, Chalon-sur-Saône, Grande-Synthe); postes de médiateurs santé (permanences d'information, soutien dans les démarches d'accès aux droits et aux soins, orientation à Villeurbanne), développement de lieux d'accueil santé pour les publics les plus démunis (accueil infirmier gratuit et anonyme, orientation à La Roche-sur-Yon, Villeurbanne, Angers).

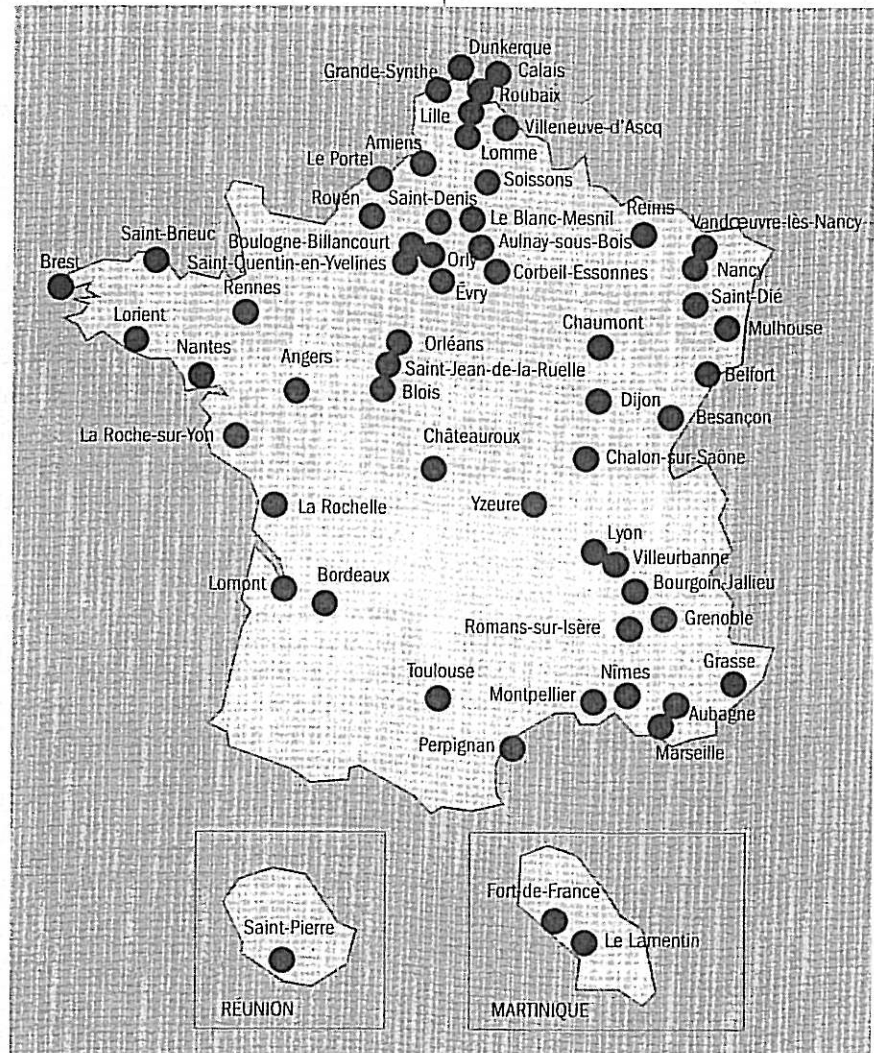
- La délocalisation d'actes de santé, tels que le dépistage, souvent accompagnés de formation de relais (Mulhouse, Dijon), les vaccinations (Nantes), des consultations de psychologues pour une aide ou une orientation (Angers).

- L'animation de réseaux thématiques santé (Nancy, Nantes, Lille) et précarité.

Parallèlement, de nombreuses villes de notre réseau développent sur les quartiers prioritaires, donc à un échelon territorial restreint, des actions pour améliorer la santé des personnes en situation de précarité. Le dispositif national « Ateliers santé ville » notamment s'est révélé d'un intérêt certain. Il a permis de renforcer une culture commune en santé pour les quartiers les plus fragilisés, de développer des actions participatives et de rendre possible le travail en réseau. Néanmoins les Villes-Santé ne peuvent se contenter de cet outil qui présente des limites indéniables.

Les déterminants environnementaux sont peu travaillés et peu discutés dans le cadre de ce dispositif. Or les inégalités entre territoires existent aussi en terme écologique. Bruit, propreté, gestion des déchets, présence d'animaux, pollution de l'air intérieur... autant de thèmes qui sont en lien avec la santé et restent peu investis. Cet état de fait est d'autant plus regrettable que ces quartiers font pour beaucoup l'objet d'importants programmes de rénovation urbaine. Profiter de ce moment stratégique pour lier dans la conscience collective la thématique santé et celle de l'environnement nous apparaît une nécessité.

Les plus exclus (SDF, gens du voyage, personnes prostituées, jeunes en errance, ne vivent pas sur les territoires de la politique de la ville. Ils se trouvent souvent en lisière d'agglomérations ou en centres villes. On note sur des quartiers urbains à fort transit des problématiques de santé spécifiques. À



titre d'exemple, les gares sont des terrains de travail intéressants. D'autres territoires que ceux désignés par la politique de la ville doivent donc être investis, d'autres formes de coordination doivent être créées. Enfin, des outils d'observation à l'échelle des agglomérations doivent être montés pour suivre les évolutions et les mouvements de ces populations par nature très « volatiles ».

### La rénovation urbaine : une opportunité

Pour finir, revenons un instant sur la rénovation urbaine qui pose des questions nouvelles. La préparer avec les habitants est un point clé de sa réussite. S'agissant notamment des personnes qui vont être relogées dans d'autres quartiers, quel accompagnement leur sera proposé pour

leur permettre de faire face à tous les changements qui vont toucher leur vie quotidienne — changement de lieu de vie, de médecin, d'assistante sociale, mais aussi changements de voisins, d'école, etc. ? À quelles difficultés financières, au-delà des frais de logement, vont-elles être exposées ? Quels réseaux de solidarité, d'entraide, formels ou non, vont-ils être bouleversés ? Quel accueil leur sera réservé sur leur nouveau lieu d'habitation ?

Toutes ces questions restent posées et vont demander des réponses adaptées, s'appuyant sur des coopérations nouvelles et un suivi social innovant. Elles montrent bien l'importance pour les villes à penser et surtout à agir de façon globale pour une réelle amélioration de la santé et de la qualité de vie de leurs habitants, et en particulier des plus fragilisés. ■