Parliamentary Assembly
Assemblée parlementaire

Doc. 11547
27 mars 2008

Le suicide des enfants et des adolescents en Europe: un grave problème de santé publique
Rapport

Commission des questions sociales, de la santé et de la famille
Rapporteur: M. Bernard MARQUET, Alliance des Démocrates et des Libéraux pour l'Europe

---

Résumé

Le suicide des adolescents est devenu aujourd'hui un grave problème de santé publique. Sous-estimé, il fait pourtant des dizaines de milliers de morts chaque année, plus que les accidents de la route. Il est souvent la conséquence de facteurs aussi bien psychologiques que sociaux. Outre de mettre prématurément fin à de jeunes vies, le suicide fait énormément de dégâts dans son sillage. Ses effets se répercutent sur ceux qui sont étroitement concernés par le décès du jeune.

Pour beaucoup d'adolescents, le suicide est lié à une situation d'échec ou de peur de l'échec. En outre, il est prouvé que l'abus d'alcool ou de drogue est associé au suicide des jeunes et que les addictions fournissent souvent un terrain propice au suicide chez les jeunes**.**

Le rapport réaffirme l'importance de combattre toutes les discriminations (ethniques, religieuses et sexuelles) qui peuvent avoir une incidence sur ces adolescents et appelle à une meilleure pédagogie à propos de la médiatisation de ces suicides.

Le rapport insiste également sur le dépistage et la prévention de la récidive dans toutes ses composantes médicales, psychologiques et sociales et appelle les Etats membres du Conseil de l'Europe à prendre des mesures psychosociales appropriées aux jeunes pour répondre à ce problème.

A. Projet de résolution

1. Le suicide des adolescents est devenu aujourd'hui un grave problème de santé publique. Sous-estimé, il fait pourtant des dizaines de milliers de morts chaque année, plus que les accidents de la route. Il est souvent la conséquence de facteurs aussi bien psychologiques que sociaux. Bien souvent, c'est un appel au secours traduisant un mal-être profond.

2. L'enfance et l'adolescence sont des âges de la vie qui méritent toutes les attentions puisque c'est la période où le futur adulte se construit, s'insère dans la société et apprend à vivre dans une communauté. Il convient donc que

cette intégration se fasse dans les meilleures conditions possibles, aussi bien psychologiquement que socialement. De nombreux instruments juridiques du Conseil de l'Europe tels que les conventions du Conseil de l'Europe pour la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (STCE n° 201), la Convention Européenne sur l'exercice des droits des enfants (STCE n° 160) et la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains (STCE n° 197) garantissent cette intégration.

3. L'Assemblée parlementaire rappelle ses travaux antérieurs sur ce sujet, notamment à travers les Recommandations 1532 (2001) concernant une politique sociale dynamique en faveur des adolescents et enfants en milieu urbain et 1632 (2003) sur l'adolescence en détresse: une approche sociale et sanitaire du mal-être des jeunes.

4. L'Assemblée tient également à rappeler à ses Etats membres que la ratification de la Charte sociale européenne incite les Etats membres à mettre en place des politiques de prévention des maladies, y compris les maladies mentales, et à garantir un environnement sain à ces malades. Plusieurs Etats membres ont engagé des politiques de prévention sur le suicide des adolescents mais ces dernières doivent se généraliser.

5. Elle condamne fermement toute violence psychologique, physique où économique faite aux enfants et aux adolescents. Elle connaît les dommages et les séquelles que causent ces violences sur l'équilibre des enfants et des adolescents qui peuvent être irréparables et les pousser au suicide.

6. Elle exprime également son inquiétude à propos de l'augmentation des conduites à risque, des suicides et tentatives de suicide. L'Assemblée estime que des plans de prévention du suicide en faveur des adolescents doivent se multiplier et elle invite la commission des questions sociales, de la santé et de la famille à se pencher sur cette question.

7. Les enfants et les adolescents doivent faire l'objet de mesures et d'actions spécifiques dans leur rapport au suicide et plus généralement à la mort. Des programmes transversaux incluant des volets sociaux, médicaux et éducatifs doivent être adoptés pour permettre d'agir en amont et ouvrir le dialogue avec ces adolescents perturbés.

8. L'Assemblée estime que certaines méthodes innovantes comme « l'autopsie psychologique » pourraient être généralisées pour permettre une meilleure connaissance de ce phénomène et surtout une meilleure évaluation des risques.

9. Elle réaffirme son attachement au respect des différences tant politiques, économiques, sociales, culturelles que sexuelles et physiques. A ce titre, elle condamne fermement toute discrimination religieuse, ethnique ou sexuelle et réaffirme son engagement dans la lutte contre le racisme, l'homophobie et la stigmatisation de tous les comportements sexuels, notamment la transsexualité.

10. L'Assemblée est à l'évidence préoccupée par le taux particulièrement plus élevé de suicide chez les jeunes lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transsexuels que parmi l'ensemble des jeunes. Elle relève que cette augmentation du risque n'est pas liée à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre de ces personnes mais à la stigmatisation et la discrimination qu'elles rencontrent du fait de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. En tant que telle, cette augmentation du risque a une dimension significative quant aux droits humains.

11. L'Assemblée a également constaté ces dernières années les dérives dangereuses d'une mauvaise utilisation d'Internet et la nécessité d'élaborer une réglementation à ce sujet. Dans certains blogs notamment, le suicide est glorifié et peut conduire à de véritables tragédies. De plus, le traitement de l'information médiatique à propos du suicide doit faire l'objet de toutes les attentions vis-à-vis d'un public adolescent influencé par l'Internet et la télévision.

12. En conséquence, l'Assemblée est préoccupée par le risque d'effets funestes que peuvent produire les renseignements en ligne qui font l'apologie du suicide. Ces contenus ne sont pas nécessairement illégaux et la recherche n'a pas établi de façon irréfutable qu'ils incitent au suicide, mais ils risquent de porter atteinte au bien-être physique, émotionnel et psychologique des jeunes, notamment en ce qui concerne la présentation et la glorification

de l'automutilation. L'Assemblée note que la protection des enfants et des jeunes contre ces risques fait partie des obligations générales qui incombent aux Etats membres au titre de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

13. A cet égard, l'Assemblée estime que pour contrebalancer l'apologie du suicide sur Internet, il appartient aux Etats membres et autres parties prenantes de diffuser des informations sur le sujet pour rehausser la valeur de service public d'Internet.

14. L'expertise des associations et ONG travaillant sur ce sujet doit également trouver un écho dans les décisions gouvernementales. L'Assemblée est convaincue que les organisations concernées de la société civile doivent être associées aux partenaires institutionnels pour une meilleure efficacité.

15. Enfin, la prévention de la récidive doit devenir une priorité. 15% des adolescents ayant fait une tentative de suicide récidivent et 75% des personnes ayant tenté de se suicider ne sont pas hospitalisés. La récidive doit donc être traitée dès la première tentative de suicide par des soins médicaux spécialisés et un suivi social immédiat et approprié doit être apporté pour prévenir toute nouvelle tentative.

16. En conséquence et en ce qui concerne le dépistage et la prévention, l'Assemblée invite les Etats membres:

16.1. à se saisir de cette question et en faire une priorité politique;

16.2. à soutenir la recherche scientifique existant sur ce sujet et à en promouvoir de nouvelles dans les Etats membres;

16.3. à prévoir une éducation à la santé dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire mais également à prévenir la violence et l'intimidation à l'école;

16.4. à mettre en place un cycle de formation pour le personnel soignant afin qu'il puisse

identifier les personnes à risque et à faire de la suicidologie une discipline indépendante;

16.5. à renforcer les politiques de lutte contre l'abus de stupéfiants et d'alcool chez les mineurs;

16.6. à promouvoir des politiques de soutien des familles afin de les aider à arriver à une intégration sociale réussie des adolescents;

16.7. à mettre en place et/ou développer des structures d'accueil ou des cellules d'écoute afin de mieux entendre les appels à l'aide des adolescents et de prévenir les crises;

16.8. à développer auprès des jeunes adolescents la connaissance médicale du suicide et de ses symptômes;

16.9. à combattre toute banalisation du suicide chez les adolescents;

16.10. à restreindre, dans la mesure du possible, et surtout dans les lieux publics, tous les moyens permettant de se suicider;

16.11. à promouvoir la coopération avec les médias pour une meilleure sensibilisation du public au suicide;

16.12. à offrir des renseignements ciblés, des conseils et une assistance sur le suicide dans le cadre de la mise en œuvre de la Recommandation du Comité des Ministres CM/Rec (2007)16 sur des mesures visant à promouvoir la valeur de service public d'Internet;

16.13. à renforcer les mesures pour lutter contre l'homophobie par des actions éducatives et des groupes de dialogue favorisant l'acceptation de soi et des autres;

16.14. à combattre la pratique inhumaine des mariages forcés et à intensifier une prise de conscience sur ce sujet;

16.15. à renforcer la mise en réseau des associations, des ONG et des services publics.

17. En ce qui concerne la récidive, l'Assemblée invite également les Etats membres:

17.1. à prévoir systématiquement des mesures de soutien psychosocial;

17.2. à prévoir des aides psychologiques aux jeunes mais également aux parents et aux amis proches;

17.3. à prévoir une approche multidisciplinaire regroupant la santé, l'éducation, l'emploi, la police, les autorités judiciaires, religieuses et politiques ainsi que les medias.

B. Exposé des motifs par M. Bernard Marquet, rapporteur[1]

Introduction

1. Le suicide est un acte délibéré pour mettre fin à sa propre vie. Depuis les travaux d'Emile Durkheim en 1897, le suicide n'est plus associé uniquement à des troubles psychiques ou a une maladie mentale, mais résulte également de problèmes sociaux. Il est devenu avec les maladies graves le deuxième problème majeur de santé publique, surtout à partir des années 1970. Outre de mettre prématurément fin à de jeunes vies, le suicide fait énormément de dégâts dans son sillage. Ses effets se répercutent sur ceux qui sont étroitement concernés par le décès du jeune.

2. Le suicide touche profondément les sociétés occidentales. Il tue plus que les accidents de la route. Parmi les Etats membres du Conseil de l'Europe, la Fédération de Russie, la Hongrie et la Slovénie figurent parmi les pays où le taux de suicides est le plus important Il touche toutes les catégories de la population et notamment, les enfants et les adolescents.

3. Parmi les jeunes, 2/3 des cas sont des jeunes hommes et 1/3 des cas des jeunes femmes dont la tranche d'âge se situe entre 11 et 24 ans. Cette proportion étant inversée pour les tentatives de suicide. Si les tentatives de suicide sont surtout un cri d'alarme ou un geste de souffrance, l'acte suicidaire est un geste beaucoup plus violent, qui est parfois planifié et répété pendant un certain temps.

4. L'adolescence, période transitoire de la vie qui varie selon les traditions nationales, peut schématiquement se situer entre 11 et 24 ans. Elle représente surtout le moment où l'on se cherche pour se construire, ce qui se traduit très souvent par un besoin de tout contrôler, même sa mort. Les adolescents se font souvent des confidences qui subliment la mort et la douleur.

5. Le suicide est lié à l'interaction complexe de différents facteurs, à savoir les troubles mentaux, la pauvreté, l'abus de drogues et d'alcool, l'isolement, le deuil, les difficultés relationnelles, les problèmes liés au travail et les discriminations subies. Le suicide demeure un révélateur du mal-être social moins lié à l'alcoolisme que dans le passé, mais lié surtout à la montée du chômage et de la précarité ainsi qu'au relâchement des liens familiaux. Pour beaucoup d'adolescents, le suicide est lié à une situation d'échec ou de peur de l'échec. En outre, il est prouvé que l'abus d'alcool ou de drogue est associé au suicide des jeunes et que les addictions fournissent souvent le terrain propice au suicide chez les jeunes.

6. En Europe, le taux de suicide est souvent bas dans les pays où la religion occupe une place importante comme en Italie ou en Pologne, de même que dans les pays musulmans et dans quelques pays asiatiques. Les croyances religieuses peuvent permettre de prévenir le suicide car pour les croyants de toutes les religions, seul Dieu peut

décider de la mort. Enfin, les religions offrent un cadre communautaire partageant des valeurs de vérité ou de paix et permettent aux adolescents de se sentir intégrés dans un groupe à un moment donné où l'adolescent recherche la reconnaissance des adultes et de ses pairs. Mais cette démarche peut également conduire à des dérives notamment à l'intérieur de sectes ou de mouvements religieux millénaristes, où l'endoctrinement peut conduire à des suicides collectifs ou à une volonté de mettre fin à sa vie pour rejoindre un monde meilleur. Ce fut le cas par exemple en Albanie en février 2005 où plusieurs enfants de 9 à 16 ans se suicidèrent après avoir eu des contacts avec des témoins de Jéhovah.

7. Les matériels circulant sur Internet doivent être traités de manière discriminatoire. Les jeunes considèrent Internet comme un espace où ils ne sont plus soumis au contrôle et à la surveillance des adultes. Il est prouvé que les jeunes hommes en particulier peuvent trouver plus facile d'exprimer des pensées et sentiments troublants dans l'espace anonyme et non surveillé d'Internet, et certaines initiatives réussies. Ainsi, l'initiative CALM au Royaume-Uni, qui visait à soutenir les jeunes hommes dépressifs, en les encourageant à utiliser Internet pour exprimer leurs sentiments de désarroi et leur permettre d'accéder à des conseils. Toutefois, la nature non surveillée des espaces de discussion virtuels (« *chatrooms* ») et des blogs signifie qu'ils offrent aussi la possibilité de glorifier le suicide et de faire circuler librement des informations sur les moyens de se donner la mort.

8. L'on constate également l'apparition des « suicides en série ». Ce terme est utilisé pour décrire un certain nombre de suicides survenant dans des moments et lieux rapprochés. Ils ont été repérés dans des institutions comme des universités, des écoles et des prisons. Un suicide qui survient à proximité semble avoir l'effet de lever les inhibitions associées à l'acte de s'ôter la vie.

9. Enfin, il existe un autre phénomène, que les spécialistes appellent le « Mat Syndrome », qui est un processus comportant 5 phases d'une durée variable qui permet à l'adolescent de transformer sa douleur en une problématique de trajectoire suicidaire. La première phase est celle où l'imaginaire est roi, c'est la fuite dans la tête. Puis il y a la phase de lutte pendant laquelle l'adolescent est seul face à son angoisse et la troisième phase qui est celle qui s'apparente à la dépression. C'est la période où le jeune appelle à l'aide. Enfin, il y a la phase de révolte, qui est également la phase pendant laquelle l'adolescent va chercher des personnes ayant les mêmes pensées que lui. La dernière phase est celle appelée « l'œil du cyclone » qui est la phase la plus dangereuse. Pendant cette période, l'adolescent affiche un calme trompeur, mais en réalité, il est en train de préparer le scénario de sa mort.[2]

10. Dans ce contexte, la prévention doit devenir la préoccupation majeure pour enrayer ce phénomène qui ne cesse de croître. Cependant, suggérer qu'un jeune est proche du suicide à travers des étapes séquentielles distinctes et identifiables peut être trompeur, car ces étapes ne seront pas facilement identifiables pour ceux qui cherchent à dépister les jeunes qui risquent de se suicider.

I. Facteurs associés au suicide

11. Il convient de rappeler au préalable qu'avoir des pensées suicidaires pour un adolescent n'est pas anormal, bien au contraire. Ces pensées suicidaires deviennent préoccupantes lorsque la réalisation de ces dernières devient la seule manière de résoudre ses propres problèmes et difficultés. Le suicide peut en effet être interprété comme un « cri de douleur » en réponse au sentiment d'une personne prise au piège dans une situation impossible où il n'y a pas d'échappatoire.[3]

12. Il est prouvé que le suicide des jeunes est associé à un vaste éventail de facteurs. Si les troubles mentaux sont liés à une forte proportion de tous les suicides, ces troubles caractérisent dans une moindre mesure le suicide des jeunes car il y a moins de chances qu'ils soient atteints d'une maladie mentale. Outre les facteurs liés à la santé mentale d'un individu, les traits de caractère comme l'impulsivité et le perfectionnisme, l'histoire familiale et les événements de la vie comme la rupture d'une relation, le harcèlement ou le deuil peuvent jouer un rôle crucial chez les jeunes.

13. Un autre facteur de risque provient de l'environnement familial, soit par la perte d'un parent proche, de violences familiales, d'abus sexuels (incestes, attouchements, viols) et d'exposition au suicide d'un proche. La solitude, le chômage et la détention pour les plus âgés et une condition sociale très basse peuvent aussi expliquer le

suicide. Tous ces facteurs contribuent à fragiliser l'estime que les jeunes ont d'eux-mêmes et les enferment dans un sentiment de mal-être, de solitude. Or *« dans les cas les plus extrêmes, le sentiment de solitude devient sentiment de flottement, voire de détachement face à une société qui n'offre pas de repères fixes, ni de sens à l'existence. En effet, le thème de la solitude s'exprime aussi à travers des problématiques beaucoup plus graves, comme celui des scarifications ou des suicides*[4] » résume le pôle de ressources « conduites à risque » du Bas-Rhin en France.

14. Selon une étude canadienne[5], les enfants dont les parents sont divorcés souffrent plus souvent de dépression que les autres et peuvent manifester des comportements dépressifs ou d'anxiété. Cependant, le rapporteur estime que, comme le divorce est devenu un trait répandu et bien établi de la société européenne, il est inutile de suggérer une association directe avec le suicide des jeunes. Il est peut-être plus pertinent de noter que les structures familiales et sociales changeantes ont privé les jeunes de certaines formes traditionnelles de soutien émotionnel et pratique qui leur facilitait le passage au statut d'adulte et à un mode de vie indépendant. Certaines des ressources qu'octroyait autrefois le gouvernement pour les jeunes adultes, comme les logements sociaux, les apprentissages ou l'aide au revenu, n'existent plus.

15. Chez les jeunes filles, le suicide est souvent le résultat d'un viol, d'abus sexuels ou de la rupture d'une relation amoureuse. Dans le cas du viol, les jeunes filles développent des sentiments de culpabilité, de dégoût de leur propre corps qui peuvent les pousser au suicide.

16. La souffrance exprimée sur le mode de la délinquance peut s'exprimer temporairement par une violence retournée contre soi. La question est de savoir si cette violence s'exprimera par la délinquance ou par le suicide. Il est d'ailleurs possible de se demander si les tueries de masse perpétrées par des lycéens dans leurs établissements scolaires ne sont pas une forme de suicide car après avoir exprimé cette violence face à ses semblables, cette dernière est retournée contre soi. Néanmoins, le rapporteur souhaite souligner à cet égard que la relation entre le suicide et l'homicide est complexe et varie d'un pays à l'autre.

17. La prise de risques est généralement considérée comme une caractéristique normale du développement des adolescents et comme l'un des moyens par lesquels les jeunes étendent leur expérience et testent les limites. Depuis quelques années, on assiste à une augmentation des conduites à risques (se mettre soi-même en danger avec des risques physiques, pour son corps, sa santé – blessures, maladie, mort – mais aussi risques psychologiques) résultant en grande partie de pactes entre les adolescents. Les suicides s'inscrivent également dans le cadre de jeux qui conduisent les adolescents à se rapprocher le plus possible de la mort, soit par confusion entre la réalité et la fiction, soit pour ressentir une sensation qui se situe entre l'extase et la mort. Ces suicides sont le résultat de jeux tels que les jeux de rôle.

18. Le suicide collectif ou les incitations au suicide risquent ainsi de se développer par les nouveaux moyens de communication comme les blogs sur Internet. En effet, Internet permet à ces jeunes adolescents fragilisés et seuls de rencontrer d'autres *« compagnons d'infortune »*. Au lieu d'en discuter avec leurs parents, le corps médical ou des travailleurs sociaux, ils créent une sorte de communauté et s'enferment ainsi dans un monde où le suicide devient une évidence, voire un geste romantique. « *Dans leur esprit, se suicider était aussi banal que de changer de chemise* » affirme cette mère belge d'un enfant qui tenta de se suicider après de nombreux échanges sur les blogs avec d'autres adolescents.[6]

19. Le rapporteur est préoccupé par le risque d'effets funestes que peuvent produire les renseignements en ligne qui font l'apologie du suicide. Ces contenus ne sont pas nécessairement illégaux et la recherche[7] n'a pas établi de façon irréfutable qu'ils incitent au suicide, mais ils risquent de porter atteinte au bien-être physique, émotionnel et psychologique des jeunes, notamment en ce qui concerne la présentation et la glorification de l'automutilation. L'Assemblée note que la protection des enfants et des jeunes contre ces risques fait partie des obligations générales qui incombent aux Etats au titre de la Convention européenne des Droits de l'Homme;

20. Le cas le plus emblématique de ces « suicides adolescents en réseau » fut celui de Bridgend au pays de Galles. En 2007, sept adolescents se sont suicidés par pendaison après avoir semble-t-il correspondu sur Internet, notamment à travers le club de tchat *Bebo*. (En dépit des spéculations médiatiques, aucun élément ne permet de prouver que les jeunes qui sont morts à Bridgend avaient discuté du suicide sur Internet. Cependant, les médias ont

été vivement critiqués au Royaume-Uni pour la couverture de ces décès.) L'histoire fit des émules puisque plusieurs tentatives de suicides collectifs d'adolescents furent constatées en Europe, dans la région de Gand en Belgique plus récemment. De plus, ces blogs donnent souvent l'impression que le suicide est facile, fréquent et donnent envie aux adolescents, qui sont souvent en phase de dépression, de suivre cet exemple, surtout s'il y a un défi à la clef.

21. Les jeunes adolescents, qui grandissent dans cette société médiatisée à outrance, sont souvent confrontés à une médiatisation du suicide, présentant ce dernier comme un acte héroïque chargé de gloire. En effet, l'évocation du lieu du suicide, de sa méthode et de l'identité du suicidé crée des sortes de modèles pour ces adolescents fragilisés qui sont tentés de les imiter. L'association autrichienne de prévention du suicide, soutenue par AISP (Association Internationale pour la Prévention du Suicide) a d'ailleurs lancé en 2006 une vaste campagne de sensibilisation envers les médias, en les appelant à la prudence quant à la médiatisation du suicide. De plus, à un âge où l'adolescent se construit identitairement et a besoin de modèles, les suicides de chanteurs de groupe de rock (Nirvana, INXS) peuvent être source d'imitation.

22. Une attention particulière doit également être apportée aux jeunes ayant des orientations sexuelles non conventionnelles. Ces jeunes présentent un risque plus élevé de crises psychologiques liées à la découverte de leur homosexualité, au rejet par la famille, par les amis, au harcèlement ou aux agressions homophobes. Le rejet social et en particulier l'homophobie, plus que l'homosexualité et son acceptation, serait le principal facteur de suicide chez les adolescents, notamment chez les garçons. Selon plusieurs études[8], ces jeunes seraient plus portés que les autres à faire des dépressions les conduisant au suicide. Ces jeunes peuvent se retrouver pris au piège entre leur nouvelle et leur ancienne identité sexuelle, qui est celle que connaissent la famille et les amis**.** Les auteurs de ces études estiment que le déni ou l'acceptation profonde de son homosexualité sont les seuls moyens de se protéger du suicide.

II. Facteurs associés aux tentatives de suicide(s)

23. A la différence du suicide, les tentatives de suicide sont souvent considérées comme un appel au secours ou une conséquence d'un grand isolement social ou d'une inattention de la part des adultes. Les tentatives de suicide ont souvent pour point de départ des situations apparemment anodines, telle qu'une mauvaise note scolaire, une réprimande familiale ou des déboires sentimentaux. Enfin, la façon de tenter de se suicider envoie un message fort à destination des proches et du corps médical. Certaines façons moins violentes sont plus des appels au secours qu'une réelle volonté de mettre fin à ses jours.

24. A l'heure actuelle, il n'existe pas de statistiques sur les tentatives de suicide mais on constate, cependant, qu'en règle générale, les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les filles que chez les garçons. L'on attribue ce constat au fait que les jeunes hommes utilisent des moyens plus violents que les jeunes filles.

25. Il est possible de distinguer trois types de facteurs définis par la conférence de consensus sur la crise suicidaire des adolescents organisée par la fédération française de psychiatrie à Paris en 2000: les facteurs primaires qui ont des valeurs prédictives fortes (les antécédents de tentatives de suicide multiplient par 20 le risque d'un nouveau geste; les dépressions par 5; les antécédents de soins psychiatriques par 30); les facteurs secondaires qui peuvent être aggravants s'il y a des facteurs primaires (violences entre parents ou entre parents/enfants, violence sexuelle, dépression, alcoolisme, décès ou séparation brutale, problèmes disciplinaires à l'école notamment) et enfin les facteurs tertiaires qui sont plus d'ordre sociologique (âge, sexe notamment)[9].

26 En général, les filles expriment leur souffrance par des tentatives de suicide à travers une prise de médicaments qui provoquent la mort en espérant trouver un sommeil réparateur leur permettant de se réveiller différentes. La prise de médicaments laissera plus facilement en vie les jeunes qui utilisent ce moyen.

27. La prise de médicaments et le traitement chimique des tentatives de suicide posent également certains problèmes. En effet, la prise de médicaments et notamment d'antidépresseurs présente certains risques pour les suicidants. Outre le phénomène de dépendance, la levée de l'inhibition peut entraîner de nouveaux risques suicidaires.

28. Après une tentative de suicide, il y a un grand risque de récidive. Cette récidive n'apparaît pas forcément tout de suite, ni l'année d'après mais un peu plus tard dans la vie. Il existe ainsi une propension très importante à la répétition du geste suicidaire. C'est ainsi que 15% des adolescents qui ont tenté de se suicider vont récidiver. Pour aider au mieux les adolescents il est essentiel que l'entourage familial, éducatif et médical accompagne l'adolescent et essaient de lui redonner l'estime de lui-même en valorisant notamment ses compétences. *« Il est important d'aller voir le jeune suicidant au service de réanimation. Être là au moment où il reprend conscience, discuter avec lui et lui donner aussitôt un rendez-vous. Le fait de l'avoir vu à ce moment crée un lien, un engagement. Trois jours après, c'est souvent trop tard: le jeune jure qu'il n'a pas besoin d'être suivi, qu'il ne le fera plus »* estime un médecin[10].

29. Il faut noter que le désespoir ou l'impossibilité ressentie de résoudre ses problèmes permet d'éclairer le lien entre la dépression et la tentative de suicide. Le désespoir peut se traduire par un manque de projets, un sentiment d'incompétence et une faible estime de soi. Le désespoir est ainsi souvent plus explicatif d'une tentative de suicide que la dépression clinique et peut être un des meilleurs facteurs pronostiques d'un suicide accompli.

30. Le suicide étudiant demeure également un problème très préoccupant. En effet, pour ces adolescents ou jeunes adultes, le monde étudiant est souvent un endroit nouveau où ne s'exercent plus l'autorité et la bienveillance des parents, une société où ces adolescents se retrouvent confrontés aux défis qu'implique la transition à une vie indépendante et au statut d'adulte.

31. Une étude britannique[11] a ainsi montré que le taux de suicide en milieu étudiant et ses causes sont bien souvent similaires à celui des jeunes adultes en général. Cependant, ces causes (problèmes mentaux, consommation d'alcool, de drogues, participation active aux conduites à risque, automutilations délibérées surtout chez les jeunes filles, solitude, déceptions amoureuses) prennent une résonance plus particulière dans le milieu étudiant, espace de liberté retrouvée où se structurent les rapports sociaux. De plus, certaines causes de suicide des jeunes sont spécifiques au monde étudiant, comme le manque de ressources financières et l'échec universitaire.

32. Enfin, le suicide d'étudiants crée bien souvent un climat d'anxiété et de peur lorsque l'acte est commis sur un campus ou dans une résidence universitaire. L'attente de la police et du croque-mort, l'enquête de la police, l'identification du suicidé par les étudiants, l'accompagnement des parents à la morgue et la diffusion de la nouvelle aux autres étudiants sont autant d'éléments qui agissent sur l'équilibre mental de ces jeunes adultes et qui peuvent entraîner chez les étudiants les plus fragiles, des risques d'imitation.

33. Une attention particulière doit être également apportée à un nouveau phénomène, celui des blogs (contraction de « weblog ») sur Internet, qui est un ensemble de pages personnelles, permettant aux adolescents de s'exprimer par des textes, des photos, des morceaux de musique et de dialoguer avec les internautes. Il ne s'agit pas d'un journal intime mais d'un espace public soumis aux lois régissant la liberté d'expression.

34. Dans ce contexte, il est bon de rappeler que les automutilations peuvent également être considérées comme des tentatives de suicide au sens large. Ces automutilations sont en effet devenues emblématiques de l'adolescence. Cette pratique touche le plus souvent les filles alors que les garçons expriment leur agressivité par des actes violents à l'extérieur.

III. Dépistage et prévention de la récidive

35. La prévention du suicide est née en Angleterre en novembre 1952. C'est un pasteur, Chad Varah, qui en a fondé les bases en faisant publier dans la presse londonienne l'annonce suivante « Avant de vous suicider, appeler Man 2000 ». C'était son propre numéro de téléphone. Il avait lancé cet appel à la suite du suicide d'un jeune de son entourage et il était convaincu que s'il avait pu lui parler juste avant son geste, son ami aurait renoncé à son passage à l'acte.

36. Le dépistage consiste le plus souvent à essayer de repérer une fragilité particulière chez l'adolescent ou l'enfant. Les parents, mais aussi les enseignants, les camarades de classe, tous ceux qui gravitent autour de lui doivent essayer de percevoir les signes précurseurs: l'enfant qui devient plus triste, qui travaille moins bien à l'école et qui présente des signes de surexcitation. Il est important, dans ce contexte, que tous les signes soient pris en

compte et l'un des signes les plus visibles est celui de la scarification sur le corps, acte par lequel l'adolescent va essayer d'exorciser sa souffrance dans un premier temps.

37. Dans ce contexte, l'OMS estime que pour prévenir les suicides en Europe, il faut avant tout identifier les maladies mentales qui poussent les personnes à s'en prendre à elles-mêmes. Certaines maladies, comme la dépression, commencent tôt et selon le corps médical, la dépression d'une jeune fille de 14 ans ne se manifeste pas de la même manière que celle d'une femme de 45 ans.

38. Selon une étude entreprise en milieu hospitalier, en matière de prévention, l'on distingue la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. La prévention primaire concerne des sujets ne présentant pas de risque suicidaire mais des facteurs de risque: pertes relationnelles, familiales, affectives. Ces situations qui ne justifient pas de mesures de protection immédiates comme une hospitalisation mettent l'accent sur l'importance d'une intervention psychosociale précoce. Cette forme de prévention est particulièrement importante en milieu scolaire car ce milieu permet d'identifier plus facilement les jeunes sujets à risque de suicide.

39. La prévention secondaire vise à stopper le processus suicidaire avant que le sujet ne passe à l'acte. Il est très important pour l'entourage de reconnaître « le texte suicidaire ». Une majorité de suicidés en ont parlé avant en faisant part de leur projet à un membre de leur entourage alors que d'autres gardent leur projet secret.

40. La prévention dite tertiaire tend avant tout à éviter la récidive en essayant de rechercher les éléments faisant craindre une récidive.

41. Une association québécoise de prévention du suicide propose comme mesures de prévention de restreindre l'accès aux moyens de s'enlever la vie pour éviter les suicides impulsifs (armes à feu, armes blanches, produits toxiques ménagers), de construire des barrières anti-suicide, de prévoir des surveillants spécialisés dans les lycées et dans les centres de détention pour reconnaître les signes précurseurs de dépression et de prévoir une aide psychologique aussi bien pour les adolescents que pour la famille pour éviter les récidives.

42. Un autre exemple est celui des « Samaritains » au Royaume-Uni où l'on écoute et on reçoit toutes les personnes qui se trouvent en détresse morale. L'on constate d'ailleurs qu'au Royaume-Uni, le nombre annuel des suicides est le plus bas d'Europe.

43. La prévention du suicide implique par conséquent des activités allant de l'éducation au traitement des troubles psychologiques et au contrôle environnemental des facteurs de risque. La réponse des médecins ne doit plus être pharmaceutique.

44. La prévention médicale s'est développée ces dernières années. Pendant longtemps, le corps médical s'est retrouvé démuni devant ce problème. Un adolescent présentant les premiers symptômes d'un suicidant (maux de tête, troubles du sommeil) était renvoyé chez lui par le médecin qui concluait à des réactions psychosomatiques bénignes. Aujourd'hui, cette prévention est intégrée dans des programmes régionaux ou municipaux autour de structures regroupant des médecins, des infirmières et des pédopsychiatres. Mais la prise en charge médicale doit s'intensifier. En février 2005, l'Ordre des médecins français révélait que 75% des adolescents qui faisaient une tentative de suicide n'étaient pas hospitalisés.[12]

45. Il est par conséquent important de prévoir des structures appropriées, dès la prise en charge du suicidant dans les services de réanimation ou pendant les premiers soins. L'acte suicidaire ne doit pas être banalisé et il faudra aider l'adolescent mais aussi sa famille à dépasser cet acte et apprendre à aborder l'avenir en oubliant le passé. Parfois, la tentative de suicide vient clore une crise d'adolescence et ce geste qui permet d'exprimer tout le malaise, peut parfois augurer une période de guérison.

46. De plus, les professionnels de santé doivent également bénéficier de programmes de formation et d'éducation aux phénomènes du suicide et plus particulièrement, celui qui vise les adolescents. L'attitude des professionnels de santé envers les adolescents qui ont des pensées suicidaires, d'automutilation ou qui font une tentative de suicide peut être déterminante pour les amener à être suivis ou soutenus. Il existe une quantité considérable de témoignages

provenant des adolescents eux-mêmes qui montrent que l'attitude des professionnels de santé peut être moralisatrice, méprisante ou indifférente (Fondation pour la santé mentale, 2006). Les programmes de formation ont pour tâche essentielle de remettre en cause et de modifier cette attitude. Plusieurs pays (Pays-Bas, Danemark, Norvège notamment) ont lancé de vastes programmes sur ce sujet. En Norvège par exemple, la formation est une priorité. Les programmes d'éducation en suicidologie sont transversaux, intégrant de nombreux champs de compétence (médical, social, particularismes régionaux).

47. La prévention psychologique doit également permettre de détecter le plus tôt possible les dysfonctionnements psychologiques qui conduisent de jeunes adolescents à passer à l'acte. La Finlande et le Canada ont notamment mis en place dans le cadre de leur programme de prévention, une méthode appelée *« autopsie psychologique »* qui permet de discerner les facteurs conduisant au suicide.ans. Comme une autopsie classique, la méthode de *« l'autopsie psychologique »* retrace le parcours psychologique, social et médical du suicidant pour mieux comprendre son acte et ainsi permettre une détection plus précoce chez les adolescents en difficulté.

48. Bien entendu, rien ne saurait remplacer au préalable la prévention sociale, celle qui s'exerce au sein de la famille et du cercle amical de l'adolescent. Le fait qu'un enfant se sente aimé, reconnu, valorisé et qu'il ait l'impression d'être compris et intégré dans un groupe joue grandement en faveur de son équilibre. Le rôle des adultes auprès des adolescents est fondamental dans tous les compartiments de la vie. L'écoute et le dialogue doivent être privilégiés. Et toute allusion à la mort ou à un éventuel suicide par l'adolescent ne doit pas être perçu par les parents comme un chantage mais comme un appel au secours. Car comme le rappelle Patrick Delaroche, pédopsychiatre et psychanalyste, auteur d'*Adolescents à problèmes*: *« Dans un conflit qui oppose l'adolescent à ses parents, beaucoup d'adultes ne voient que la crise d'opposition, et pas toujours la souffrance réelle qui peut se trouver derrière ce conflit. »*

49. Enfin, les familles doivent prendre conscience de l'ampleur du problème et se confier à leur médecin de famille car bien souvent, les tentatives de suicide des adolescents sont cachées à l'entourage familial et au médecin qui connaît cette famille en raison d'un sentiment de honte persistant. Le médecin et la famille doivent donc être pleinement associés à la reconstruction psychologique des adolescents.

50. Le rôle des parents est d'autant plus important pour les adolescents ayant des orientations sexuelles non conventionnelles car leur attitude est cruciale pour les aider à vivre et à accepter leur orientation. De même, l'école, le collège et l'université ont aussi un rôle à jouer pour encourager les jeunes, à la fois individuellement et en groupes, à accepter la diversité en matière de sexualité ainsi qu'en matière de race et de handicap.

51. Lorsque cette prévention sociale est absente au sein du domicile familial, les diverses structures sociales doivent se mobiliser pour détecter ces risques suicidaires. A l'école notamment, les travailleurs sociaux, en lien avec le corps médical offrent alors un espace de dialogue pour évoquer les problèmes qui rongent ces adolescents et peuvent les pousser au suicide. Mais comme le rappelle l'OMS, *« l'équilibre qui doit être trouvé auprès d'un étudiant suicidant doit se situer entre la distance et l'intimité, et entre l'empathie et le respect.*[13] *»* Des associations, telles que Papyrus au Royaume-Uni (une association dédiée à la prévention du suicide chez les jeunes), proposent à la fois une assistance aux parents et aux adolescents et tentent également d'apporter leur expertise dans les décisions politiques pour permettre une meilleure application de ces dernières.

52. De nombreuses structures se sont mises en place dans plusieurs Etats membres pour servir de plate-forme de dialogue à ces adolescents qui pourraient être amenés à faire une tentative de suicide. Ces pôles sur les conduites à risques permettent ainsi aux suicidants potentiels de trouver une oreille attentive à leurs angoisses qui rassure ces adolescents. Ainsi en Allemagne, l'Alliance contre la dépression, vaste plan de prévention du suicide, a mis en place une ligne téléphonique ouverte 24h/24h pour les suicidants ou leurs proches. En France, des pôles de ressources « conduites à risque » offrent aux adolescents des espaces d'écoute et de dialogue. *« Le travail des écoutants ne se réduit donc pas à l'écoute. Ces derniers jouent un rôle actif durant l'appel téléphonique. Ils permettent aux appelants d'accéder à de nouveaux mots pour exprimer leurs pensées, leurs craintes, voire leur souffrances.*[14] *»* résume Valérie Béguet, responsable de l'un de ces pôles au Conseil général du Bas-Rhin, à Strasbourg.

53. La prévention passe également par de grandes politiques de sensibilisation, aussi bien dans le traitement médiatique des suicides des adolescents que dans la non-acceptation de la banalisation d'un tel acte. Des pays tels que la Bosnie-Herzégovine, la Slovénie, la Norvège ou le Royaume-Uni notamment ont bien compris l'impact médiatique du suicide sur les adolescents et commencent à agir sur ce terrain.

54. Cette politique de prévention passe aussi par une politique éducative envers les adolescents eux-mêmes. C'est d'ailleurs ce que préconise l'association Papyrus qui estime que les adolescents devraient pouvoir reconnaître les symptômes de maladies mentales aussi bien chez eux que chez les autres pour y répondre de manière approprié et rapide. En effet, la recherche sur un certain nombre de questions a montré que les premières personnes à qui s'adressent les jeunes en détresse pour trouver un soutien sont les autres jeunes.

55. Enfin, il faut, malheureusement, envisager le cas où la mort survient, en entraînant le plus souvent un immense sentiment de perte et de culpabilité chez les parents. Les familles, mais également tout le proche entourage, vont vivre un cauchemar et se poser la question de savoir ce qu'ils auraient pu faire pour empêcher cet acte. Il faut, par conséquent, être très attentifs à l'état d'esprit et à l'attitude des jeunes qui ont vécu le suicide d'un proche ou d'un ami et les aider à vivre ce deuil particulièrement difficile à supporter.

56. Dans ce contexte, le rapporteur souhaite souligner l'importance des stratégies dites de « postvention » et le rôle des institutions comme l'école, les clubs, le collège, l'université et la prison pour appliquer ces stratégies. La « postvention » est un terme qui est utilisé pour couvrir un éventail d'activités de planification et de soutien visant à limiter les effets du suicide sur les survivants.[15] Le risque que les pensées et comportements suicidaires se transmettent à d'autres jeunes au sein de ces communautés signifie que l'école, les clubs, le collège, l'université et la prison ont un rôle à jouer pour garantir que des stratégies de « postvention » seront adoptées à la suite d'un décès.

IV. Conclusions et recommandations

57. Pour les parents, la perte d'un enfant, quelle qu'en soit la cause, les fait basculer dans un autre monde. Mais s'il s'agit d'un suicide, les parents se retrouvent dans l'inacceptable.

58. Pour reprendre les conclusions d'une Conférence qui s'est tenue à Nantes en 2000 sur cette question: « un suicide est toujours un échec, l'échec d'une personne qui a renoncé, l'échec d'un entourage qui n'a pas su voir, ni entendre, l'échec d'une société qui n'a pas su se donner les moyens d'aider, de soutenir, de sauver ».

59. Le suicide d'un adolescent est un scandale et un drame qui concerne la société tout entière car il touche tous les membres d'une même famille, reflète aussi les rapports qu'entretiennent les membres d'une même société mais surtout demeure toujours un échec pour toute société démocratique qui se veut progressiste et égalitaire.

60. L'Assemblée recommande, entre autres, aux gouvernements de prendre toutes les mesures pour reconnaître que le suicide et les tentatives de suicide sont un problème de santé publique majeur et comme le rappelle Dominique Gillot, ancienne secrétaire d'Etat à la santé française, *« l'Europe de demain ne peut pas accepter, elle qui représente un facteur d'espoir pour une grande majorité de jeunes, que tout ne soit pas mis en œuvre pour prévenir de telles conduites désespérées.*[16] »

* * *

Commission chargée du rapport: commission des questions sociales, de la santé et de la famille

Renvoi en commission: Doc. 10773, renvoi n° 3164 du 23 janvier 2006

Projet de résolution adopté par la commission le 14 mars 2008

Membres de la commission: Mme Christine **McCafferty** (Présidente), M. Denis Jacquat (1ère Vice-Président), Mme Minodora **Cliveti** (2ème Vice-Présidente), M. Konstantinos Aivaliotis, M. Farkhad Akhmedov, M. Vicenç Alay

Ferrer, Mme Sirpa Asko-Seljavaara, M. Jorodd Asphjell, M. Lokman **Ayva**, M. Zigmantas Balčytis, M. Miguel Barceló Pérez, M. Andris Berzinš, M. Jaime **Blanco García**, M. Roland Blum, Mme Olena **Bondarenko**, Mme Monika Brüning, Mme Boženna Bukiewicz, M. Igor Chernyshenko, M. Imre Czinege, Mme Helen D'Amato, M. Karl Donabauer, Mme Daniela Filipiová, Mr Ilja Filipović, M. André Flahaut (remplaçant: M. Philippe **Monfils**), M. Paul Flynn, Mme Pernille Frahm, Mme Doris Frommelt, M. Renato Galeazzi, M. Henk van Gerven, Mme Sophia Giannaka, M. Stepan Glăvan, M. Marcel Glesener, M. Luc Goutry (remplaçant: Geert **Lambert**), Mme Claude Greff, M. Michael **Hancock**, Mme Olha **Herasym'yuk**, M. Vahe Hovhannisyan, M. Ali Huseynov, M. Fazail Ibrahimli, Mme Evguenia Jivkova, Mme Marietta Karamanli (remplaçant: M. Jean-Paul **Lecoq**), M. András Kelemen, M. Peter Kelly, Baroness Knight of Collingtree, M. Haluk Koç, M. Slaven Letica, M. Andrija Mandić, M. Michal Marcinkiewics, M. Bernard **Marquet**, M. Ruzhdi Matoshi (remplaçant: M. Aziz **Pollozhani**), Mme Liliane **Maury Pasquier**, M. Donato Mosella, M. Felix **Müri**, Mme Maia Nadiradzé, Mme Carina **Ohlsson**, M. Peter Omtzigt, Mme Vera Oskina, Mme Lajla Pernaska, Mme Marietta de Pourbaix-Lundin, M. Cezar Florin Preda, Mme Adoración Quesada Bravo (remplaçante: Mrs Bianca **Fernandez-Capel**), Mme Vjerica Radeta, M. Walter Riester, M. Andrea Rigoni, M. Ricardo **Rodrigues**, Mme Maria de **Belém Roseira**, M. Alessandro Rossi, Mme Marlene Rupprecht, M. Indrek Saar, M. Fidias Sarikas, M. Andreas Schieder, M. Ellert B. Schram, M. Gianpaolo Silvestri, Mme Svetlana Smirnova (remplaçant: M. Vladimir **Zhidkikh**), Mme Anna Sobecka, Mme Michaela **Šojdrová**, Mme Darinka Stantcheva, M. Oleg Tulea, M. Alexander Ulrich, M. Mustafa **Ünal**, M. Milan Urbáni, Mme Nastaša Vučković, M. Victor Yanukovych, Mme Barbara **Žgajner-Tavš**

N.B.: Les noms des membres qui ont pris part à la réunion sont imprimés en **gras**

Secrétariat de la commission: M. Géza Mezei, Mme Christine Meunier, M. Laurent Pfaadt

---

[1] Le rapporteur souhaite remercier Mme Nicky Stanley, Professeur en travail social, Université de Central Lancashire, pour ses précieux commentaires sur l'exposé des motifs

[2] Voir Meunier, A et Tixier, G. *La tentation du suicide chez les adolescents,* Payot 2005

[3] Williams, J.M.G . *Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-harm*. Harmondworth: Penguin, 1997

[4] Dispositif Pass'âge, bilan d'activité 2006, pôle de ressources « conduites à risque », Conseil général du Bas-Rhin, France.

[5] Le divorce et la santé mentale des enfants, programme des centres de données de recherche publié dans *Journal of Marriage and the Family,* 2005. Disponible http://www.statcan.ca/Daily/Francais/051213/q051213c.htm

[6] Le Soir, 28 janvier 2008

[7] Voir Mishara, B. L. and D. N. Weisstub (2007) "Ethical, Legal, and Practical Issues in the Control and Regulation of Suicide Promotion and Assistance over the Internet", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (1), pp. 58-65.

[8] Voir *« le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (gays, lesbiennes, bisexuels, transgenre) »* UNOG OHCHR – 59e Session de la Commission des Droits de l'Homme (Geneve, avril 2003).

[9] http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_271964.

[10] Bulletin de l'Ordre des médecins, février 2005

[11] Nick Stanley, Sharon Mallon, Jo Bell, Susan Hilton, and Jill Manthorpe, Réponses et Prévention du suicide étudiant, Departement de Travail social, Université de Lancashire, février 2007.

[12] Bulletin de l'Ordre des médecins, février 2005.

[13] Preventing Suicide, a resource for teachers and other school staff, Department of Mental Health, World Health Organization, 2000.

[14] Valérie Béguet, Danièle Heideyer et Jocelyn Lachance, « Raconter les « conduites à risques », Revue des sciences sociales, Université Marc Bloch, Strasbourg, n°38, 2007.

[15] Schneidman, E. S. :Postvention: The care of the bereaved. In Pasnau, R.O. (ed.) *Consultation-liaison Psychiatry*. New York: Grune and Stratton, 1975

[16] Discours à la Conférence Européenne de Nantes sur la prévention du suicide des jeunes, 20 septembre 2000.