

RHIZOME

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ



#97-98
Mai 2026

Prévenir le suicide

Nicolas Chambon

Directeur de publication
de *Rhizome*

Orspere-Samdarra

Professeur associé

HETSL | HES-SO

Au bord du suicide, ce qui nous lie

Ce numéro de *Rhizome* participe à ne pas faire du suicide un tabou. Silencier la souffrance, en avoir honte, se sentir seul façonnent le mal-être, mais aussi complique le recours à une aide et à un soutien. Ce numéro s'ouvre avec ce parti pris : prévenir le suicide suppose de transformer les conditions sociales qui rendent la souffrance indécible, invisible et trop souvent solitaire. Entendons-la.

Expériences, ruptures et déliaison

Les premiers articles rendent compte d'expériences de souffrance psychique, de ruptures et de tentatives de suicide dans un contexte d'isolement social et d'inadéquation des réponses, tant des professionnels que de l'entourage. Ils invitent à dépasser une lecture strictement psychiatrique des conduites suicidaires pour penser celles-ci comme des expériences liminales, ambivalentes, situées entre la vie et la mort, la souffrance et la résistance.

L'espoir apparaît alors comme un ressort central de la sortie de l'engrenage de la crise suicidaire. Mais comment le rendre possible sans qu'il soit perçu comme une injonction ? Cet espoir, en l'autre, en soi, porté par des cadres relationnels suffisamment solides, soutient la traversée de la crise. La souffrance isole et c'est bien une lutte contre l'isolement qui se joue dans la prévention des conduites suicidaires.

La clinique du lien, s'engager dans la relation

Les idées suicidaires s'inscrivent en effet dans des processus de désaffiliation. En retour, une présence ajustée et engagée peut rouvrir des possibles là où l'urgence s'impose. Néanmoins, la clinique ne peut se réduire à la seule gestion de l'urgence ou à la sécurisation immédiate. Elle engage un travail d'élucidation, une enquête partagée sur ce qui fait effraction et sur ce qui, malgré tout, tient encore. La crise n'est pas le temps du diagnostic pathologique. C'est celui de l'accueil, de la présence, de la protection et d'une première mise en sens. Le soin commence alors souvent après la crise, lorsqu'elle s'atténue et qu'il devient alors possible de com-

prendre le ressenti de la personne, mais aussi de l'accompagner pour qu'elle relie des idées ou un geste à des expériences plus anciennes, notamment traumatiques.

L'ensemble des articles du numéro converge autour d'un même enjeu : penser le lien, qu'il soit abîmé, rompu, menacé, parfois à réparer, à inventer. En filigrane se pose une question centrale : dans quels espaces ce lien peut-il encore se construire et se sécuriser ? Est-ce à l'hôpital ? Dans des lieux de répit ? Au quartier, au village ? Au sein de collectifs associatifs, d'autosupport ? En famille ? Ou dans des espaces numériques, devenus des scènes majeures de l'expression de la souffrance ?



À qui et où parler ?

Il importe d'être conscient que ces espaces, façonnés par des logiques économiques, institutionnelles et idéologiques, ne sont jamais neutres. L'espace numérique cristallise aujourd'hui cet enjeu. D'un côté, il offre des possibilités inédites d'expression, de mise en récit de soi, de reconnaissance mutuelle et d'entraide. De l'autre, sous couvert de neutralité algorithmique, des intérêts mercantiles et impérialistes organisent les conditions du lien, captent l'attention et redéfinissent les formes de la relation, parfois au détriment du vivre-ensemble et de la santé mentale. Cette centralité du lien ravive un débat ancien, mais toujours vif, dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale. La place de l'hôpital, espace de soin parmi d'autres, indispensable dans certaines situations, mais insuffisant - voire iatrogène - à lui seul pour répondre à des souffrances dont les

causes et les ressources sont largement sociales, est questionnée.

Sociologie de la santé mentale

Nous venons de caractériser deux dimensions sociales et sociologiques de la santé mentale. La première est civile et normative. Reconnaître des souffrances, qualifier des oppressions, légitimer certaines paroles, définir des formes de réparation engage la capacité d'une société à nommer ce qu'elle produit, tolère ou invisibilise. La santé mentale devient alors un langage politique par lequel se disent les conflits, les injustices et les attentes de reconnaissance.

La deuxième est psychosociale. Le social n'est pas seulement un facteur de risque ou de vulnérabilité. Les collectifs d'appartenance constituent aussi des ressources. Mais ils sont aujourd'hui moins hérités de cadres stables - par exemple, familiaux, territoriaux ou professionnels - ; ils sont davantage à construire, à choisir... Pour les travailleurs sociaux et les cliniciens, il s'agit alors de reconnaître l'ambivalence des appartenances, de coconstruire des espaces où l'on peut choisir ses affiliations plutôt que les subir.

Une troisième dimension, plus classique, renvoie à la distribution inégale des souffrances. Les inégalités sociales et territoriales face à la détresse psychique sont massives. Les dernières contributions du numéro montrent combien la précarité, l'isolement, l'insécurité matérielle et statutaire fragilisent les existences, mais aussi réduisent les marges de manœuvre subjectives. Toutefois, ne soyons pas aveuglés par cette dimension sociale au risque de réduire les existences à leurs conditions, d'assigner les sujets à leurs déterminations et d'oublier ce qui résiste. La vie déborde, comme une invitation à soutenir une clinique et une politique de l'indétermination sociale. Parler de suicide, c'est refuser que certaines vies deviennent plus sacrificiables que d'autres, refuser les logiques qui hiérarchisent les existences et naturalisent l'exclusion. Prévenir le suicide ne consiste pas seulement à empêcher la mort, c'est aussi rendre le monde habitable. ▶

Garder espoir

Mes premières idées noires ont commencé à l'âge de 13 ans. Mon médecin traitant, chez qui je pleure régulièrement, ne sait pas comment m'aider. Il me prescrit des anxiolytiques et un antidépresseur qui ne sont pas assez dosés, donc inefficaces. Je suis orientée vers un psychiatre avec qui je n'accroche pas. Je ne montre rien à mon entourage. Je suis mal et seule. Sans même savoir pourquoi, je vérifie si les objets sont tranchants en les testant sur mon poignet, je donne aussi mon sang pour sentir l'aiguille enfoncée dans mon bras.

Je tombe réellement dans la dépression à 21 ans. Je suis diagnostiquée comme souffrant d'un trouble bipolaire. Je me coupe le poignet pour choquer, parce que j'ai sombré et que mes parents font comme si de rien n'était. Je me fais souffrir pour que les autres souffrent, une sorte de chantage affectif. Le monde tourne sans moi, je me sens abandonnée par la vie. J'ai arrêté mes études et perdu mes amis. J'ai atterri dans un hôpital de jour où personne ne m'aide, on me dit que je vais y passer ma vie. Je passe mes journées seule dans l'appartement que je partage avec mon petit ami. Je le regarde avoir des projets, une vie, moi qui n'en ai plus. J'ai honte de ce que je suis devenue, les médicaments m'ont fait prendre 10 kilos et me donnent l'air d'un zombie. Alors je reste cachée chez moi. J'essaie désespérément d'attirer l'attention sur moi, j'ai l'impression que personne n'est choqué par ce qu'est devenue ma vie. Mais j'existe et je veux avoir une vie moi aussi. Je fais ma première tentative de suicide (TS) en prenant une grande quantité de médicaments. À cet instant, je n'ai pas l'intention de mourir mais, si tout le monde le pense, peut-être qu'on m'aidera à m'en sortir. Je le fais pour taper fort, c'est un appel à l'aide. Je suis obligée d'insister auprès des pompiers pour qu'ils m'emmenent à l'hôpital. Aux urgences, une infirmière me dit méchamment que je n'aurais pas dû faire cela si je ne voulais pas être là. Puis, fin de l'histoire. Tout continue comme si rien ne s'était passé. Aucune personne de mon entourage ni même les soignants de l'hôpital de jour n'abordent le sujet. Retour à la case mourir. Qu'est-ce que la TS m'a apporté? Rien.

Commencent alors, à la moindre contrariété, les scarifications. Je n'arrive plus à gérer mes émotions. J'enchaîne les hospitalisations. Les scarifications sont contagieuses, dès qu'une personne en fait tout le monde l'imité. Lorsque je me scarifie, la douleur physique l'emporte sur la douleur psychique, telle une respiration dans cette dépression. J'ai l'impression que si je disparaissais, personne ne s'en rendrait compte. Pour me couper, j'utilise tout ce qui me passe par la main : des ciseaux, du verre cassé, un cutter... Je me brûle avec des cigarettes. La douleur me rappelle que je suis en vie, mais elle devient insuffisante, mes scarifications sont de plus en plus intenses. Je me coupe au niveau du haut de la cuisse pour que ça soit moins visible. Les cicatrices ne sont pas des trophées, j'en ai honte, mais je ne les cache pas car tout le monde fait comme si elles étaient invisibles. Donc je recommence puisque ça n'a pas d'importance.

À 24 ans, ma mère me dit que je n'aurai jamais d'enfants alors que c'est mon rêve. L'annonce de la grossesse de ma sœur est un choc émotionnel. Mes pensées se multiplient dans ma tête, je n'arrive plus à réfléchir. Tout le fil de ma vie passe devant mes yeux, la mort surgit automatiquement. Je ressens le besoin de parler à quelqu'un pour ralentir ce flot de pensées, sauf que je n'ai personne. Ma douleur est telle qu'une scarification de plus serait insuffisante. Mon cerveau se souvient que la capacité de me tuer est en moi. Alors, je fais ma deuxième TS, et comme un robot je prends les plus grosses boîtes de médicaments. C'est la méthode la plus simple pour me tuer car il faut que je me tue *tout de suite*, je n'ai pas le temps de trouver un pont pour sauter. Cette fois-ci, ce n'est pas un appel à l'aide, je n'ai plus d'espoir et n'attends plus rien de personne. Je veux vraiment en finir. Je suis la seule à pouvoir stopper ce qui m'arrive et je n'ai pas d'autres idées. Pendant six jours, à l'hôpital, je me sens invisible, je pleure. Je vois les soignants, ils parlent de moi entre eux devant mon box, mais ils ne viennent pas me voir. Je hurle. Pour me faire peur et pour que je ne recommence plus, une infirmière me dit que mes reins ne fonctionnent plus et que je dois faire des dialyses alors que c'est faux. Puis, retour à la case départ. Mon entourage fait comme si rien ne s'était passé. De nouveau, je suis désespérément seule dans mon malheur.

Puis, je me dis : « Tout le monde s'en fiche de ta vie, alors *qu'est-ce que tu veux toi?* » Il ne s'agit pas juste de répondre « vivre », mais de réfléchir à l'objectif que l'on souhaite donner à sa vie car sans but il est difficile de s'en sortir. Espérer avoir un enfant un jour m'a donné envie de vivre et de me battre pour me relever. Je vis alors un déclic¹, un tournant. La dépression, les TS et les scarifications ne sont pas inéluctables. Elles s'arrêtent quand on retrouve l'espoir², sans lequel il est impossible de s'en sortir. Mais l'idée du suicide revient à la moindre contrariété. Les scarifications font fuir mes envies de TS, elles sont beaucoup moins graves et ne tuent pas. Je les limite pour limiter les cicatrices. J'appelle ma psychiatre, très présente et disponible, avant de le faire. En discutant, l'envie passe et, petit à petit, je finis par arrêter.

Je ne me suis jamais réveillée un matin en ayant envie de me scarifier ou de faire une TS. Des éléments déclencheurs et mon désespoir m'ont fait passer à l'acte. Je me suis scarifiée pour tellement de raisons, je ne peux pas toutes les nommer. J'étais tellement seule. Après quinze ans de psychothérapie, j'ai compris que mes troubles étaient en lien avec les maltraitements que j'ai vécus pendant mon enfance, les phrases insidieuses et blessantes de ma mère, mais aussi l'inaction de mon père. Les TS ne se soignent pas avec des médicaments. Elles se soignent par le soutien, l'écoute et, surtout, l'espoir. Il importe que notre entourage et les soignants aient espoir en nous pour que celui-ci naisse en nous. Cet espoir dont j'ai tant manqué. ▶

1 Ce déclic peut être provoqué par une seule phrase d'une personne bienveillante.

2 L'espoir est accompagné de notre connexion au monde, de ce que l'on veut nous, de nos objectifs, du pouvoir d'agir. Il s'agit des clés du rétablissement.

Pauline Vassallo

Pair-aidante et formatrice en santé mentale

Tentatives de suicide et scarifications, éléments d'un même parcours

Mon histoire familiale est profondément marquée par le suicide et la souffrance psychique. Mon oncle s'est suicidé quand j'avais 16 ans, mes crises suicidaires ont commencé 5 ans plus tard. Mon père, qui vivait avec une addiction et très probablement un trouble bipolaire, s'est lui aussi suicidé quand j'avais 22 ans, après de nombreuses tentatives. J'ai vécu seule avec lui de 16 à 18 ans, dans une sorte d'hypervigilance permanente. Ma tante, sa sœur, a également fait plusieurs tentatives. De son côté, ma mère évoque la mort comme une solution à beaucoup de choses depuis mon adolescence. J'ai aussi été victime de harcèlement scolaire au collège et au début du lycée, et d'une agression sexuelle préadolescente. J'ai un trouble bipolaire avec une comorbidité anxieuse, diagnostiqué à 27 ans, après une première décompensation à 21. Mon processus de rétablissement a réellement commencé vers mes 33 ans.

Mon vécu des tentatives de suicide

J'ai fait au moins neuf tentatives de suicide ayant nécessité une hospitalisation, dont une avec réanimation. Peut-être davantage sans passage aux urgences. Environ la moitié ont été suivies d'une hospitalisation en psychiatrie. Ces actes se sont concentrés sur une période d'environ un an. À chaque fois, il s'agissait de prises de médicaments, parfois programmées, parfois spontanées. Ce que je retiens de cette période, c'est une souffrance très intense, un isolement profond, un décalage permanent avec le monde autour de moi. Les souvenirs sont flous, confus, comme si cette période était placée sous une lumière trouble. Fait marquant : c'est en arrivant à Paris que ces crises se sont arrêtées, et que les scarifications ont commencé. C'est aussi le moment où j'ai découvert mon homosexualité, ce qui me semble loin d'être anodin.

Mon rapport aux scarifications

Les scarifications ont commencé peu après mon arrivée à Paris. Je ne me souviens pas exactement comment, mais très vite c'est devenu un rituel très structuré. Je gardais le même matériel, au même endroit. Il y avait tout un processus, un avant très important, parfois plus significatif encore que l'acte lui-même.

À la différence de mes tentatives de suicide, les scarifications n'étaient pas liées à un désir de mort, mais à un besoin de contrôle, de bien-être paradoxal, d'ancrage dans le corps. Cela s'inscrivait dans une dynamique plus large, entre extrême contrôle (comme l'anorexie et les rituels) et lâcher-prise total dans certains environnements (les milieux festifs, la sexualité, les prises de risque...). Je les ai toujours vécues comme quelque chose de romantique, au sens littéraire. Un acte esthétisé, cathartique, provocant, parfois politique. Ce n'était pas une plainte, c'était une manière d'être au monde.

J'associais ces moments à quelque chose de très vivant, comme la danse, le sexe ou l'alcool. C'était la seule manière que j'avais trouvée pour vivre intensément, avec tout ce que cela implique de douleur, de beauté, de révolte. Je ne parviens pas aujourd'hui à ressentir ces gestes comme « négatifs ».

Faut-il questionner l'intentionnalité?

Avec le recul, je ne suis pas certaine qu'il soit pertinent ou même possible de généraliser sur la question de l'intentionnalité dans les gestes auto-infligés. Chaque personne vit ces moments de manière singulière, ambivalente, mouvante. Je pense qu'on ne peut pas interroger l'intentionnalité des scarifications sans aussi questionner celle des tentatives de suicide. Voulais-je mourir à chaque tentative? Honnêtement, non. Pas toujours. Mon père voulait-il vraiment mourir? Je ne sais pas. Je sais que rien ne s'est passé comme il l'avait prévu. Il y a dans ces gestes une part d'incertitude, d'entre-deux, de désespoir qui ne cherche pas toujours la fin mais une transformation, un soulagement, un arrêt temporaire de la douleur. Je crois que l'intentionnalité est souvent floue, fragmentée, contradictoire, et que vouloir la déchiffrer de l'extérieur peut être non seulement illusoire, mais parfois même violent.

En tant que pair-aidante

J'accompagne actuellement plusieurs personnes ayant traversé ou traversant des crises suicidaires, dont l'une s'est suicidée il y a 2 ans. Ces accompagnements sont intenses, émotionnellement et éthiquement complexes, d'autant plus que le cadre reste flou. Dois-je être disponible en permanence? Suis-je en faute si je ne le suis pas? Est-ce que je mets en danger les personnes en posant des limites? Souvent, les personnes me disent ce qu'elles ne disent pas aux soignants, en me demandant expressément de ne pas transmettre. Ce rôle est précieux mais aussi lourd, car je navigue entre l'écoute, la confiance et la conscience du risque.

Ce que je voudrais qu'on retienne c'est que, pour moi, les gestes auto-infligés ne se résument pas à un désir de mort ou à un symptôme psychiatrique. Ils sont, pour beaucoup, des modes d'expression, de résistance, de recherche de sens ou de sensation, parfois même des rites de passage. Tenter de définir l'intentionnalité de manière stricte, surtout dans une logique binaire (de vouloir mourir ou de ne pas vouloir mourir), me semble réducteur. Ce n'est pas rendre justice à la complexité du vivant ni à la richesse des subjectivités en souffrance. Ce que je retiens de mon parcours et de mon engagement comme pair-aidante et personne concernée, c'est que le sens n'est pas toujours à chercher du côté de l'intention, mais peut-être davantage dans l'écoute profonde, la présence, et le non-jugement¹. ▶



Suicide, j'écris ton nom

Lettre à Timothée.

Le jour où la vie t'a quitté, j'y ai pensé très fort. Oui, l'idée de mettre fin à ma vie a occupé mes pensées. Mais qui aurait veillé sur ta tombe? Qui aurait fait vivre ton souvenir? J'ai finalement renoncé à cette idée. Pourtant, mon histoire familiale aurait été une

L'IDÉE DU SUICIDE A RESSURGI EN MOI QUAND LA RUE EST DEVENUE UNE ADDICTION

excuse puisque ma mère et trois membres de ma fratrie ont porté atteinte à leur vie.

Au vu de mon parcours, je m'interroge sur le rôle de la psychiatrie, de la pédo-psychiatrie, mais aussi de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et de l'Aide sociale à l'enfance.

La vie n'est pas un long fleuve tranquille

L'idée du suicide a ressurgi en moi quand la rue est devenue une addiction. Lors d'une entrée contrainte en logement, j'ai fait des appels au secours en réalisant des tentatives de suicide, notamment en prenant des médicaments ou en me défenestrant. La psychiatrie a mis du temps à me venir en aide. Mon

parcours de vie à la rue n'était pas aidant, surtout à cause des ruptures de parcours de soins. Mon mode de vie et mon addiction à l'alcool ont eux aussi été des freins. J'ai dû apprendre à survivre avec mes idées suicidaires.

Pourquoi attenter à sa vie? Quelles motivations peuvent retenir le passage à l'acte?

Lors de mon parcours de sortie de rue, grâce à un travail alliant social et psychiatrie, j'ai pu prendre conscience que seul le soin pouvait éviter le passage à l'acte. J'ai longtemps cherché à comprendre le mimétisme familial qui existait autour du suicide.

J'AI APPRIS À SURVIVRE AVEC MES IDÉES SUICIDAIRES

Dans mon parcours de vie, j'ai rencontré des personnes qui se sont suicidées de différentes manières. Je pense à une dame qui, après avoir perdu sa fille l'année de son départ en retraite, s'est mise en retrait, s'est peu à peu désocialisée puis a fini par refuser les soins. Je pense aussi à cet ami qui a entrepris un voyage sans retour en se sous-alimentant, et à cette personne sans domicile, connue de tous, qui refuse d'être hébergée tout en espérant que le froid soit son linceul.

Petites anecdotes

Même la gent canine peut attenter à sa vie. C'est, par exemple, le cas de Niña, une petite corniaud que j'avais adoptée par le biais d'un ami. Celui-ci a été hospitalisé en urgence un lundi, avant de décéder le vendredi. Après avoir récupéré ses effets personnels et les avoir rapportés chez moi, c'est en les reniflant que Niña réalisa qu'il était mort. Elle cessa de s'alimenter le soir même et dut être euthanasiée chez le vétérinaire quelques jours après.

Un 24 décembre au soir, j'ai composé le 3114 et j'ai été hospitalisé. J'ai bénéficié d'une bonne prise en charge qui m'a permis de renoncer à ce poison que sont les idées suicidaires.

À la suite de cette hospitalisation et des entretiens menés avec des professionnels, j'ai pris la décision de souscrire à un contrat d'obsèques. Le fait qu'il ne fonctionne pas en cas de suicide m'a motivé à le faire.

L'arrivée dans mon couple de deux frères de 17 et 19 ans issus des dispositifs de protection de l'enfance a renforcé mon choix. Ils m'ont permis de créer une famille.

Suicide, j'efface ton idée. ▶

**DANS MON
PARCOURS
DE VIE,
J'AI RENCONTRÉ
DES PERSONNES
QUI SE SONT
SUICIDÉES DE
DIFFÉRENTES
MANIÈRES**



Maxime Vieux

Psychologue social
Chargé de missions territoriales
3114 Lyon

Coordination régionale du dispositif Vigilans
Centre de prévention du suicide | Vigilans
Le Vinatier psychiatrie universitaire Lyon Métropole

Sortir le suicide du tabou

Rhizome : Comment définir la crise suicidaire ?

Maxime Vieux :

La crise suicidaire peut se comprendre comme une période au cours de laquelle une souffrance psychique devient si intense et intolérable que l'idée de ne plus être en vie apparaît comme une solution possible pour y échapper. Elle ne se réduit pas à un instant, il s'agit d'un processus avec une dynamique, une montée, des fluctuations et, parfois, une prolongation. Ainsi, la crise suicidaire peut être située sur un continuum allant des idées de mort passives – la personne peut penser que « ne plus être là » mettrait fin à sa souffrance – jusqu'aux idées suicidaires actives. Toutefois, la crise ne s'interrompt pas subitement à la suite d'un passage à l'acte suicidaire puisqu'il existe des facteurs de risque importants de réitération suicidaire ou de décès après un geste.

Dans les heures ou les jours qui suivent une tentative de suicide, les personnes peuvent ressentir un apaisement relatif. Le geste atténue parfois une tension psychique devenue omniprésente. Mais, cet effet est souvent transitoire. Les difficultés qui ont nourri la crise – qu'il s'agisse de conflits, d'isolement, de précarité ou de souffrance psychique – ne disparaissent pas avec la tentative. La personne se retrouve ensuite face au même environnement, aux mêmes impasses, et est parfois confrontée à des émotions supplémentaires telles que la culpabilité, la peur ou la honte. Pour cette raison, le risque de réitération est élevé : la phase post-tentative est une

période de vulnérabilité durable qui peut se compter en semaines. La temporalité de la crise est relative. Certaines personnes décrivent des crises qui durent entre six et huit semaines. Cependant, dans la pratique, la durée dépend des antécédents, de l'impulsivité, des troubles psychiatriques éventuels et de multiples facteurs contextuels. Il importe donc de ne pas figer la crise dans un délai unique. Au sujet des causes des idées suicidaires, le rôle du désespoir, la perte de sentiment de lien ou d'appartenance, l'impression d'être un fardeau et une forme de rétrécissement des possibles sont relativement partagées sur le plan international. Toutefois, les modèles diffèrent davantage sur l'explication du passage des idées aux actes. Certains travaux mettent l'accent sur des facteurs développementaux, des vulnérabilités individuelles, ou sur l'articulation entre les expériences biographiques et le contexte. D'autres soulignent des dimensions comme les sentiments d'échec, de défaite, d'humiliation et surtout l'impression d'être pris au piège d'une situation qui échappe à l'individu. Dans cette perspective, la crise suicidaire n'est pas une décision « libre » et stable, puisqu'elle se construit dans le temps et les idées suicidaires peuvent finir par s'imposer au détriment d'autres solutions.

Rhizome : Comment aider les personnes concernées par une crise suicidaire en tant que professionnel ou que membre de l'entourage ?

Maxime Vieux :

Tout d'abord, il importe d'aborder le sujet du suicide. Il s'agit finalement de le sortir collectivement du

tabou, de se permettre d'en parler de manière spontanée, même si la personne concernée ne l'a pas amené de manière explicite. Socialement, nous attendons trop souvent que les personnes parlent de leurs idées suicidaires. Or ces pensées sont fréquemment accompagnées de honte et de culpabilité. Beaucoup de personnes n'osent pas verbaliser directement ce qu'elles traversent. Il est donc important que l'entourage et les professionnels puissent poser la question suivante : est-ce que tu te sens mal au point d'avoir des idées suicidaires ? Contrairement à une croyance répandue, parler du suicide ne fait pas émerger cette idée chez la personne, mais ouvre un espace où elle peut enfin les exprimer et être entendue.

Il y a également un enjeu à peser ses mots, sans toutefois tomber dans l'idée qu'il faut être parfait. Ce qui compte surtout, c'est de ne pas refermer la parole. Certaines phrases rassurantes peuvent en réalité isoler, car elles imposent un futur dont nous ne savons rien et peuvent donner le sentiment que la souffrance actuelle n'est pas reconnue. De même, aller trop vite sur des solutions pratiques peut empêcher la personne d'exprimer ce qu'elle vit. L'écoute consiste à donner de l'espace, soit à accueillir, reconnaître et soutenir. La solution n'est pas bannie, mais elle vient souvent après ce premier temps où la personne peut s'exprimer et se sentir comprise à travers l'établissement d'un lien de confiance.

Éviter de se précipiter vers des solutions peut également être aidant. Face à la détresse, nous pouvons souvent être tentés de rassurer la personne (en lui disant, par exemple, « ça va aller »), de minimi-

ser ce qu'elle ressent ou de l'orienter immédiatement (en répondant : « tu devrais voir ton médecin », par exemple). Mais le plus aidant, sur le moment, est souvent de faire lien en écoutant, en laissant de la place aux émotions et en reconnaissant le vécu. Reformuler simplement les paroles en disant, par exemple, « J'entends de la tristesse, de la colère » peut déjà diminuer la tension psychique et rompre l'isolement.

CE QUI COMPTE SURTOUT, C'EST DE NE PAS REFERMER LA PAROLE

Les travailleurs sociaux ou les proches sont légitimes pour aborder la souffrance, les émotions et même la question du suicide. Il ne s'agit pas de chercher à se substituer aux cliniciens ni d'évaluer finement le risque dans toutes ses nuances, mais plutôt de rendre la discussion possible, de montrer que ce n'est pas un tabou et d'identifier ce qui est mobilisable. L'important est d'être clair sur ses propres limites.

Rhizome : Comment mobiliser le 3114, numéro national de prévention du suicide ?

Maxime Vieux :

Le 3114 peut être une ressource utile lorsqu'une personne exprime des idées suicidaires, quand l'entourage est inquiet ou qu'un professionnel se sent limité, qu'une évaluation plus spécialisée est nécessaire. Une option très concrète consiste à appeler ensemble ce numéro, soit le travailleur social, ou une personne proche, et la personne concernée. Cela permet une mise en lien immédiate et une première orientation.

Les répondants du 3114 sont des infirmiers et des psychologues formés à l'écoute et à la prise en charge des crises suicidaires. Le 3114 permet d'obtenir un avis spécialisé, d'adapter l'évaluation au niveau d'urgence et de proposer des pistes sans surréagir, par exemple en rappelant que les idées suicidaires ne signifient pas automatiquement un passage aux urgences ou encore une hospitalisation.

Rhizome : L'expression de la crise suicidaire et les facteurs de protection chez les personnes

concernées par la précarité et la migration présentent-ils des spécificités ?

Maxime Vieux :

La précarité est associée à un risque plus élevé de décès par suicide, mais ce « groupe » recouvre des situations très diverses. Les actions de prévention doivent donc être différenciées. Il existe également une sous-utilisation possible de certaines ressources par certains publics, telles que le 3114, car l'information circule mal et que d'autres freins (linguistiques ou sociaux) interviennent.

Les personnes ayant un statut de réfugié ou une situation administrative complexe peuvent être davantage exposées à ce risque, en lien avec l'accumulation de traumatismes, l'insécurité et les discriminations vécues. L'expression de la crise peut également varier selon les cadres culturels. Ainsi, les mots ne se traduisent pas toujours d'une langue à l'autre, et certains termes, comme « idées suicidaires », peuvent être perçus de manière particulièrement violente. Enfin, les facteurs protecteurs peuvent eux aussi différer puisque le rapport au collectif, au lien social et aux groupes d'appartenance n'occupe pas la même place selon les cultures.

Rhizome : Le fait qu'une personne de notre entourage ou que l'on accompagnait en tant qu'intervenant se soit suicidé est-il un facteur de risque ?

Maxime Vieux :

Les personnes endeuillées par suicide ou exposées à un suicide sont plus à risque d'avoir elles-mêmes des idées suicidaires avec une exposition potentielle à un trouble de stress post-traumatique ou de deuil prolongé. Afin de réduire ces risques, un suivi peut s'avérer nécessaire. L'accompagnement peut être proposé par un psychologue ou un psychiatre à travers une psychothérapie ou une médication. Des ressources associatives permettent aussi un accompagnement complémentaire, pouvant se faire par des « pairs » ayant un vécu similaire.

Le site espoir-suicide permet d'accéder à de nombreuses ressources en termes d'accès à un suivi ou d'accompagnement, mais aussi à des clés de compréhension du vécu du deuil

à travers des témoignages ou des réponses professionnelles. Le 3114 est aussi une ressource disponible pour toute personne endeuillée récemment ou non par le suicide d'un proche, d'un collègue, d'un usager ou d'un tiers, quel qu'il soit. Cette ressource professionnelle est disponible 24 heures sur 24.

Rhizome : Comment sortir le suicide du tabou ?

Maxime Vieux :

Après des publics jeunes, il serait intéressant de parler tôt de la santé mentale – en rappelant que celle-ci est fluctuante –, comme nous parlons de la santé physique. Apprendre aux enfants à reconnaître, à nommer et à comprendre leurs propres émotions ainsi que celles des autres est également un autre levier majeur. Pour que le suicide devienne un sujet abordable, et ne soit plus perçu comme exceptionnel, il est important de l'évoquer dans l'espace public en évitant le sensationnalisme et en créant des conditions qui permettent une compréhension, une continuité et des ressources sur les crises suicidaires.

Nos représentations individuelles et sociales sont assez ancrées sur le suicide, elles nous empêchent parfois d'en parler. Toutefois, tout le monde a un rôle à jouer sur la prévention du suicide. Il semble également nécessaire de déconstruire collectivement un certain nombre d'idées reçues qui persistent, telles que le suicide serait un choix, qu'il s'agit d'une liberté individuelle et qu'une personne qui a vraiment envie de se suicider n'en parle pas et passe à l'acte. En effet, les personnes ne disent pas forcément de manière explicite qu'elles vont se suicider ou qu'elles en ont l'envie. Il importe d'avoir en tête que les crises suicidaires reflètent avant tout un mal-être et de la souffrance vécus par une personne. Identifier les signes alarmants et manifestes, tels que les changements physiques ou comportementaux, l'isolement, la perte d'appétit, les dégradations du sommeil, l'irritabilité ou la surconsommation inhabituelle de toxiques, est nécessaire puisque cet ensemble de facteurs dévoile une certaine forme de souffrance ou de stress. ▶

1 Dorogi, Y., Michaud, L. et Saillant, S. (2017). Rencontrer un patient suicidaire. Dans L. Michaud et C. Bonsack, *Prévention du suicide : rencontrer, évaluer, intervenir* (p. 40-58), Médecine et Hygiène.

2 La personne citée est anonymisée.

3 L'endométriome est une maladie chronique caractérisée par la présence anormale de cellules de l'endomètre en dehors de l'utérus. Ces cellules, non détruites par le système immunitaire et soumises aux régulations hormonales, vont proliférer, s'accumuler et entraîner des lésions ou des kystes sur les organes concernés. L'endométriome stade 4 - ou endométriome sévère - peut se trouver dans des organes non reproducteurs notamment les intestins, la vessie, le foie ou les poumons.

The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions. (1988). *Fertil. Steril.*, 49(6), 944-55.

4 Van de Voorde, J., Sanchez Valero, V., Baudoin, E., Kamar, S., Chabert, B. et Baudoin, T. (2017).

Rôle et nature du dérèglement de la relation sujet-environnement dans les théories du suicide. *Annales médico-psychologiques*, 175(2), 108-14.

5 En effet, le processus suicidaire dépend, d'une part, de facteurs de stress externes et, d'autre part, des vulnérabilités, plus ou moins importantes, propres à chaque individu.

6 Il s'agit du modèle d'intervention intensive, rapide et précoce : risques, urgence, dangers (RUD). Seguin, M. (2001). Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte? Place de la prise en charge psychologique. Dans G. Darcourt et al., *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge* (p. 235-262). John Libbey Eurotext.

Émilie Labeyrie

Coordnatrice régionale des équipes mobiles psychiatrie précarité

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Chargée de mission

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Psychologue clinicienne

Assistance publique des hôpitaux de Marseille - Mouvement d'action pour le rétablissement sanitaire et social

La clinique du lien à l'épreuve des idées suicidaires

Le suicide, phénomène complexe revêtant des dimensions cognitives, affectives et comportementales, est un sujet de santé publique important au regard des nombreux facteurs de risque existants (tels que les troubles psychiques, la situation biopsychosociale ou les relations interpersonnelles). Les conduites suicidaires s'inscrivent dans une temporalité singulière, ce qui induit une véritable difficulté de repérage et de traitement. Les professionnels de santé et du social accompagnant des publics en précarité et souffrant de traumatismes complexes se retrouvent confrontés à des personnes présentant une « vulnérabilité suicidaire¹ ». Comment accompagner une personne qui se trouve dans l'impasse avec une souffrance qui lui semble insurmontable? Comment parler du suicide et évaluer la situation réelle au-delà du ressenti d'urgence?

D'un parcours de rupture vers une désaffiliation

Un jour, une psychiatre de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) dans laquelle je travaille me demande de rencontrer Vinza² et de la suivre conjointement en psychothérapie au vu de son tableau clinique complexe. Vinza vit dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile et fait des démarches pour obtenir le statut de réfugiée. Son frère et sa mère lui ont fait subir des tortures dans son pays d'origine en lien avec son homosexualité. Vinza est notamment victime de viol, de séquestrations, de violences physiques et de harcèlement moral. Elle porte un diagnostic de schizophrénie paranoïde et présente un trouble de stress post-traumatique. À cela s'ajoute une endométriome sévère stade 4³ découverte tardivement, lui provoquant des douleurs diffusées dans plusieurs zones du corps depuis de nombreuses années.

Née à la suite d'une relation adultère avec un militaire français, Vinza a toujours porté la honte et la culpabilité de sa mère qui la rejette depuis sa naissance. Elle me raconte une enfance faite de pleurs, de tristesse et de désespoir, où elle s'effaçait pour faire le moins de bruit possible. À l'âge de 25 ans, une personne chez qui elle cuisinait, et qui avait un statut haut placé au sein d'une ambassade, l'a aidée à s'enfuir de son pays. Elle arrive en Belgique, où elle est hospitalisée sous contrainte pendant un an et demi. Elle garde des souvenirs violents de cette période d'enfermement. Grâce à une amie habitant à Paris, elle déménage en France. Elle s'installe à

Marseille en ayant comme objectif de retrouver son père, une des seules raisons qui la fait tenir en vie. Le fait de le nommer donne à Vinza une consistance réelle et symbolique, une prise sur son existence. À Marseille, une communauté LGBTQIA+, engagée et bienveillante, intègre, accepte, aide et prend soin de Vinza. Sept ans plus tard, Vinza est stabilisée sur le plan administratif, mais s'enferme de plus en plus. Son vécu de persécution s'aggrave. Elle se coupe de la communauté à laquelle elle appartenait. Petit à petit, elle rompt les derniers liens avec des personnes qui ont été des ressources importantes dans son parcours de vie et qui lui ont beaucoup apporté. Des processus psychiques très forts se mettent alors en place, tels que l'évitement, l'hypervigilance et l'isolement. Ces derniers permettent à Vinza de se protéger de ce qu'elle éprouve. Ses blessures psychiques et physiques remettent en cause ses repères moraux et lui font perdre confiance en l'être humain. Un sentiment d'humiliation, en lien avec les actes de violence qu'elle a subis dans son passé, lui colle à la peau et ne s'amoindrit pas. Les violences qu'elle a endurées se réactivent sans cesse dans sa chair. Les reviviscences, les cauchemars, les flash-back, les hallucinations kinesthésiques l'assaillent quotidiennement.

À partir de cet instant, Vinza vit un grand désarroi. Ne percevant plus d'autres alternatives que celle de mettre fin à ses jours, elle fait de nombreuses tentatives de suicide et utilise les prises de médicament pour réguler sa souffrance interne. Ces nombreux passages à l'acte ne peuvent être réduits à des appels à l'aide. Il importe de comprendre la solitude vécue par Vinza et tous les moments de restrictions de solutions qui l'ont précédée - que je n'ai, par ailleurs, peut-être pas saisis ou qui n'ont pas été partagés lors de nos rencontres thérapeutiques. Il s'agit de les faire exister et de leur donner du sens. En effet, les passages à l'acte peuvent être évités lorsque la personne est capable d'identifier des choix plus ouverts pour poursuivre son existence. Ces actes montrent que Vinza est prise dans une lutte interne épuisante entre le désir de vivre et celui de mourir. Durant nos rencontres, nous explorons cette ambivalence avec l'intention de faire émerger de l'espoir, élément principal au sein des parcours de rétablissement.

En ce sens, le modèle de stress-vulnérabilité⁴ est intéressant à réfléchir dans chaque situation car

7 Lacan, J. (2001). La logique du fantasme. Compte rendu du séminaire 1966-1967. Dans J. Lacan. *Autres écrits* (p. 325). Le Seuil.

8 Dorogi, Y., Michaud, L. et Saillant, S. (2017).

9 Seguín, M., Bordeleau, V., Drouin, M. C., Castelli-Dransart, D. A. et Giasson, F. (2014). *Professional's Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation*, *Archives of Suicide Research*, 18(4), 340-362.

10 Kaufmann Didishmeim, N., Camus, D. Gulfi, A. et Castelli Dransart, A. (2007). Suicide d'un patient et réactions des professionnels. *Revue médicale suisse*, 3(125), 2092-4.

11 Cramer, R. J., Johnson, S. J., McLaughlin, J., Rausch, E.M. et Conroy, M. A. (2013). Suicide Risk Assessment Training for Psychology Doctoral Programs: Core Competencies and a Framework for Training. *Train. Educ. Prof. Psychol.*, 7(1), 1-11.

12 Il s'agit de réfléchir à la responsabilité du professionnel et de son institution quant à la mort d'un usager. En effet, dans la clinique de la rue, il importe de prendre conscience que les personnes concernées ne meurent pas de leurs symptomatologies psychiatriques. Il est nécessaire d'accompagner l'usager à prendre soin de son corps et de sa santé somatique qui doit être surveillée, évaluée et soignée. Dans le cadre des pratiques d'aller vers, l'usager n'est pas pris en charge classiquement. Afin qu'il puisse nous contacter lorsque son état s'aggrave, il convient de construire une relation de confiance assez forte et de laisser cet espace. Si l'usager ne peut plus faire appel à l'autre, des veilles régulières peuvent être mises en place avec d'autres acteurs du terrain. La question de la gestion de la mort des usagers est très importante au sein de la clinique psychosociale à risque où le taux de mortalité est très important.

13 Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion*. Broché.

il amène une dimension dynamique et temporelle du suicide chez un individu en relation avec son système⁵. Les idées suicidaires doivent être considérées dans le cadre d'une hypothèse de crise afin de les mettre en relation avec le contenu du travail psychothérapeutique.

D'un ressenti d'urgence à une rencontre contenant

Au-delà de nos rencontres quotidiennes où la parole est vectrice de soins thérapeutiques, je propose à Vinza d'autres espaces au sein desquels elle peut se centrer sur ses besoins immédiats. Ainsi, je l'accompagne dans ses démarches pour obtenir une aide sociale et un accompagnement à domicile pour la gestion de son logement. Je l'aide à régler ses problèmes relationnels avec son voisinage et valide, ainsi, ses actes citoyens. Je la soutiens dans la mise en place des soins infirmiers à domicile et renforce son engagement dans les soins auprès des médecins somatiques et psychiatres. Je m'appuie sur ses ressources et ses propres capacités de résilience en donnant une place centrale à ses choix. Je l'accompagne dans le Luberon pour aller chercher un chien et aussi à l'un de ses stages, lors d'une formation en maison de retraite. Je l'emmène au cinéma pour voir un film d'action et lui télécharge des films d'horreur sur une clé USB. Je cherche avec elle une association où elle peut faire de la couture et l'orienter vers un groupe d'entraide mutuelle pour qu'elle puisse entraîner ses compétences sociales. Enfin, je lui propose de cuisiner les repas communautaires au sein de l'EMPP. Tous ces actes ont pour but de lutter contre la stigmatisation et l'autostigmatisation. En soutenant les cognitions sociales et les fonctions exécutives de Vinza, qui sont ralenties par les traitements forts qui lui sont administrés, mes actes ont pour visée de permettre la compensation et la remédiation spécifique en agissant notamment sur ses capacités de planification et de réalisation de tâches, mais aussi sur sa mémoire verbale, de travail et visuo-spatiale, son attention sélective, ses fonctions exécutives et sa vitesse de traitement de l'information. Je travaille ainsi sur le développement de pensées positives.

Je fais de la psychoéducation sur les symptômes qu'elle éprouve. Je lui explique ses traitements et le processus suicidaire. J'utilise le schéma des étapes de l'élaboration à la planification en passant par l'intentionnalité⁶. Le fait de le montrer à la personne nous renseigne sur là où elle se situe selon les différentes étapes de la crise suicidaire et peut l'aider à mettre en mots des ressentis ou des flashes. Cela la responsabilise aussi sur ce qu'elle dit et ce qu'elle fait. Je pose des questions franches et précises à Vinza pour explorer ses idées suicidaires. J'aborde ouvertement le sujet, cela n'augmente pas le risque suicidaire. Au contraire, cela l'aide à sortir de l'isolement et contribue à la construction d'une rela-

tion de confiance autour de ce sujet. Je la remercie à chaque fois pour la confiance qu'elle m'accorde de partager son mal-être avec moi. Il faut toujours trouver et retrouver le juste milieu entre l'intime et le dévoilement après chaque acte. Il s'agit d'un travail clinique fin car il importe de garder en tête que l'acte « veut dire », mais justement, il ne dit pas⁷.

L'évaluation du potentiel suicidaire s'inscrit dans une rencontre où de multiples mécanismes relationnels sont en jeu⁸. Le thérapeute doit mettre en place une réflexion autour de ses ressentis et de ses réactions qui font partie du travail psychothérapeutique, elles peuvent amener vers des attitudes de surprotection ou de rejet⁹. En effet, le professionnel peut se retrouver pris de peurs anticipatives pour l'autre. De nombreux écueils augmentent le niveau de stress de la rencontre et peuvent potentiellement réduire la capacité d'écoute, d'élaboration ou de compréhension du thérapeute. Les enjeux transférentiels qui sous-tendent la relation thérapeutique doivent être mis en exergue¹⁰. Une des compétences les plus importantes est d'identifier ses propres représentations (ses croyances ou ses valeurs) et de les mettre en perspective avec une compréhension de la phénoménologie du suicide¹¹. Il n'est pas rare également que



les professionnels accompagnant des personnes en précarité soient aveuglés par l'idéalisation de leur intégration sociale, mais aussi leurs accès aux soins et leurs stabilité administrative. Le présupposé théorique des équipes peut créer mettre la personne accompagnée face à l'injonction de réussir son intégration.

En étant confronté à une personne en proie à des idées suicidaires, le professionnel peut être fortement affecté émotionnellement, ébranlé dans son rôle et sa mission, bousculé dans sa pratique. La crise suicidaire interroge également le dispositif institutionnel dans lequel évolue l'intervenant, son organisation, sa mission, ses valeurs, notamment sa stratégie de *la gestion des erreurs*¹².

Pour conclure, le suicide est une forme d'auto-exclusion¹³ qui renvoie à la perte du sentiment d'appartenance, conséquence de la précarité et de la désaffiliation liée à la perte des repères collectifs et citoyens. Parler de la mort en psychothérapie n'est pas simple ni spontané. Toutefois, cela peut être envisagé comme une autre manière de parler de la souffrance, des difficultés personnelles et interpersonnelles, qu'elles soient contextuelles ou systémiques. L'authenticité dans la rencontre permet de nommer l'existence, son être au monde, l'histoire personnelle, les injustices, les discriminations subies et intolérables, la fragilité et le sens de la vie. Cette clinique est celle de la dignité humaine, dans laquelle l'engagement dans la relation à l'autre est nécessaire. ▶

Pauline Espi

Pédopsychiatre responsable de l'unité Hospitalisations brèves pour adolescent·e·s (UHBA) et de l'équipe mobile Mouv'ados

Le Vinatier psychiatrie universitaire Lyon Métropole

L'adolescent, le lien, la crise : de la rupture à la repossibilisation

Rhizome : *Quelles sont les spécificités et les étapes de la crise suicidaire chez les adolescents ? Comment se manifeste-t-elle ?*

Pauline Espi :

Le « processus adolescent » nous indique déjà qu'une forme de crise est intrinsèque à l'adolescence, au sens où il implique de grands remaniements. Les affiliations verticales deviennent horizontales, les figures d'appui deviennent moins les parents et davantage les pairs. Il existe également une tension permanente entre la persistance de certaines dépendances de l'enfance et une vive aspiration à l'autonomie chez les adolescents. Cela est parfois décuplé en temps de crise, avec des envies et des manifestations paradoxales.

Le risque suicidaire à l'adolescence s'analyse souvent à travers sa fonction d'adresse. Quand un jeune dit à un adulte qu'il a des idées suicidaires, il va porter une attention particulière à la manière dont ce dernier va répondre à sa détresse. Souvent, le symptôme a une fonction relationnelle importante à l'adolescence et le devenir de la crise dépend beaucoup de la réaction de l'entourage. Par exemple, si les parents sont plus présents, se remettent en cause, modifient des choses de leur côté et créent du lien, le pronostic de la crise suicidaire devient plus favorable. C'est le cas indépendamment même de l'action psychiatrique.

La rupture dans le fonctionnement du jeune va être un signe alarmant. Les troubles internalisés se manifestent par un repli des adolescents sur eux-mêmes, ils se désarment du tissu social, semblent perdre de l'élan vital et peuvent développer une tension interne allant même jusqu'à l'apparition d'idées

suicidaires. Les troubles externalisés s'expriment chez les jeunes qui adressent de la désobéissance, ont tendance à beaucoup s'agiter, ont des conduites à risque ou déploient une grande colère envers leurs proches, alors que ce n'était pas forcément le cas auparavant. Les adolescents ont comme caractéristique d'être très sensibles émotionnellement et impulsifs. En pleine construction de leur capacité à mentaliser et à se subjectiver, ils ignorent parfois la source de leur mal-être. Donc, comme ils ne vont pas bien, ils font un passage à l'acte. Nous essayons alors de traduire avec eux ce qu'ils vivent et traversent, mais qu'ils n'arrivent pas à dire avec des mots.

Le schéma « classique » que nous remarquons chez ces adolescents se traduit souvent par des désinsertions progressives : leur scolarité ne tient plus trop, ils n'arrivent plus à aller au collège ou au lycée ; ils voient de moins en moins leurs amis ; ce qu'ils adoraient avant ne leur fait plus envie ; ils deviennent agressifs envers leurs proches ; et ils en arrivent à avoir des idées noires et à se scarifier. Dans d'autres situations, plus rares, il s'agit d'un « coup de tonnerre dans un ciel serein », ce qui souligne que cette rupture avec l'état antérieur démarre très brutalement et sans aucune logique interne apparente. Dans tous les cas, un seuil est, en quelque sorte, dépassé. Les projections se ferment et l'horizon se bouche¹.

En ce qui concerne les particularités du travail de la crise en pédopsychiatrie, la question du lien et de l'attachement sont encore davantage travaillées que chez les adultes. La place de l'école est également importante. Par exemple, chaque rentrée scolaire peut être un moment de décompensation.

Nous travaillons beaucoup avec les établissements scolaires, de même qu'avec toutes les autres institutions de l'enfance². Lorsque certains adolescents sont ensuite suivis dans des services de psychiatrie adulte, les outillages pour accueillir des troubles graves du lien³ ne sont plus les mêmes.

Rhizome : *Comment les adolescents en crise sont-ils accueillis au sein des unités de soin de pédopsychiatrie ?*

Pauline Espi :

L'accueil des adolescents en crise au sein de l'hôpital est composé de deux grands temps. Le premier consiste à accueillir la crise. Cela permet aux jeunes de créer un espace, une bulle, laissant place à la pensée et à la mentalisation. De plus, l'hospitalisation marque souvent un temps d'arrêt à des agirs non-stop, ou du moins un changement de rythme. Nous essayons de comprendre l'origine de la crise. Nous rencontrons le jeune, ses parents et nous nous mettons en lien avec ses soignants référents. Nous mettons en place des groupes thérapeutiques et construisons une « théorie du patient » avec l'adolescent et sa famille. Celle-ci vise à donner du sens à ce qui fait crise dans l'histoire et la vie psychique du jeune. Dans un deuxième temps, nous amorçons des chemins thérapeutiques, évoquons ce qui peut être mis en place et engageons des processus de changement. Par ailleurs, il importe d'avoir une attention à l'accord ou au désaccord qu'éprouve le jeune à être hospitalisé, puisque cela détermine la part active qu'il mettra dans son processus de soin, le but n'étant pas qu'il se sente piégé à l'hôpital. Après une crise, les jeunes ressentent de l'apaisement. Il s'agit

¹ Bruno Falissard parle de « rupture phénoménologique » : « Là ça n'est plus comme avant. »

Falissard, B. (2020). *Soigner la souffrance psychique des enfants*. Odile Jacob.

² Telles que l'Aide sociale à l'enfance ou la Protection judiciaire de la jeunesse.

³ En lien, par exemple, avec du trauma complexe ou des troubles de l'attachement.

4 Soit le fait de lutter contre le sentiment d'isolement et de solitude de l'adolescent qui souffre.

5 Soit le fait d'ouvrir de nouvelles perspectives.

d'un effet un peu cathartique. Ensuite, leur devenir dépend beaucoup de comment leur environnement se transforme et change. Quand c'est le cas, les jeunes vont souvent mieux. D'ailleurs, nous estimons que 75 % des adolescents accueillis à l'UHBA feront un séjour isolé, puis seront intégralement soignés en ambulatoire, mais 1 à 2 % reviennent très souvent et s'appuient sur l'hôpital.

À l'adolescence, les entretiens familiaux sont importants. Il importe donc que le jeune se réaccorde avec ses accompagnants primaires – soit avec ses parents ou parfois ses éducateurs – afin de partager une vision commune de ce qui fait crise et des postures de soutien. Le groupe a également son importance. À l'hôpital, des dynamiques groupales massives se retrouvent au sein des services. La sociabilisation, qui se remet souvent en route au sein du collectif, participe à réactiver le sentiment d'appartenance des jeunes et à les sortir de la solitude. Toutefois, le groupe peut aussi fragiliser les jeunes les plus sensibles émotionnellement, notamment ceux qui absorbent la souffrance des autres. Certains peuvent conclure des pactes suicidaires pour se retrouver de nouveau hospitalisés ensemble. Des conduites à risque peuvent également émerger collectivement. Les équipes soignantes sont attentives à cela.

Rhizome : Comment la question du diagnostic est-elle appréhendée par les jeunes et leur entourage ?

Pauline Espi : Nous recevons beaucoup de demandes de diagnostic. En effet, des familles, épuisées par des parcours d'errance ou des jeunes qui ne comprennent plus leur propre fonctionnement depuis quelque temps, formulent le besoin d'un diagnostic. Il s'agit aussi parfois d'un besoin d'identification, de s'affilier à d'autres personnes avec qui ils auraient une souffrance en commun.

Néanmoins, le temps de la crise n'est pas optimal pour poser un diagnostic, puisque la crise brouille toute la psychopathologie. Nous pouvons toutefois formuler des hypothèses en les restituant comme des pistes pour voir si elles font sens pour le jeune ou ses proches. Il est également important de préciser que

nous gardons une posture d'humilité autour du diagnostic, puisqu'à l'adolescence une instabilité nosographique existe du fait de l'ensemble des processus de transformation propres à cette période.

La sensibilisation des proches au sujet du mal-être ressenti par le jeune et de sa manière de l'exprimer est nécessaire. Dans ce sens, nous développons aussi des dispositifs destinés aux familles et nous prenons davantage la mesure de leur importance. Les familles sont surtout mobilisées en tant que partie prenante du système souffrant et donc comme solutions possibles.

Rhizome : Comment la question du suicide est-elle abordée avec des adolescents à l'hôpital ? Quelles préconisations donner à l'entourage et aux professionnels pour aborder ce sujet ?

Pauline Espi : À l'hôpital, nous explorons l'histoire de la détresse, si les idées sont passives ou actives. Les idées suicidaires nous inquiètent surtout quand elles prennent une forme précise et se scénarisent. Nous nous intéressons aussi à la dimension de létalité de l'intention suicidaire au moment du passage à l'acte. Et parfois, des gestes non intentionnellement graves le deviennent, car les jeunes se « loupent » et peuvent se mettre extrêmement en danger.

Nous discutons également avec l'adolescent des « pare-feu » qu'il identifie : quand les idées suicidaires arrivent, qu'est-ce qui les contrecarrent ? Est-ce qu'il y a d'autres pensées qui viennent les combattre ? Souvent, les jeunes identifient leurs parents ou leurs amis comme des facteurs protecteurs. Nous travaillons également sur des préconisations avec eux, telles que le fait de ne pas rester seul avec des idées suicidaires, d'identifier les numéros ressources, les recours possibles et l'acquisition de ressources internes.

Pour répondre aux conduites suicidaires d'un adolescent, deux grands registres cliniques et humains semblent essentiels à mobiliser, d'une part, la solidarité⁴ et, d'autre part, la repossibilisation⁵. La souffrance enferrme, aller mieux permet de retrouver des degrés de liberté.

Mille choses peuvent ouvrir de nouvelles perspectives, il peut s'agir

d'un projet, d'une rencontre, d'un processus thérapeutique ou même d'un changement de vie. Ainsi, il importe tout d'abord d'accueillir la détresse émotionnelle du jeune, de la valider et de la prendre au sérieux. Il s'agit donc de se solidariser avec lui dans l'épreuve qu'il traverse tout en mesurant l'intensité de ce qu'il vit. Soutenir le soin et combattre l'isolement vécu sont essentiels. La question des liens est également fondamentale. Certains adolescents vont mieux après leur passage à l'hôpital aussi parce qu'ils rencontrent des pairs, ils se sentent donc moins seuls et restent parfois même en lien entre eux après leur hospitalisation. Le fait de savoir qu'ils peuvent rappeler les soignants de l'hôpital, qui les connaissent et qui peuvent les accueillir, participe aussi à les aider.

Pour les parents, il y a un enjeu à engager des transformations autour de la crise suicidaire, mais sans surréagir ni tout analyser à travers le prisme de la suicidalité, car la peur d'un nouveau passage à l'acte peut paralyser la posture parentale. Soutenir la parentalité, maintenir une normalité éducative et une vie quotidienne s'avèrent nécessaires. Nous rencontrons parfois des situations très complexes, notamment quand il s'agit de jeunes confiés à la protection de l'enfance, quand les parents sont en guerre entre eux ou quand les adultes qui entourent le jeune (les parents, les éducateurs, les médecins) sont désaccordés. Dans ce cas, nous les encourageons à s'accorder afin que celui-ci ne soit pas dans des conflits de loyauté. Enfin, parfois, certains parents ont besoin de soins pour eux-mêmes, notamment quand ils sont très fragiles, projectifs et que le jeune a peur de « les effondrer ». Les intervenants sociaux ou les membres de l'entourage qui recueillent des informations sur la vie quotidienne du jeune jouent des rôles cruciaux dans la prise en charge de la crise suicidaire. En effet, en partageant les signes alarmants avec les professionnels de santé, ils permettent d'ajuster la réponse soignante. Les messages de santé publique à retenir sont que les idées suicidaires sont graves, que les personnes qui les vivent ne doivent pas rester seules et qu'il faut solliciter des professionnels de santé pour que la crise suicidaire soit évaluée. ▶

Prendre en charge les conduites suicidaires des personnes migrantes : redonner du sens, restaurer les liens

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) en milieu psychiatrique sont des dispositifs destinés à accueillir des personnes en situation de précarité et dont les conditions de vie limitent l'accès aux soins en raison d'absence d'assurance maladie ou d'hébergement, d'allophonie ou d'isolement. À Lyon, comme dans la plupart des métropoles, le public rencontré est dans sa quasi-totalité (à 98 %) composé de personnes migrantes, qu'elles soient demandeuses d'asile, sans papiers, déboutées ou réfugiées. Elles ont comme point commun des parcours marqués par des vulnérabilités multiples, telles que l'exposition à tout type de violences, à l'absence d'hébergement, à l'instabilité administrative, à l'isolement social, aux discriminations et au défaut d'accès aux soins.

Dans ce contexte, la Pass constitue un lieu singulier du système de soins. Il s'agit d'un espace à l'interface du médical et du social, au sein duquel l'accès aux soins est indépendant du statut administra-

tif. Les orientations se font par tous les acteurs des milieux sanitaire et social, soit les urgences psychiatriques, les structures d'hébergements, les associations d'entraide, les Pass généralistes ou par les personnes elles-mêmes et leur entourage. C'est depuis ce lieu et cette pratique clinique que se mène la réflexion proposée ici, centrée sur les enjeux de prise en charge des conduites suicidaires en contexte de migration et de précarité.

Parler du suicide en Pass

Nous accueillons régulièrement des personnes en crise suicidaire. La verbalisation d'idées suicidaires peut, par ailleurs, être un motif d'adressage dans notre structure. Dans d'autres cas, cette souffrance psychique se révèle progressivement, au fil des consultations, dans le cadre d'une relation qui se construit dans la durée. Ainsi, les crises suicidaires sont fréquentes en Pass, mais ne sont pas nécessairement exprimées comme telles. Elles peuvent apparaître de manière « indirecte », soit à travers des plaintes somatiques, une fatigue extrême ou des propos évoquant la lassitude.

Fréquemment, les idées suicidaires émergent dans des contextes d'adversité, tels que les annonces de refus de titre de séjour, de sortie d'hébergement ou le fait de recevoir des nouvelles préoccupantes en provenance du pays d'origine. Elles s'inscrivent dans un continuum de souffrance, où les différentes phases du parcours migratoire – avant, pendant et après la migration – laissent des traces durables. Ces temps ne sont pas séparés, mais s'additionnent, créant un « effet boule de neige » où une difficulté en appelle une autre et où la souffrance psychique vient s'alourdir sans possibilité de récupération. Cela aboutit à un sentiment d'impasse, d'enfermement et peut conduire à un profond désespoir.

L'enjeu n'est pas seulement de repérer le risque suicidaire, mais de créer les conditions permettant d'en parler. Le suicide peut être un sujet difficile à aborder, chargé de honte ou de culpabilité, notamment lorsqu'il est pris dans des interdits religieux. Il ne faut cependant pas « préjuger » des idées de l'autre ou de ses représentations des conduites suicidaires en raison de sa religion ou de son appartenance à un groupe socio-culturel, car la culture, empreinte de dynamisme, ne se réduit pas à des catégories figées¹. L'accès à l'interprétariat professionnel est indispensable, non seulement pour recevoir et transmettre



des informations, mais aussi pour ouvrir un espace permettant l'expression des idées suicidaires. En effet, pouvoir les aborder dans la langue de son choix, partager ses représentations, ses craintes dans un espace non jugeant est fondamental. Les interprètes prennent alors le rôle de médiateurs et véhiculent des connaissances qui facilitent la compréhension mutuelle.

Une spécificité importante concerne les personnes ayant déjà vécu des expériences d'enfermement lors de leur parcours migratoire. Pour elles, l'évocation d'une prise en charge coercitive peut réactiver des vécus traumatiques et entraîner des ruptures de soin ou une majoration de la souffrance. Nous nous trouvons alors dans une position d'équilibre délicate. Il importe donc d'ouvrir un espace de parole autour du suicide, d'évaluer le risque et de garantir la sécurité de la personne, tout en préservant l'alliance thérapeutique. Cela peut générer un fort sentiment d'impuissance en particulier lorsque le désespoir exprimé est extrême et que la situation paraît inextricable. « Je préfère mourir ici que retourner au pays », nous disent parfois les personnes. Dans ces situations, il est indispensable de ne pas rester seul, de collégialiser les décisions en équipe afin d'en partager la responsabilité et d'accepter que nos sentiments soient engagés, car il s'agit d'une pratique qui n'est pas tant « technique » que « relationnelle ».

S'appuyer sur les facteurs de protection. Religion et spiritualité

Au-delà des facteurs de risque, la prévention des crises suicidaires suppose d'identifier et de soutenir les ressources propres aux personnes. Parmi celles-ci, les croyances religieuses et spirituelles occupent une place centrale². Elles servent de repères identitaires – « je suis catholique », « je suis musulman » – et permettent de faire face à l'adversité et de lutter contre le désespoir. Se représenter comme pratiquant d'une religion assure un maintien de l'identité et une continuité dans une réalité et un monde faits de ruptures, notamment chez les personnes migrantes.

La religion désigne un ensemble organisé de croyances et de pratiques partagées, alors que la spiritualité renvoie à une recherche personnelle de sens, de lien ou de transcendance, religieuse ou non³. La religion et la spiritualité permettent donc de retrouver du sens, de lutter contre la sensation d'être piégé en mobilisant l'espoir. Elles ouvrent la voie vers un avenir meilleur et inscrivent la souffrance dans une temporalité plus longue. Là où la crise suicidaire tend à figer la personne dans un présent douloureux et sans issue, la foi permet de se projeter et peut ainsi contribuer à éclaircir un horizon. De plus, elles aident à remettre la souffrance dans une forme de narrativité et de cohérence dans la vie de l'individu. Celle-ci n'est plus insensée, illisible ou injustifiée, mais devient la volonté d'une puissance qui le dépasse : « C'est la volonté de Dieu. » Cela vient l'inscrire dans une histoire plus large que soi. Enfin, la religion peut véhiculer des valeurs morales qui s'inscrivent dans la santé mentale positive, telles que le respect de l'autre, le partage, la bonté et l'aide à relativiser.

L'appartenance religieuse peut également favoriser l'inscription dans une communauté, offrant des soutiens matériels et relationnels. Les lieux de culte apportent souvent un toit à l'heure où les dispositifs d'hébergement sont surchargés. Ces réseaux peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide, en particulier lorsque les liens sociaux sont fragilisés par la migration et la précarité. Ils participent à restaurer un sentiment d'appartenance et à rompre l'isolement.

Cette ressource demeure cependant ambivalente. En effet, la religion, en interdisant le suicide, peut mettre en place un cadre limitant le passage à l'acte. Cela doit cependant être distingué d'un apaisement réel de la souffrance : l'interdit religieux peut empêcher le passage à l'acte, mais peut également limiter la verbalisation du désespoir. De plus, la souffrance psychique peut être interprétée exclusivement à travers un registre moral. « Si je vais mal, c'est parce que j'ai péché », disent certaines personnes. Dans ces situations, la culpabilité et la honte peuvent être renforcées, rendant l'accès aux soins plus difficile. Il est donc essentiel de ne pas présumer du caractère protecteur ou délétère de la religion, mais d'explorer avec la personne la place qu'elle occupe pour elle. Aborder ces questions suppose une posture ouverte et non jugeante. Des questions simples permettent d'ouvrir cet espace, telles que : « Qu'est-ce qui vous aide à tenir ? » ou « À quoi vous raccrochez-vous dans les moments difficiles ? »

Redonner de l'espoir et retisser des liens

L'accompagnement des personnes en crise suicidaire en Pass, comme dans les dispositifs de prévention du suicide, repose sur la continuité du lien et la disponibilité. Cette dernière ne se limite pas au temps de la consultation. Il s'agit aussi de la possibilité d'être accueilli sans rendez-vous, de revenir, de téléphoner et d'être reconnu dans la durée par l'équipe. Cela peut constituer un facteur de protection. Pour des personnes dont les parcours sont marqués par les ruptures et la discontinuité, cette stabilité relative a une importance majeure. La Pass devient ainsi un lieu ressource, un point d'ancrage dans un quotidien marqué par l'instabilité.

Redonner de l'espoir ne signifie pas promettre une amélioration rapide des conditions de vie, souvent hors de notre pouvoir. Il s'agit plutôt de reconnaître la souffrance liée aux conditions de vie, qui est souvent une réaction normale à une situation anormale, et de soutenir l'idée que la situation peut évoluer, même lentement. Ainsi, nous pouvons parfois répondre : « Je ne peux changer votre situation mais je peux vous aider à mieux la vivre. »

Le soin s'articule étroitement avec le social. Orienter vers d'autres dispositifs, accompagner dans les démarches, soutenir l'accès aux droits participent pleinement à la prévention des crises suicidaires. Le soin ne peut être pensé indépendamment de ces dimensions, tant celles-ci conditionnent le vécu d'impasse ou, au contraire, la possibilité de se projeter dans un avenir meilleur. Un autre enjeu central est celui de la restauration du capital social. Repérer les liens existants, même fragiles, les valoriser

² Favro, P. et Amadéo, S. (2025). Religion et prévention du suicide – une approche multiculturelle. *Hegel*, 15(2), 239-248.

³ Koenig, M., Harold G., Tyler J. VanderWeele et Peteet, J. R. (2023). Définitions. Dans Koenig, M., Harold G., Tyler J. VanderWeele et Peteet, J. R., *Handbook of Religion and Health* (3^e éd.) (p. 3-14). Oxford University Press.

et les soutenir constitue un pan majeur de l'accompagnement. Il peut s'agir de relations familiales à distance, de liens communautaires, associatifs ou religieux, parfois mis à mal par la migration et la précarité. Favoriser la réinscription de la personne dans un réseau relationnel participe à rompre l'isolement et à diminuer le risque suicidaire.

Pour conclure, les patients s'adressent souvent à nous comme à un individu et non comme à un professionnel, sollicitant une présence humaine plus qu'une réponse technique. Cette posture implique une attention particulière. Il s'agit donc d'être présent sans se substituer, de soutenir sans créer de dépendance et d'accompagner sans promettre. Cet équilibre constitue un enjeu quotidien de la pratique en Pass. Dans ce contexte, redonner du sens et restaurer les liens constituent des leviers essentiels de prévention du suicide. La Pass, en tant que lieu d'accueil et de continuité du lien, y occupe une place singulière, au croisement du soin, du social et de l'humain. ▶

Christian⁴ a quitté le Cameroun après avoir subi des violences intrafamiliales durant de nombreuses d'années. Lors de son long parcours migratoire, il a été incarcéré plusieurs fois, notamment en Libye, avant de rejoindre l'Europe en traversant la Méditerranée. Épuisé lors de son arrivée en France, il est orienté à la Pass Psy par une Pass généraliste devant des idées suicidaires scénariées par l'ingestion de produits caustiques et la rédaction d'une lettre d'adieu à destination de son fils resté au pays. Il présente un trouble de stress post-traumatique sévère avec un risque suicidaire élevé et une intentionnalité forte dans un contexte de précarité sociale (soit l'isolement et le sans-abrisme). Il verbalise son « envie d'en finir » avec une vie qui ne lui a « apporté que du malheur », mais refuse toute prise en charge hospitalière en mettant notamment en avant une hospitalisation qui s'est mal passée en Italie. Initialement fermé, il accepte cependant de revenir en consultation peu de temps après et d'être rappelé au téléphone « seulement de temps en temps ». « Je sais que vous voulez m'aider, mais vous ne pouvez rien faire pour moi », confie-t-il. Parfois, il passe plus de temps à dormir au chaud en salle d'attente qu'en consultation. Comme sa présence aux rendez-vous est très aléatoire, nous lui avons finalement dit de venir quand il en ressentait le besoin, tout en lui expliquant qu'il ne serait reçu en consultation que peu

de temps et si les conditions le permettaient. Après quelques rendez-vous, il accepte finalement une médication, d'abord de la miansérine (10 mg) pour apaiser son sommeil, puis un traitement de fond, de la sertraline, qui a permis une relative amélioration de son état. Un signalement de sa vulnérabilité majeure lui a également permis d'accéder à un hébergement dans une autre région. Le lien s'est poursuivi quelque temps au téléphone, il repasse d'ailleurs nous voir quand il est de retour à Lyon.

Emmanuel est en France depuis plusieurs années. Il est parti d'Angola après avoir subi des persécutions, notamment de l'emprisonnement et de la torture, car il était opposant au gouvernement en place. Il a été débouté de l'asile et dort dans un campement dans le centre de Lyon. Il est orienté à la Pass par un service d'urgence à la suite d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Il accepte la prise en charge resserrée (soit des consultations hebdomadaires) et le traitement médicamenteux (de la paroxétine, un antidépresseur, et de la cyamémazine [25 mg], un neuroleptique anxiolytique). Sa principale ressource est la religion : il explique en effet que, ne supportant pas les conditions de vie au campement, il part prier dans une église lyonnaise dès le matin et y reste jusqu'à la fermeture. Il est ainsi soutenu par un prêtre, qui l'invigore. « Le père... prie pour moi, il me donne de la force », exprime-t-il. Il prend régulièrement de ses nouvelles et s'assure qu'il suit bien le traitement prescrit : « Il me rappelle de prendre mes médicaments et me dit que c'est bon pour moi. » Malgré le traitement, il décrit des symptômes psychotraumatiques résiduels avec des cauchemars et des flash-back, qu'il arrive à apaiser en se rendant à un groupe de prière. Il explique, en effet, que cela lui permet de partager sa peine avec d'autres personnes qui le comprennent. Ce soutien était un facteur rassurant, cela lui apportait des bases suffisantes et une stabilité pour l'orienter vers une psychothérapie centrée sur le psychotraumatisme, malgré ses conditions de vie précaires. Grâce à l'entremise de cet homme d'Église, il est hébergé chez une famille habitant à la campagne où il s'occupe d'un homme âgé et malade.



1 Vaiva, G., Ducrocq, F., Jehel, L., Genest, P., Duchet, C., Omnes, C., Rouillon, F. et Roelandt, J.-L. (2007). Psychotraumatismes et risque suicidaire en France : prévalences croisées dans l'enquête SMPG. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2(7).

2 Akbar, R., Arya, V., Conroy, E., Wilcox, H. C. et Andrew Page, A. (2023). *Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Suicidal Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Université de Western Sydney, faculté de médecine.

3 Peak N. J., Overholser, J. C., Ridley, J., Braden, A., Fisher, L., Bixler, J., Chandler, M. (2015). Too Much to Bear: Psychometric Evidence Supporting the Perceived Burdensomeness Scale. *Crisis*, 1, 1-9.

4 Une forme subsyndromique de TPST est une forme de la pathologie où manque un élément d'évitement ou d'hyperveil neurovégétatif ; le syndrome de répétition traumatique (soit les reviviscences ou les cauchemars) est identique à la forme complète.

5 Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. et Struening, E. L. (2001). Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD. *Am. J. Psychiatry*, 158(9), 1467-73.

6 Post, L. M., Feeny, N. C., Zoellner, L. A. et Connell, A. M. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder and Depression Co-Occurrence: Structural Relations Among Disorder Constructs and Trait and Symptom Dimensions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(4), 418-434.

7 Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T. et Sundbom, E. (1998). Suicidal Behavior after Severe Trauma. Part 1: PTSD Diagnoses, Psychiatric Comorbidity, and Assessments of Suicidal Behavior. *J. Trauma Stress*, 11(1), 103-112.

Psychotraumas et suicide

L'impact d'un « trauma psychique » est très important en termes de retentissement psychopathologique individuel, mais également à l'échelle de la société. En France, les prévalences croisées entre le risque suicidaire et les psychotraumatismes ont pu être étudiées en population générale à partir de l'échantillon de 36 000 sujets de l'enquête « Santé mentale en population générale » du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé¹. En prenant en compte le mois écoulé, 0,7 % de la population présentait les critères complets d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) et 4,6 % de la population française avait été exposée à un événement au cours duquel un être humain avait ou aurait pu périr, souffrait par moments de reviviscences de la scène traumatique et présentait au moins un élément de retentissement psychopathologique actuel (tels qu'un trouble du sommeil, des cauchemars, de l'évitement ou de l'hyperveil neurovégétatif). Parallèlement au psychotrauma, un risque suicidaire modéré à élevé concernait 4 % de l'échantillon global, chiffre par ailleurs très comparable aux données d'autres cohortes internationales. Ce risque suicidaire était quatre fois supérieur en cas de psychotrauma associé, ces derniers déclarant, par ailleurs, quinze fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé.

Les comportements suicidaires compliquent souvent l'évolution des PTSD

Cette notion de lien entre psychotraumatisme et comportement suicidaire semble partagée par tous, elle est retrouvée tant en population générale qu'en population exposée (par exemple, auprès des anciens combattants, des personnes accidentées ou des victimes civiles d'agression) : le rapport de risque est de 2,09 pour les décès par suicide, de 4,05 pour les tentatives de suicide et de 2,91 pour les idées suicidaires dans la méta-analyse de 2023². Chez les militaires engagés dans les conflits modernes depuis le Vietnam (tels que l'Irak ou l'Afghanistan), nous déplorons plus d'hommes décédés de suicide au retour des opérations que tués sur les lieux du combat³. À partir de la cohorte des 9 400 sujets du National anxiety disorders screening day, parmi les 2 600 sujets présentant au moins un symptôme traumatique depuis au moins un mois, les auteurs relèvent une relation linéaire entre le nombre de symptômes psychotraumatiques et la fréquence de l'idéation suicidaire. Nous avons nous-même étudié ce lien entre traumas et conduites suicidaires ultérieures chez des victimes d'accidents de la route suivies

pendant un an. En rapprochant l'existence d'idées suicidaires « modérées » à « importantes », avec les dimensions explorées à la Caps (Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 [Échelle d'évaluation du TSPT administrée par un clinicien pour le DSM-5]), nous notions un lien positif avec les dimensions suivantes : la souffrance psychologique lors de l'exposition à des déclencheurs, le sentiment de futur amputé, les difficultés à s'endormir ou à rester endormi, mais surtout l'irritabilité et l'accès de colère (cette dimension étant très dépendante du climat sérotoninergique chez le sujet).

Surtout, le psychotrauma retentit souvent profondément sur la quantité et la qualité du sommeil. Les personnes peuvent être confrontées à des cauchemars traumatiques bien sûr, mais nous décelons parfois une volonté du sujet d'éviter le sommeil et ainsi le rendez-vous avec les reviviscences traumatiques. Les prises d'alcool altèrent également la structure du sommeil. Cette dette quantitative et qualitative de sommeil est associée constamment à un risque suicidaire plus élevé. Nous pouvons dire cliniquement que le risque suicidaire est majeur après trois nuits sans réel sommeil.

Ce même risque apparaît tout aussi augmenté chez les sujets présentant une forme subsyndromique de TSPT⁴, au moins aussi fréquente que les tableaux cliniques complets. Randall D. Marshall montrait bien cet important fait clinique, précisant en plus que cette constatation persistait quand on prenait le soin d'ajuster les comparaisons sur le niveau de comorbidité dépressive⁵.

Les sujets souffrant d'un trouble anxieux présentent classiquement un risque suicidaire supérieur à la population générale. Contrastant avec la majorité des comportements suicidaires rencontrés chez les personnes anxieuses qui interviennent en cas d'épisode dépressif concomitant, il n'est pas nécessairement retrouvé dans le TSPT de comorbidité à l'origine des comportements suicidaires. Néanmoins, une comorbidité avec un épisode dépressif avéré ou une dysthymie (soit un trouble dépressif persistant) augmente clairement le risque⁶.

Les travaux de Marcello Ferrada-Noli à propos du suivi de réfugiés de différents pays, tous exposés à différents types de traumas, mettaient en évidence les rapports étroits existant entre le type de trauma subi et la méthode de suicide retenue, particulièrement probant chez les victimes de torture⁷. En effet, le risque suicidaire est toujours plus fréquent et plus marqué dans les traumas de type II (soit les traumas répétés), en comparaison avec les traumas de type I (soit la confrontation traumatique unique).

8 *Human design* signifie que le traumatisme comporte une intentionnalité portée par une main humaine; nous opposons ainsi agression et accident.

9 Safarpour, H., Sohrabizadeh, S., Malekyan, L., Safi-Keykaleh, M., Pirani, D., Daliri, S. et Bazyar, J. (2022). Suicide Death Rate after Disasters: A Meta-Analysis Study. *Archives of Suicide Research*, 26(1), 14-27.

10 Le mythe d'Ordaïie est comparable au jugement de Dieu : le sujet prend un risque important pour sa vie, s'il survit, alors il accède à un statut de reconnaissance sociale ou identitaire supérieur.

Les contextes de traumatismes répétés impliquent quasi systématiquement un être humain comme vecteur de la confrontation à la mort. En effet, il est convenu de distinguer « traumatismes post-agression » et « traumatismes post-accidents »; c'est une notion classique dans les pays anglo-saxons de mettre l'accent sur les situations où le trauma est porté par une intentionnalité humaine (le *human design*⁸), en observant deux fois plus de troubles psychotraumatiques dans ces contextes en comparaison des traumatismes accidentels. De plus, ces traumatismes répétés surviennent souvent plus tôt dans la vie et l'altération des références symboliques est beaucoup plus profonde (par exemple, au sujet des incestes, du rapport à l'autre sexe ou à la barbarie).

Cette augmentation des conduites suicidaires est également observée au décours des désastres naturels, en population générale exposée et plus particulièrement chez les hommes; l'augmentation n'était pas retrouvée chez les femmes dans une méta-analyse récente⁹.

Les psychotraumatismes et les conduites suicidaires sont parfois comorbides dans l'évolution d'une troisième dimension

Le cas le plus fréquent est celui des abus sexuels, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Un travail chez des victimes de viol confirme ces données en montrant cependant que l'augmentation des comportements suicidaires n'était retrouvée que chez les femmes présentant un TSPT ou un épisode dépressif comorbide. Chez la femme, les contextes de violences conjugales (d'ordre sexuel, physique ou psychologique) seraient à l'origine des deux types de trouble, psychotraumatique et suicidaire. À propos des effets d'un abus sexuel dans l'enfance sur différents types de devenir, les méta-analyses, en majorité américaines et chinoises, confirment très clairement le lien entre les abus sexuels dans l'enfance et une plus grande fréquence de TSPT, d'épisodes dépressifs ou de comportements suicidaires ultérieurs. Il faudrait 277 études négatives pour invalider ce lien qui ne semble pas affecté par le genre, le statut socio-économique, le type d'abus, l'âge de l'abus, la relation à l'agresseur ou le nombre d'abus. Les traumatismes ici en question, car ils sont souvent répétés ou altèrent profondément l'être au monde de ces patients, sont plus souvent à l'origine de psychotraumas dits « complexes », troubles qui associent au classique syndrome de répétition des troubles du contrôle des émotions et des impulsions, des troubles de l'image de soi et par voie de conséquence des difficultés de communications interpersonnelles. Les conduites suicidaires y sont plus fréquentes.

Les psychotraumatismes peuvent se soigner, qu'ils soient complexes ou non. Les approches psychothérapeutiques sont à privilégier, même si certains psychotropes sont souvent utiles. Parmi les psychothérapies, celles dites « centrées sur le trauma » sont des thérapies de réexposition du sujet à la confrontation traumatique. Ces temps de réexposition sont à préparer soigneusement; il faut travailler avec les patients à ce qu'ils soient aptes à gérer ces temps forts; particulièrement dans les cas de traumatismes

complexes où ces phases dites « de stabilisation » peuvent durer plusieurs mois, voire s'éterniser... Là en particulier, la présence d'idées suicidaires, ou un risque suicidaire même relatif, fait reculer le temps de cette phase de traitement d'exposition pourtant centrale vers le rétablissement. Un espoir réel est porté par les nouvelles pratiques de soins, intensives et intégrées, qui condensent sur une période de deux semaines les différentes phases de traitements psychothérapeutiques. Dans ces pratiques, la présence d'idées suicidaires (certes modérées) ne diffère pas la prise en charge.

La synthèse du clinicien

Le lien entre les psychotraumas et le suicide est bidirectionnel, peut-être parce qu'il renvoie dans les deux cas le sujet à la mort. Rencontrer un sujet souffrant de TSPT, c'est toujours évoquer l'existence ou non de pensées ou de menaces suicidaires. Rappelons deux points cliniques importants : 1) contrastant avec les troubles anxieux, le risque suicidaire n'est pas nécessairement lié ici à la comorbidité d'un épisode dépressif; et 2) le niveau de risque suicidaire est à prendre en considération de la même façon et avec la même rigueur pour les sujets présentant une forme incomplète de TSPT.

C'est très souvent également à l'occasion d'un geste suicidaire que le psychotraumatisme peut être mis au jour. Ce cas de figure est tellement fréquent, notamment dans une pratique clinique aux urgences, qu'il doit faire partie des attitudes systématiques d'investigation au réveil des suicidants; l'accès à des soins spécifiques via une tentative de suicide initiale est en effet un classique pour les psychotraumas. Cette étape marque alors la fin d'une certaine tolérance au non-dit dans l'entourage. Le geste suicidaire révélateur d'un trauma est surtout rencontré dans les situations de harcèlement ou de violences conjugales et sexuelles. Quand le non-dit et le non-dicible sont à l'extrême, c'est la mise en acte qui survient. Notons cliniquement la dimension souvent « ordalique¹⁰ » de ces gestes révélateurs : « Puisque je survis, j'ai la possibilité - le droit - d'en parler [du trauma]. » Une attention toute particulière doit être accordée dans deux circonstances : 1) les moments de révélations (par exemple, d'un abus sexuel dans l'enfance ou d'un viol quelques années plus tôt), un moment de remise en question de l'équilibre (même morbide) que le sujet avait trouvé autour du secret; et 2) les phases d'épuisement du sujet en proie aux reviviscences traumatiques, confinant leur existence à un cauchemar éveillé permanent : le manque de sommeil (les troubles de l'endormissement ou la peur de dormir), le cercle vicieux des évitements, le retentissement sur les investissements affectifs, sentimentaux, les hobbies ou le système de valeurs symboliques. Une caractéristique de la co-occurrence des deux troubles est l'aggravation du pronostic des deux dimensions : soit la résistance au traitement du TSPT et la fréquence des répétitions suicidaires de l'autre. Notons le fait clinique toujours grave que réalise le transfert de la fascination du trauma (auquel le sujet est en proie) à une fascination pour la mort, agie dans la répétition des gestes suicidaires; se suicider pour être enfin acteur dans cette confrontation à la mort... ▶

1 Organisation mondiale de la santé. (2025). *Suicide Worldwide in 2021: Global Health Estimates*. OMS.

2 Observatoire national du suicide. (2025). *Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie. Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre. 6^e rapport de l'Observatoire national du suicide*. Dress.

3 Observatoire national du suicide. (2025).

4 Le 3114, numéro national de prévention du suicide, est une ligne téléphonique gratuite, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, permet aux personnes en souffrance psychique d'être mises en relation avec des professionnel·le·s de santé formé·e·s.

5 Notredame, C.-É., Wathelet, M., Morgiève, M., et al. (2022). The 3114: A New Professional Helpline to Swing the French Suicide Prevention in a New Paradigm. *European Psychiatry*, 68(1), e43.

6 Notredame, C.-É., Morgiève, M., Briffault, X. et al. (2020). Prendre soin des jeunes suicidaires jusque sur les réseaux sociaux : le projet ElioS. *L'Information psychiatrique*, 96(5), 340-347.

7 Médiamétrie. (2024). *Les 15-24 ans : des pratiques médias intensives, individuelles et connectées*. Médiamétrie.

8 Agyapong-Opoku, N., Agyapong-Opoku, F. et Greenshaw, A. J. (2025). Effects of Social Media Use on Youth and Adolescent Mental Health: A Scoping Review of Reviews. *Behavioral Sciences*, 15(5), 574.

9 Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S. et Herrman, H. (2016). Social Media and Suicide Prevention: A Systematic Review. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(2), 103-121.

10 Leloup, M., Notredame, C.-É. et Morgiève, M. (2025). À l'avant-garde du care pour la prévention du suicide grâce au numérique. *Soins Psychiatrie*, 45(361), 1-48.

Romain Pérot

Infirmier en pratique avancée et doctorant en psychologie

Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil, GHU Paris psychiatrie & neurosciences Lille Neuroscience & Cognition, Inserm U1172, Université de Lille CNRS, Inserm, Cermes3, Université Paris Cité Groupement d'étude et de prévention du suicide (Geps)

Charles-Édouard Notredame

Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent

Lille Neuroscience & Cognition, Inserm U1172, Université de Lille Pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire, centre hospitalier universitaire de Lille Groupement d'étude et de prévention du suicide (Geps)

Margot Morgiève

Sociologue, chargée de recherche

CNRS, Inserm, Cermes3, Université Paris Cité Groupement d'étude et de prévention du suicide (Geps)

« Être présent à distance » : la relation de soin en suicidologie à l'ère du numérique

En 2021, l'Organisation mondiale de la santé estimait à près de 727 000 le nombre de décès par suicide dans le monde¹. En France, les données les plus récentes du CépiDc - Inserm font état d'environ 9 200 décès par suicide en 2023. Selon l'Observatoire national du suicide (ONS)², le suicide demeure la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans. Depuis 2020, les hospitalisations pour gestes auto-infligés augmentent chez les adolescents et les femmes de moins de 25 ans. En 2022, près d'une adolescente sur quatre en France déclare avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et environ 5 % rapportent au moins une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation au cours de leur vie³.

L'un des piliers de la prévention du suicide consiste à garantir un accès facilité aux soins pour les personnes en détresse. Dans cette optique, la France a renforcé en 2021 sa stratégie nationale de prévention du suicide en créant un numéro national dédié⁴. Il vise à offrir une écoute immédiate, un soutien adapté et une orientation vers les dispositifs de prise en charge les plus appropriés⁵.

Cependant, les plus jeunes tendent à se détourner des modalités traditionnelles d'accès aux services de soins pour privilégier des ressources perçues comme plus accessibles, moins stigmatisantes et plus naturelles dans leur environnement quotidien, comme les messageries instantanées, les réseaux sociaux ou les tchats⁶. L'utilisation de ces espaces numériques est désormais massive : en 2024, 84,7 % des 15-24 ans se connectent chaque jour à Internet, pour près de quatre heures d'usage quotidien, dont 3 h 34 sur smartphone. Plus de la moitié de ce temps

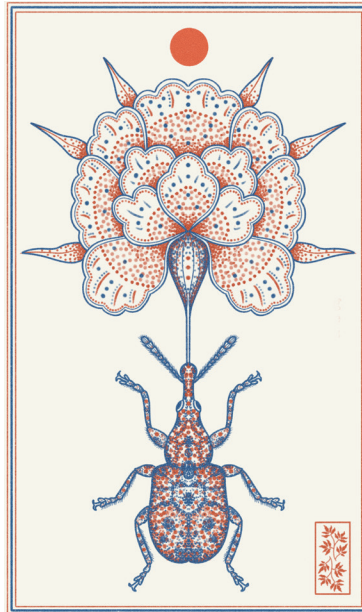
(58 %) est consacrée aux réseaux sociaux, utilisés quotidiennement par plus de huit jeunes sur dix⁷. La littérature récente montre qu'un usage fréquent des réseaux sociaux, présent chez plus de 90 % des adolescent·e·s, est associé à une hausse des symptômes anxieux et dépressifs⁸. Pourtant, ces plateformes constituent aussi des espaces où s'exprime la détresse, où circule du soutien entre pairs et où se déploient des formes de recherche d'aide qui échappent aux dispositifs traditionnels⁹.

Dans cette perspective, une présence soignante dans ces espaces pourrait contribuer à limiter certains risques tout en facilitant l'accès aux soins. Elle interroge cependant profondément les pratiques soignantes : est-ce la place des professionnel·le·s du soin ? Et dans ce cas, comment intervenir dans des espaces qui ne sont pas pensés pour le soin ? Selon quel cadre éthique ? Et comment

préserver la qualité de la relation, centrale en suicidologie, lorsque l'échange est médié par la technologie et soumis aux logiques propres des plateformes ? Cet article propose d'examiner ces enjeux du point de vue soignant, afin de réfléchir à la manière d'être présent·e dans la relation de soin à distance en suicidologie.

Le numérique comme nouvel espace de soins en suicidologie

L'appropriation massive des espaces numériques par les jeunes mène à un premier constat : une part significative de l'expérience de détresse, mais aussi des démarches de recherche d'aide, s'y déploie désormais. Ignorer ces espaces reviendrait, pour la prévention du suicide, à négliger une dimension centrale de l'expérience contemporaine de la détresse





11 Sindahl, T. N., Côte, L.-P., Dargis, L., Mishara, B. L. et Bechmann Jensen, T. (2019). Texting for Help: Processes and Impact of Text Counseling with Children and Youth with Suicide Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1412-1430.

12 Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S. et Herrman, H. (2016).

18

13 Abou Hashish, E. A. (2025). Compassion Through Technology: Digital Empathy Concept Analysis and Implications in Nursing. *Digital Health*, 11, 1-14.

14 Leloup, M., Notredame, C.-É. et Morgiève, M. (2025).

15 Notredame, C.-É. (2021). *Evaluation of the Elios Online Suicide Prevention Program*. Clinicaltrials.gov.

chez les jeunes. Parce qu'il est familier, déstigmatisant et moins menaçant, l'espace numérique facilite l'expression de la souffrance. Manon Leloup¹⁰ décrit cet environnement comme un « lieu tiers », un espace intermédiaire où une forme de présence soignante peut s'établir différemment : plus continue, moins ritualisée, parfois perçue comme plus disponible et moins intimidante par les personnes en crise. L'étude de Trine Natasja Sindahl¹¹, portant sur plus de 6 000 échanges textuels avec la ligne d'assistance pour enfants BørneTelefonen au Danemark, montre que 7,1 % de ceux-ci concernent directement des idées suicidaires. Elle met en évidence que le SMS est une modalité d'aide privilégiée chez les adolescent·e·s, notamment celles et ceux vivant un isolement social ou ayant des difficultés à solliciter les dispositifs traditionnels. Pour les soignant·e·s, intégrer le numérique en prévention du suicide ne consiste pas simplement à transposer les pratiques existantes sur un nouveau support, cela modifie en profondeur les modalités mêmes du care¹². Le numérique redéfinit les conditions d'exercice et invite à reconsidérer ce que signifie « être présent·e » lorsque le lien passe par un écran.

L'empathie numérique comme boussole dans les pratiques soignantes

La notion d'« empathie numérique », développée par Abou Hashish, professeure en sciences infirmières, offre un cadre utile pour penser les pratiques de soin à distance¹³. S'appuyant sur une revue de plusieurs dizaines de publications parues entre 2000 et 2024, l'autrice montre que l'empathie numérique implique une capacité professionnelle à comprendre l'expérience émotionnelle des patient·e·s, à la reconnaître explicitement, et à communiquer cette compréhension à travers un écran, un tchat ou un appel, malgré l'absence de signaux corporels directs. Elle identifie l'authenticité, l'engagement émotionnel, la clarté de la communication, l'adaptabilité, la com-

pétence technologique et la sensibilité culturelle comme autant d'attributs attestant du caractère intentionnel de ce processus empathique.

Elle apporte des repères concrets pour maintenir une présence clinique forte malgré la distance : expliciter ce qui est perçu, clarifier ce qui ne l'est pas, nommer les émotions que l'on comprend, reformuler davantage qu'en présentiel, et ménager des espaces de régulation émotionnelle. Ces éléments complètent les travaux de Trine Natasja Sindahl qui montrent que les comportements les plus aidants pour améliorer immédiatement le vécu des contactant·e·s sont l'encouragement à solliciter une personne de confiance, l'exploration des émotions et l'adoption d'une posture empathique. À l'inverse, les interventions davantage centrées sur le cadrage ou la mise de limites tendent à produire un effet négatif¹⁴. Cette littérature, de plus en plus fournie, doit servir de guide pour la mise en place de nouveaux dispositifs venant soutenir, voire augmenter l'activité des équipes soignantes.

Un exemple français concret : Elios

En France, le dispositif Elios, développé au centre hospitalier universitaire de Lille, offre un exemple structuré de clinique numérique pensée pour rejoindre les jeunes dans les espaces qu'ils utilisent. Il permet à des web-clinicien·ne·s (psychologues et infirmier·ère·s) d'intervenir directement sur les réseaux sociaux, en combinant soutien émotionnel, guidance motivationnelle et intervention de crise. Le dispositif est pensé pour composer avec les contraintes propres à l'écrit et aux réseaux sociaux, soit la nécessité d'explicitement davantage les émotions perçues, d'assurer la continuité du lien malgré les interruptions, ou encore d'accompagner progressivement les jeunes vers des canaux de communication permettant une meilleure évaluation clinique (par téléphone ou en présentiel).

Elios illustre ainsi comment une présence soignante peut être articulée dans un environnement numérique, à condition d'être rigoureusement encadrée par une formation spécifique, de la supervision, la sécurisation des données et l'évaluation scientifique au sein d'un essai contrôlé randomisé en cours¹⁵. Conçu pour être intégré aux soins de droit commun en cas de résultats probants, Elios fonctionne comme un observatoire privilégié des conditions dans lesquelles le soin en suicidologie peut être déplacé vers les espaces numériques des jeunes.

Conclusion

Face à l'expression massive de la détresse des jeunes dans les espaces numériques, la question n'est plus de savoir *s'il faut y aller*, mais *comment y aller* de manière professionnelle et sécurisée. Les données disponibles montrent qu'une présence soignante peut y être aidante. Ainsi, oui, les soignant·e·s doivent investir ces espaces, non pas en reproduisant les pratiques traditionnelles, mais en développant des dispositifs structurés, évalués et adaptés aux modes de communication des jeunes. ▶

1 Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M. et Zubizarreta, J. R. (2020). Suicide Prediction Models: a Critical Review of Recent Research with Recommendations for the Way Forward. *Molecular psychiatry*, 25(1), 168-179.

2 Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S. et Silverman, M. (2022). Assessment of Suicide Risk in Mental Health Practice: Shifting from Prediction to Therapeutic Assessment, Formulation, and Risk Management. *The lancet Psychiatry*, 9(11), 922-928.

3 Gallien, Y., Broussouloux, S., Demesmaeker, A., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassourret, G., Caserio-Schonemann, C., Du Roscoät, E., Le Strat, Y., Vigilans Collaborators, Sire, D., Tainturier, C.-M., Walter, M., Berrouquet, S., Guillin, O., Fouldrin, G., Boittiaux, G., Courtet, P. et Debien, C. (2025). Outcomes and Cost-Benefit of a National Suicide Reattempt Prevention Program. *Jama Network Open*, 8(8), e2525671.

4 Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H. et Procter, N. (2022). The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Archives of suicide research: Official journal of the international academy for suicide research*, 26(3), 10221045.

5 Stanley, B., Chaudhury, S. R., Chesin, M., Pontoski, K., Bush, A. M., Knox, K. L. et Brown, G. K. (2016). An Emergency Department Intervention and Follow-Up to Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness. *Psychiatric Services*, 67(6), 680-683.

Benoit Chalancon

Infirmier, doctorant en santé publique
Research on healthcare performance (Reshape)
Inserm U1290
Université Claude-Bernard Lyon 1

Tamara Vernet

Infirmière en pratique avancée
Centre de prévention du suicide
Le Vinatier Psychiatrie universitaire Lyon Métropole

Intervention brève de santé en prévention du suicide : la prévention en action

La prévention de la réitération suicidaire est un des axes de la stratégie nationale du suicide. Il s'inscrit dans un changement de paradigme majeur en prévention du suicide. Après des années de recherche, la communauté scientifique dresse un constat d'échec sur sa capacité à développer des stratégies de prédiction du geste suicidaire¹ et prône désormais une stratégie d'évaluation compréhensive de la crise suicidaire avec la mise en place de stratégie de prévention de la crise suicidaire².

Les interventions brèves de santé en prévention du suicide

Dans ce contexte, les interventions brèves de santé peuvent se définir comme des interventions qui interfèrent a minima avec la vie quotidienne des personnes afin de maintenir un lien au long cours. Elles se révèlent particulièrement efficaces pour réduire la réitération suicidaire. Ces interventions peuvent prendre différentes formes : des appels téléphoniques, des SMS, un numéro vert, un plan de protection (*safety plan*) ou encore des contacts par courrier ou cartes postales. En France, le dispositif Vigilans combine plusieurs interventions (soit les rappels téléphoniques, la carte ressource et les cartes postales) dans l'objectif de prévenir le geste suicidaire. Cette intervention offre la possibilité aux personnes ayant réalisé un geste suicidaire de s'inscrire dans une stratégie de veille où des professionnels de santé auront le souci de prendre de leurs nouvelles et de les encourager à aller vers le soin quand cela s'avère nécessaire. Une étude récente démontre l'efficacité de cette stratégie avec une diminution de 38 % de la réitération suicidaire à un an³. Aux États-Unis, ces dernières années, Barbara Stanley et Gregory K. Brown, tous deux professeurs de psychologie, ont développé et évalué une intervention brève de santé en prévention du suicide : le plan de protection.

Le plan de protection

Le plan de protection est une liste de stratégies coconstruite entre la personne ayant réalisé un geste suicidaire et un professionnel de santé formé à l'outil. S'inscrivant dans une prise en charge globale, le plan de protection vise à accompagner la personne en crise suicidaire à travers la mise en place de réponses adaptées à son état de détresse psychologique et à la mise en évidence de ressources disponibles.

Le plan de protection se construit en 6 étapes consécutives.

Étape 1

Les signes annonciateurs d'une crise (tels que des pensées, des images, des humeurs, des situations ou certains comportements)

Cette première étape permet de repérer précocement les manifestations évocatrices d'une crise suicidaire. Plus ces signes sont spécifiques, plus ils seront facilement identifiables par la personne.

Étape 2

Les stratégies d'adaptation interne, soit « Ce que je peux faire pour penser à autre chose que mes problèmes sans faire appel à quelqu'un »

Il s'agit ici d'identifier des stratégies simples, déjà connues, que la personne peut mobiliser seule pour apaiser la tension ou se distraire. Cette étape vise à renforcer l'autonomie et sa capacité d'agir.

Étape 3

Les personnes ou environnements sociaux pouvant me changer les idées

L'objectif est de s'appuyer sur des interactions sociales de distraction qui permettent de rompre l'isolement sans évoquer directement les idées suicidaires. Cela peut inclure des proches, des lieux publics ou des espaces sociaux en ligne.

Étape 4

Les personnes à qui je peux demander de l'aide

Cette étape vise à identifier dans l'entourage les personnes avec qui la personne peut évoquer explicitement ses idées suicidaires et obtenir du soutien. La coconstruction permet de vérifier la disponibilité de ces proches et leur capacité à entendre et à accueillir la demande d'aide.

Étape 5

Les professionnels ou dispositifs que je peux contacter durant une crise

Les professionnels de santé interviennent lorsque les étapes précédentes n'ont pas permis de réduire la crise. Il convient d'évaluer avec la personne les éventuels freins à la sollicitation de ces ressources (tels que des expériences antérieures, l'accessibilité ou la mobilité) afin de favoriser leur activation en situation de crise.

6 Chalancon, B., Leaune, É., Vacher, A., Vernet, T., Vieux, M., Lau-Taï, P. et Poulet, E. (2025). French translation and adaptation of the "safety planning intervention" for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *L'Encéphale*, 51(5), 532-538.

7 Chalancon, B., Toniolo, T., Vacher, A., Poulet, E., Colin, C. et Leaune, E. (2025). *The Mechanisms Underpinning the Effectiveness of Brief Contact Interventions After Suicide Attempts: An Updated Systematic Review* [document soumis pour publication].

8 Fleischmann, A. (2008). Effectiveness of Brief Intervention and Contact for Suicide Attempters: A Randomized Controlled Trial in Five Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703709.

9 Bevione, F., Panero, M., Abbate-Daga, G., Cossu, G., Carta, M. G. et Preti, A. (2024). Risk of Suicide and Suicidal Behavior in Refugees. A Meta-Review of Current Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Journal of psychiatric research*, 177, 287-298.

10 Vijayakumar, L., Mohanraj, R., Kumar, S., Jeyaseelan, V., Sriram, S. et Shanmugam, M. (2017). Casp - An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. *International journal of social psychiatry*, 63(7), 589-597.

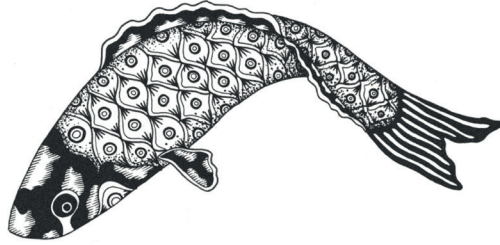
11 Ferguson, M., Posselt, M., McIntyre, H., Loughhead, M., Kenny, M. A., Mau, V. et Procter, N. (2022). Staff Perspectives of Safety Planning as a Suicide Prevention Intervention for People of Refugee and Asylum-Seeker Background. *Crisis*, 43(4), 331-338.

12 Procter, N., Posselt, M., Ferguson, M., McIntyre, H., Kenny, M. A., Curtis, R., Loughhead, M., Clement, N. et Mau, V. (2022). An Evaluation of Suicide Prevention Education for People Working With Refugees and Asylum Seekers. *Crisis*, 43(3), 205-213.

Étape 6

Sécuriser l'environnement en limitant l'accès au(x) moyen(s) suicidaire(s)

Cette dernière étape vise à réduire l'accès aux moyens suicidaires identifiés. La sécurisation peut inclure la mise sous clé ou l'éloignement des objets ou substances à risque, éventuellement avec l'aide d'un proche.



La mise en place collaborative de cette stratégie apporte des données d'efficacité très encourageantes avec une diminution de 45 % des réitérations suicidaires à six mois. Il est également démontré des bénéfices en termes de diminution des idées suicidaires, une réduction des symptômes dépressifs et une fréquentation moindre des services d'urgence au motif d'une crise suicidaire. En parallèle, l'adhésion aux soins s'améliore tout comme la capacité à mobiliser ses stratégies de gestion de stress⁴. Dans des études qualitatives, l'utilité de l'outil, sa facilité d'usage et sa faisabilité dans le contexte du soin sont attestées par les professionnels tout comme par les personnes directement concernées⁵. En France, si l'outil n'est pas inconnu de certaines équipes de soin, son efficacité au niveau national demeure à démontrer. Une étude contrôlée randomisée est en cours pour mesurer l'efficacité du plan de protection lorsqu'il est mis en place par un infirmier des urgences afin de prévenir la réitération suicidaire. Dans ce cadre, une traduction de l'outil en français a été publiée⁶ et rendue librement accessible et téléchargeable. La formation au plan de protection est recommandée par les auteurs Barbara Stanley et Gregory K. Brown. Ils décrivent cette intervention comme une pratique clinique collaborative s'inscrivant dans l'évaluation de la crise suicidaire. Celle-ci mobilise ainsi des compétences cliniques préalables chez les professionnels de santé, notamment en conduite d'entretien, en évaluation de la crise suicidaire, ainsi qu'en connaissances et expérience en prévention du suicide. Si les professionnels de santé sont ainsi un public prioritaire pour recevoir une formation à l'outil, d'autres acteurs (tels que les travailleurs sociaux ou les pairs-aidants), engagés au quotidien auprès des personnes en situation de vulnérabilité, pourraient également en bénéficier. Bien que les modalités de formation à l'outil demeurent peu documentées, une revue de la littérature en cours de publication⁷ suggère un contenu articulant apports théoriques et exercices pratiques, avec un accent particulier mis sur la coconstruction du plan. Ce principe s'inscrit

dans les approches collaboratives en suicidologie, notamment celles développées par David A. Jobes, qui partagent avec Barbara Stanley et Gregory K. Brown l'idée centrale d'impliquer activement la personne dans l'élaboration de stratégies adaptées en situation de crise.

Le plan de protection, une initiative mondiale

L'Organisation mondiale de la santé a été la première lanceuse d'alerte en faveur de la prévention du suicide, tout comme elle fut également à l'origine d'un programme international de recherche dédié à sa prévention en l'an 2000 - le programme Supre-miss. Bien que le plan de protection n'existât pas encore, cet outil repose sur des principes très proches (soit l'identification des signes d'alertes, des stratégies d'adaptation et des contacts d'urgence). Un essai contrôlé randomisé, mené dans cinq pays, conclut à des résultats favorables avec moins de décès par suicide dans le groupe intervention. Ces résultats sont d'autant plus marquants que cette intervention est à faible coût et prouve son efficacité dans des contextes culturellement différents⁸.

Le plan de protection, une approche à explorer pour les populations réfugiées

La dernière décennie a connu une augmentation historique du nombre de personnes réfugiées et demandeuses d'asile. Des données récentes de la littérature scientifique nous alertent sur le fait que les personnes réfugiées présentent des taux de suicide, de tentative de suicide et d'idées suicidaires plus élevés que les personnes vivant dans les pays d'accueil⁹. Bien qu'il existe peu de preuves scientifiques disponibles sur les meilleures stratégies de prévention du suicide à adopter auprès de ces populations, les interventions brèves de santé, et en particulier le plan de protection, sont à ce jour les seules à montrer des résultats. Une étude menée en Inde dans la région du Tamil Nadu auprès de personnes réfugiées a montré l'efficacité du plan de protection avec une diminution significative des tentatives de suicide à quinze mois¹⁰. Dans une étude portant sur le point de vue des professionnels utilisant le plan de protection auprès des personnes réfugiées et demandeuses d'asile, il ressort que celui-ci est perçu comme bénéfique et utile¹¹. Le déploiement de formations à la prévention du suicide, spécifiques aux personnes travaillant avec les personnes réfugiées et en demande d'asile, est par ailleurs en cours d'évaluation par des équipes de recherche¹².

La prévention du suicide évolue vers des approches pragmatiques et centrées sur la personne. Les interventions brèves, et en particulier le plan de protection, s'imposent comme des outils efficaces et perçus comme utiles par les professionnels de santé et les personnes directement concernées. Le défi reste désormais leur évaluation rigoureuse dans le contexte français, mais également auprès de populations spécifiques telles que les personnes réfugiées ou demandeuses d'asile. L'objectif est qu'à terme, leur intégration dans les stratégies nationales de santé publique en prévention du suicide puisse être interrogée. ▶

1 Pirkis, J., Dandona, R., Silverman, M., Khan, M. et Hawton, K. (2024). Preventing Suicide: A Public Health Approach to a Global Problem. *The Lancet. Public health*, 9(10).

2 Organisation mondiale de la santé. (2021). *LIVE LIFE: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries*. Organisation mondiale de la santé.

3 Le site internet Les Ulysses a été mis en ligne en septembre 2025.

4 Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.

5 Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the stories of Illness*. Oxford University Press.

6 Dejours, C. (1998). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil.

7 Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B. et Sonneck, G. (2010). Role of Media Reports in Completed and Prevented Suicide: Werther v. Papageno Effects. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(3), 234-243.

Émilie Sauvaget

Psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique et sociale

Membre associée du laboratoire Caps

Université de Poitiers

Coordination territoriale 17 Nord, promotion santé mentale et prévention du suicide

Groupe hospitalier Littoral Atlantique

Les Ulysses® : récits de vie, reconnaissance et lien social en prévention du suicide

En France, la prévention du suicide s'est renforcée ces dernières années avec des dispositifs comme le 3114 ou Vigilans. Ces outils sont indispensables pour l'accès à l'aide et la continuité des soins, mais ils demeurent centrés sur la crise et la gestion du risque. Ils donnent rarement à voir, dans l'espace public, des trajectoires présentant des chemins pluriels de rétablissement. Or la suicidabilité ne renvoie pas seulement à une souffrance individuelle, elle s'inscrit dans une histoire : elle engage des ruptures de lien, d'appartenance et d'histoire. C'est à partir de ce constat qu'a émergé, en 2022, le programme Les Ulysses®, au sein des coordinations de prévention du suicide du Poitou-Charentes.

Pourquoi des récits de vie en prévention du suicide ?

Le projet part d'une hypothèse clinique : raconter son parcours de vie dans un cadre éthique, accompagné et reconnu peut avoir un effet protecteur pour les personnes en souffrance qui vont l'accueillir. Les Ulysses® proposent ainsi une constellation de récits singuliers – agriculteur, étudiant, soignant, policier, pair-aidant, retraité, pilote d'hélicoptère, commerciale – qui ont traversé une crise suicidaire et choisi de la raconter, non comme une fin, mais comme un point d'inflexion. Ces récits donnent à voir des vulnérabilités multiples, tels que l'isolement relationnel, la précarité économique, la fatigue professionnelle, l'effondrement de la valeur de soi et les traumatismes. Ils rappellent que la détresse suicidaire s'enracine souvent dans une désaffiliation et une perte de reconnaissance, plus que dans un trouble individuel pris isolément¹.

Les Ulysses® : un dispositif narratif encadré

Le recueil suit un cadre méthodique, rigoureux : candidature par mail, explicitation détaillée du projet, entretien clinique d'évaluation (notamment afin d'évaluer la distance de la crise depuis plusieurs années, la stabilité, mais aussi les bénéfices et les risques de l'exposition), présentation à un comité pluridisciplinaire de la candidature (composé de psychiatres, psychologues, infirmiers et assistants sociaux), tournage effectué par un journaliste scientifique dans un lieu choisi par la personne, montage, puis relecture collégiale selon les recommandations internationales². Il s'agit de ne pas banaliser, ne pas idéaliser, ne pas détailler de moyens, tout en

rendant visibles des stratégies d'adaptation et des voies d'aide. Le témoin valide la version finale et peut, à tout moment, retirer son témoignage sans justification. Un entretien clinique différé est proposé, accompagné d'un questionnaire spécifique évaluant l'expérience vécue du témoignage (son ressenti, les bénéfices perçus et les besoins éventuels d'accompagnement).

Trois supports complémentaires structurent le dispositif : (1) des témoignages filmés à visage découvert ; (2) des planches illustrées donnant naissance à une bande dessinée clinique relevant de la médecine narrative ; (3) un site internet³ qui rend les récits accessibles. Il associe également un questionnaire destiné aux personnes qui regardent les témoignages, mesurant l'effet perçu sur l'espoir, le sentiment de solitude, la compréhension de la crise et la représentation du rétablissement. L'objectif est la transformation clinique du regard : soutenir l'attention, l'empathie et l'identification sans mettre en danger, offrir aussi aux professionnels un support de psychoéducation et de formation, proposer aux proches et aux aidants des pistes de compréhension de la crise suicidaire.

La clinique du récit et ses effets

Les Ulysses® est un projet qui s'inscrit dans un dialogue avec Paul Ricoeur⁴ : l'identité narrative fonde la possibilité, pour un sujet, de se reconnaître et d'être reconnu. Se raconter, c'est reconfigurer une continuité de soi et rouvrir un horizon d'action. La médecine narrative⁵ souligne, de son côté, que la mise en mots est un acte de soin lorsqu'elle s'effectue dans un cadre d'écoute qualifié. Enfin, la psychodynamique des institutions⁶ rappelle que les collectifs, leurs règles et leurs silences participent de la souffrance ou de sa transformation ; soutenir des espaces de parole partagée est donc une responsabilité clinique et organisationnelle.

Le projet s'appuie sur un corpus de recherches international autour de l'« effet Papageno⁷ », selon lequel l'exposition à des récits de rétablissement peut réduire l'idéation suicidaire, renforcer l'espoir et, dans certains contextes, favoriser la recherche d'aide. Des essais contrôlés et des travaux récents montrent des effets à court terme sur la détresse et l'intention d'aide, à condition que les récits soient authentiques, situés, et qu'ils mettent l'accent sur les ressources et l'accès aux soins. Ces résul-

tats invitent à concevoir la diffusion des récits non comme une communication émotionnelle, mais comme une pratique de soin encadrée, soit l'explicitation des risques, les ressources visibles, la temporalité ajustée, la modération éthique et le droit de retrait permanent pour les témoins.

Aborder la précarité suppose de dépasser la seule dimension économique. Dans les récits, elle apparaît relationnelle (des réseaux fragilisés), institutionnelle (de faibles marges de manœuvre et un sentiment d'abandon), symbolique (la dévalorisation et la honte), parfois territoriale (l'éloignement des ressources). Le projet Les Ulysses® travaille ces précarités en offrant un cadre de parole où la reconnaissance est centrale : la personne n'est pas réduite à un diagnostic ou à un geste, mais reconnue comme sujet parlant. Cette reconnaissance n'est pas qu'intime, elle est sociale et professionnelle. Dans des milieux exposés – tels que le monde agricole, le service public, les premiers recours, la jeunesse – témoigner à visage découvert requalifie l'expérience et ouvre des prises concrètes, soit identifier des signaux précoces, s'autoriser à alerter, nommer ses appuis et activer les réseaux d'aide.

Vers une prévention partagée : transmission, pair-aidance et enjeux collectifs

À court terme, Les Ulysses® développent des outils de psychoéducation à partir des récits (les planches illustrées issues des vidéos, les ateliers coanimés par un professionnel de santé mentale et un pair aidant, des repères pour les proches et les premiers recours). À moyen terme, l'hypothèse d'une pair-aidance encadrée est explorée afin que des réponses différées, non urgentes, soient assurées par des pairs formés et supervisés, en articulation étroite avec les dispositifs de soins existants. L'enjeu n'est pas d'ajouter un réseau social, mais de créer un espace de transmission où l'on passe du témoignage individuel à une culture partagée du soin, lisible, sécurisée et accessible.

Dans un paysage souvent gouverné par la logique du repérage et la promesse technologique, Les Ulysses® rappellent que prévenir, c'est relier : relier des histoires fragmentées, des personnes isolées, des institutions parfois silencieuses. Le récit de vie, lorsqu'il est accompagné, reconnu et transmis, n'est pas un supplément de communication : c'est un acte clinique et un geste de politique publique. Il donne un visage à la prévention, une langue au rétablissement, et une place sociale à celles et ceux qui ont traversé l'épreuve. Les Ulysses® défendent ainsi une prévention narrative, humaine et incarnée, au service de la reconnaissance, de la continuité et du lien social. La mise en récit ne produit pas un « effet » uniforme ;

elle interagit avec l'histoire du sujet, ses ressources, son environnement et la qualité du cadre. Dans Les Ulysses®, le travail d'accompagnement vise à soutenir trois mouvements : (1) une élucidation de l'expérience, nommer ce qui s'est passé, ce qui a aidé, ce qui

n'a pas aidé ; (2) une reconfiguration temporelle, situer la crise dans une trajectoire et non dans une essence ; (3) une transmission, passer du « pour moi » au « pour nous », afin que le récit puisse devenir ressource partagée. Ce triptyque permet d'éviter deux écueils : la confession brute, qui expose sans élaborer, l'idéalisation, qui nie l'ambivalence et les répétitions possibles. Il ne s'agit ni d'héroïser ni de médicaliser la parole, mais d'en faire un lieu d'élaboration soutenue par un collectif.

Rendre visibles des trajectoires de rétablissement, c'est aussi contester certaines représentations sociales du suicide : la fatalité, l'irréversible et

l'idée que « rien ne marche ». Les Ulysses®

documentent des appuis concrets (les soins, les proches, le travail, la créativité, la pair-aidance), des changements pragmatiques (des aménagements, la réorganisation du temps, la réduction de l'alcool ou le retour à l'activité, par exemple), et des découvertes de ressources (des groupes, des associations ou des pratiques corporelles). Ce déplacement du regard, du geste vers les conditions d'existence est cohérent avec une prévention qui intègre la santé mentale, la santé au travail et l'accès aux droits.

Outre le questionnaire placé sous les vidéos proposé aux usagers du site, des entretiens de suivi sont conduits avec des témoins à distance du tournage pour apprécier leur vécu et les effets différés. L'impact d'un tel programme dépend aussi des environnements de vie, soit de la disponibilité des soins, de la densité des réseaux, des conditions de travail, de la précarité du logement et des accès aux droits. Les Ulysses® n'ont pas vocation à compenser les manques structurels ; ils plaident pour des politiques publiques qui renforcent la prévention primaire, la santé mentale dans tous les lieux de vie et la continuité des parcours. La reconnaissance, pour être durable, a besoin d'un tissu social et institutionnel capable d'absorber et d'honorer les demandes d'aide.

Le pari des Ulysses® est modeste et tenace : créer des conditions où une parole rare devient possible, audible et utile. En soutenant la mise en récit et la transmission, le programme cherche moins à convaincre qu'à relier. À relier des sujets, des équipes, des institutions ; à relier des fragments d'existence dans une histoire qui redevient habitable. À cette condition, la prévention du suicide cesse d'être uniquement l'affaire de spécialistes, pour devenir un bien commun, une responsabilité partagée où chacun peut, à son endroit, reconnaître, soutenir et transmettre. ▶



1 Cet article ne reflète pas la position de la Drees et n'engage que son auteur.

2 Il s'agit ici de personnes identifiées comme présentant un problème de santé mentale ou un besoin de soins à partir de leurs recours aux soins enregistrés dans le système national des données de santé (SNDS). Cette méthode de détection exclut toutes les personnes qui présentent bien un trouble mais ne recourent pas ou pas suffisamment aux soins pour être considérées comme telles. Hazo, J.-B., Aubain, L. et Cadillac, M. (2025). Mortalité par suicide : ultime expression des inégalités sociales de santé. Drees, *Études et Résultats*, 1364.

3 Hazo, J.-B., Aubain, L. et Cadillac, M. (2025).

4 Observatoire national du suicide. (2023). *Suicide : mesure de l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 – Effets contrastés au sein de la population et maître chez les jeunes* (p. 273-284). Drees.

5 Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Odile Jacob.

6 Par exemple : Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), 44-58.

7 Faris, R. E. L. et Dunham, H. W. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas: an Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses* (p. 9). Univ. Chicago Press.

8 Baudelot, C. et Establet, R. (2018). Le suicide, un fait social. Dans I. Coutant et S. Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*. CNRS Éditions.

9 Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Flammarion.

10 Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? *Déviante et Société*, 30(2), 203-232.

Valentin Berthou

Adjoint au chef de bureau

Mission recherche,

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques¹ (Drees)

La prévention du geste suicidaire au-delà du médical

Le lien entre le suicide et les pathologies psychiques est établi de manière forte. Parmi les personnes qui mettent fin à leurs jours, 50 % sont porteuses d'un trouble psychiatrique avéré ou ont consommé des psychotropes avant leur décès². Pour l'autre moitié, la santé mentale semble altérée par des éléments qui ne sont pas reconnus comme relevant d'une nature psychiatrique chronique.

Les études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de l'Observatoire national du suicide (ONS) établissent une corrélation statistique robuste entre le niveau de vie des personnes selon leur revenu et le risque de passer à l'acte³. C'est également le cas pour le risque d'hospitalisation à la suite de gestes auto-infligés⁴. Le gradient social montre distinctement que plus les individus sont pauvres et plus ils sont exposés aux risques suicidaires. On peut dès lors considérer que le suicide est une forme de pathologie sociale, au sens où les conditions d'existence dans la société jouent un rôle déterminant sur les comportements individuels.

Le suicide : l'ancrage social d'un acte individuel

Les troubles psychiques peuvent également être reliés à des causes sociales. Le sociologue Alain Ehrenberg⁵ montre ainsi à quel point les dépressions semblent se constituer comme une forme de souffrance psychique prenant naissance dans les transformations contemporaines de la société et les injonctions, parfois contradictoires, qui s'imposent aux individus. D'autres auteurs considèrent que la « maladie mentale » résulterait en premier lieu d'une forme de perturbation sociale qui toucherait prioritairement les plus pauvres, plus exposés du fait de leur manque de ressources pour s'adapter⁶.

Cette relation n'est pas nouvelle, très tôt la sociologie a documenté les effets de la dégradation des conditions matérielles d'existence sur la santé physique et mentale des individus, et donc la relation entre les conditions sociales et la survenue de souffrances psychiques⁷. Plus tôt encore, les travaux fondateurs d'Émile Durkheim ne faisaient du suicide qu'un « fait social » et excluaient – avec l'autorité de la discipline naissante⁸ – toute cause psychique au phénomène.

Cette conception est restée ancrée dans la sociologie qui s'est historiquement donné comme cadre d'étudier les déterminants sociaux qui peuvent altérer la santé mentale. La discipline s'est ensuite prolongée via des travaux plus connus à l'image de ceux sur l'enfermement ou les asiles de Michel

Foucault et Erving Goffman. Mais il est étonnant de constater que la place de la santé mentale est restée globalement minoritaire dans la sociologie et que ces travaux, comme ceux de Roger Bastide dans les années 1960⁹, sont restés au moins jusque dans les années 2010 sans réelle descendance¹⁰.

La difficile articulation d'une lecture sociologique et du sanitaire pour la prévention

Aujourd'hui, l'absence de transversalité entre les approches disciplinaires apparaît encore très marquée dans les études sur le suicide. D'un côté, les sciences sociales axées sur l'explicitation du phénomène par des causes sociales se tiennent à bonne distance des pratiques de soin, nonobstant de nombreux travaux récents sur le care. De l'autre, les acteurs du monde médical, emmenés majoritairement en France par la psychiatrie publique, développent des outils et des protocoles pour prévenir le geste suicidaire ou sa récurrence. Cette approche repose davantage sur un raisonnement probabiliste de la prévalence du risque et adopte une lecture plus individuelle de la pathologie psychique. Elle est devenue majoritaire dans le champ de la suicidologie¹¹.

En contrepoint de ces positions, des chercheurs en sciences sociales ont émis des critiques sur les fondements théoriques de la suicidologie. De leur point de vue, elle tendrait à psychopathologiser¹² et médicaliser¹³ le suicide en occultant ses dimensions sociologiques. Le réseau Critical Suicide Studies Network propose une lecture alternative en introduisant des travaux sur de nouvelles transformations sociales (telles que les injustices sociales liées au néolibéralisme, les injustices de genre, les inégalités raciales ou l'effet de l'anthropocène) visant ainsi à réencadrer la compréhension du suicide dans une analyse politique et culturelle plus large et intersectionnelle¹⁴.

La position centrale de la psychiatrie dans les études sur le suicide est également visible dans l'activité clinique. Bien que de nombreux acteurs médicaux fassent face à des patients en situation de mal-être, la psychiatrie demeure la discipline qui fait autorité pour gérer la crise suicidaire. Le centrage de la prise en charge sur une base médicalisée du mal-être pose question, notamment si l'on considère les éléments évoqués plus haut qui exposent au risque suicidaire, à savoir des déterminants sociaux. N'y a-t-il pas là un paradoxe au fait de proposer une voie médicalisée à la crise suicidaire?

11 La suicidologie est une discipline scientifique de santé publique tournée vers l'action et la prévention du suicide.

12 Aujard, M.-F. (2007). La suicidologie, un outil de gestion du comportement. *Recherches sociographiques*, 48(3), 161-174.

13 Canevascini, M. (2018). La médicalisation des problématiques suicidaires : l'exemple d'un service d'urgence psychiatrique. *Criminocorpus*, (10).

14 Pour une bonne synthèse de ces enjeux, se référer à l'introduction du numéro de *Déviances et Société* (p. 9) : Drongiti, A. et Brossard, B. (2024). Sociologie du suicide : approches contemporaines. *Déviance et Société*, 48(1), 7-20.

15 Canevascini, M. (2009). Accompagner un patient suicidaire. *Pensée plurielle*, 22(3), 99-109.

16 Santé publique France. (s.d.). *Prévention du suicide : Vigilans, un dispositif efficace face au risque de récurrences des tentatives de suicide*. Santé publique France.

17 Voir, par exemple, la discussion à ce sujet dans : Garrec, I. et Vuattoux, A. (2024). Introduction : Interroger la crise de santé mentale des jeunes par le biais des ressources et de leur appropriation. *Agora débats/jeunesses*, 97(2), 46-55.

18 Brossard, B. et Chandler, A. (2022). *Explaining Mental Illness: Sociological Perspectives*. Bristol University Press.

19 Insee. (2025). *Insee Première*, 2063.

20 Observatoire des inégalités. (2021). *Rapport sur les inégalités en France* (4^e éd.). Observatoire des inégalités.

On pourrait aussi se demander si le recours aux services psychiatriques (nécessaire dans de nombreux cas) n'est pas un mésusage par rapport aux causes. En dépit de sa tendance à raisonner sur des éléments de trajectoire individuelle, la psychiatrie considère néanmoins le lien social comme un élément central de protection contre les comportements suicidaires. Dans un travail empirique mené dans des cliniques où étaient hospitalisés des patients suicidaires, l'anthropologue Michela Canevascini a observé que les psychiatres se retrouvent confrontés à ce qu'ils nomment une « pathologie du lien¹⁵ ». Les jalons posés par la sociologie durkheimienne restent donc présents dans les pratiques. Le souci de l'autre et l'importance du lien sont mobilisés pour aiguiller les dispositifs de prévention, à l'image du programme national Vigilans dont l'objectif est de maintenir un contact régulier des patients qui ont été hospitalisés pour une tentative de suicide et de faire baisser sa récurrence¹⁶.

De nouveaux dispositifs pour promouvoir le soutien à la santé mentale

Ces dernières années, les acteurs du soin ont développé de nombreux outils et dispositifs de prévention afin de faire baisser le nombre de suicides, d'hospitalisations pour gestes auto-infligés et leurs récurrences, ou d'atténuer la souffrance pour les personnes endeuillées (postvention). La France s'est même dotée d'une stratégie nationale de prévention qui propose d'articuler différents outils et mesures. Nous souhaitons ici souligner plusieurs aspects et limites qui nous semblent importants.

Le premier est contextuel puisqu'on assiste depuis quelques années à une montée en puissance des problématiques de santé mentale dans l'espace public, sans doute accélérée par la crise du Covid-19. Bien que discutée sur ses fondements et ses contours, la notion se démocratise au point qu'elle a été propulsée pour 2025 en grande cause nationale.



Deuxièmement, l'invitation à prendre soin de sa/la santé mentale et, in fine, à lutter contre les suicides, appelle à un maillage d'acteurs plus large. À ceux, « classiques », que sont les soignants (les psychiatres, les psychologues, ou les médecins traitants, par exemple), les associations de prévention

du suicide et les travailleurs sociaux, s'ajoutent de nouveaux dispositifs qui se déploient afin d'élargir le nombre de personnes concernées, à l'image des formations premiers secours en santé mentale (PSSM), de l'engagement de municipalités à travers les conseils locaux de santé mentale ou les dispositifs de pair-aidance. Ces « dispositifs de santé mentale » visent à renforcer les capacités des organisations, à mieux coordonner leurs actions et à mieux informer les citoyens sur les risques ou les ressources mobilisables.

Troisièmement, il faut souligner la fragilité du secteur psychiatrique qui est en crise. Les moyens dévolus à la prise en charge de pathologies chroniques sont insuffisants. Sans des moyens plus structurels pour faire face, même les stratégies pensées de manière pluridisciplinaires sont sujettes à caution du point de vue de leur capacité à tenir leurs objectifs. Quatrièmement, il existe un risque que ces dispositifs individualisent la question de la santé mentale. S'il semble bénéfique de permettre aux citoyens de mieux gérer leur état mental et d'être attentifs aux autres pour concourir à l'émergence d'une société du care, cette perspective ne doit pas faire reposer toute la charge de la santé mentale sur l'individu. Cinquièmement, une grande partie de ces dispositifs agit selon un mécanisme qualifié en santé publique de prévention « primaire » pour lequel l'objectif est de réduire l'incidence des taux de troubles psychiques. Ce faisant, il s'agit donc d'ajuster les dispositifs médicaux aux populations avec de plus en plus d'acuité.

Réduire les inégalités comme prévention primaire

À la suite de ces observations, il nous faut revenir au point de départ de cet article : pour une grande partie des suicides, les déterminants socio-économiques sont une clé de compréhension majeure du phénomène. Dès lors, c'est sur la base de ces éléments qu'il serait souhaitable de prioriser l'action, d'autant plus que les inégalités sociales en France sont à un niveau historiquement haut depuis trente ans¹⁹.

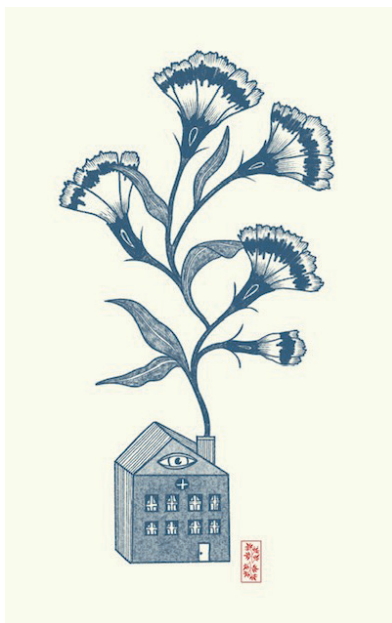
Ainsi, un ambitieux exercice de santé publique consisterait à cibler la réduction des inégalités sociales, et par extension de santé, en diminuant les écarts de niveau de vie. En effet, comme dans d'autres champs de la prévention, les plans spécialisés peuvent s'avérer coûteux et peu efficaces lorsqu'il s'agit de lutter contre les effets négatifs issus des fortes inégalités sociales²⁰. Un des leviers est donc d'augmenter les niveaux de vie des plus faibles pour qu'ils puissent être moins à risques et moins exposés. C'est ce que préconise l'Observatoire des inégalités en s'appuyant sur des constats en épidémiologie et des analyses en sciences sociales.

Ce faisant, il s'agit d'amorcer une transformation plus profonde, préalable à la prévention « primaire » en santé publique, et à même de mieux lutter contre la dégradation des liens sociaux à la base. Une telle opération permettrait sans doute aussi de désenclaver la prise en charge des patients suicidants du secteur médical. Et conférerait une place plus importante à différents acteurs du social à même de construire et d'entretenir ce lien social si protecteur. ▶

Un lien qui retient

Nous travaillons à Briançon, dans les Hautes-Alpes, au sein de l'association Isatis qui accompagne des personnes vivant avec des troubles psychiques. Nous sommes quatre professionnelles au sein d'un habitat inclusif au milieu des montagnes¹. Nous travaillons

dans une logique de partenariat étroit avec le secteur de la psychiatrie, de l'addictologie, ainsi qu'avec les médecins généralistes. Dans le Briançonnais, où les ressources sont rares, cette coopération est indispensable. Chacun joue un rôle dans une chaîne de veille et de soutien. L'objectif est de ne jamais laisser une personne seule dans son parcours, ni les professionnels isolés face à une situation de crise. C'est la qualité du lien entre acteurs qui crée la continuité du soin et du lien social, importante dans la prévention des conduites suicidaires.



Repérer

À Isatis, la souffrance psychique est prégnante. Nous la repérons dans de nombreux signes du quotidien : une porte qui ne s'ouvre pas, un silence prolongé, une attitude qui diffère de celle que nous connaissons si bien. Notre approche repose d'abord sur le lien de confiance, mais aussi sur la place que nous prenons. Nous travaillons à hauteur d'être humain, en partageant souvent un peu de nous-mêmes pour une vraie relation.

Quand une situation nous inquiète, nous essayons d'agir vite et de nous rattacher le plus possible au lien déjà construit. On peut alors agir en équipe, se relayer entre intervenants, se coordonner avec les soignants ou les services d'urgence. Nous essayons de ne pas laisser la personne seule, de maintenir un fil, aussi ténu soit-il. Notre rôle est de redonner de la valeur à la relation lorsque tout vacille, d'aider chacun à se sentir encore exister et peut-être de trouver quelque chose à quoi s'accrocher. Parfois, il suffit d'une petite lueur, d'une main sur l'épaule et ça repousse à plus tard l'envie d'en finir.

Soutenir

Dans notre quotidien, la prévention du suicide ne passe pas par des protocoles mais par une présence constante. Nous avons une place essentielle : celle d'être là, dans la durée, au quotidien, auprès de quelqu'un qui parfois n'a personne. Nous sommes

les dépositaires de leur souffrance, par leurs confidences, leurs vocaux envoyés quotidiennement et leurs mots qui surgissent sur nos téléphones à toute heure du jour et de la nuit.

Le travailleur social peut être le premier témoin d'un changement : un repli, une perte d'élan, un discours qui s'éteint. Parce que le lien existe, nourri de réciprocité, de sincérité, parfois d'attachement, nous sommes capables de repérer quelque chose d'inhabituel, la détresse d'aujourd'hui plus forte que celle d'hier. Notre action repose sur des choses simples : nous savons qu'un mot, un café, un appel, une balade au bord de la rivière peuvent suffire à éviter une rupture. Dans notre service, le collectif joue également un rôle majeur. Nous nous réunissons entre professionnelles et personnes concernées : des groupes de parole, des ateliers d'écriture, des sorties ou des repas partagés, par exemple. Peu importe le support, c'est le rassemblement qui fait sens. Lors de ces temps, les personnes se racontent : elles évoquent leur quotidien, discutent de leurs traitements, se donnent des conseils. Elles échangent leurs souffrances, leurs insomnies, leurs expériences et se rappellent qu'elles ne sont pas seules. Face à la « souffrance de vivre », la prévention du suicide n'est pas un acte ponctuel, isolé, mais une attention de chaque instant, dans la relation humaine.

Lier

Quand une personne appelle au secours, on ne peut s'empêcher de penser qu'il y a une part de chance : nous étions disponibles, joignables, pas en plein milieu de la nuit. Dans un territoire comme le nôtre, avec des distances importantes et auprès d'une petite équipe, ces « bonnes conditions » ne sont jamais garanties. Il y a quelques semaines, le téléphone de Cloé, travailleuse sociale, sonne. Harry² que nous accompagnons depuis un an, nous informe qu'il est en haut du pont d'Asfeld. Ici, tout le monde sait que de là-haut on ne se rate pas. À cet instant de bascule, dans une détresse immense, il a composé notre numéro. Pas celui de sa famille. Pas celui des urgences. Pas celui d'un ami. Il a appelé l'une d'entre nous pour l'empêcher de sauter. Pour demander de l'aide, au moment où demander quelque chose est un effort presque impossible. Parce qu'il nous fait confiance et que nous lui faisons confiance aussi, il a choisi de nous appeler. Nous étions là, nous avons pu répondre. Nous avons pu aller le chercher.

Cette situation nous a rappelé une chose essentielle dans notre travail : dans la prévention du suicide, le lien peut tout changer. Celui que l'on construit chaque jour, chaque moment partagé, chaque petite attention. Celui qui fait qu'au moment le plus sombre une personne pense à nous. Et ce jour-là, ce lien a fait la différence. ▶

¹ Notre travail s'inscrit dans plusieurs dispositifs : le Logement d'abord et Santé, qui propose un accès direct à un logement pour des personnes en situation de vulnérabilité; un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) et un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), qui soutiennent les personnes dans leur parcours de rétablissement, leur santé et leur vie sociale.

² La personne citée est anonymisée.

1 Durkheim, É. (2007). *Le Suicide : Étude de sociologie* (S. Paugam, dir.). Presses universitaires de France.

2 Besnard, P. (1997). Mariage et suicide : La théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle. *Revue française de sociologie*, 38(4), 735-758 ; Chauvel, L. (1997). L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : Effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? *Revue française de sociologie*, 38(4), 681-734.

3 Autès, M. (2011). Le suicide : Une catégorie frontière. *Sociologie Santé*, 34, 117-139 ; Giddens, A. (1966). A Typology of Suicide. *Archives européennes de sociologie*, VII(2), 276-295 ; Halbwachs, M. (2002). *Les causes du suicide* (S. Paugam et M. Mauss, dir.). Presses universitaires de France.

4 Maris, R. (1971). Deviance as Therapy: The Paradox of the Self-Destructive Female. *Journal of Health and Social Behavior*, 12(2), 113-124 ; Miller, D. H. (1970). Suicidal Careers : Case Analysis of Suicidal Mental Patients. *Social Work*, 15(1), 27-36 ; Taylor, S. (1978). The Confrontation with Death and the Renewal of Life. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 8(2), 89-98.

5 Mueller, A. S. et Abrutyn, S. (2016). Adolescents under Pressure: A New Durkheimian Framework for Understanding Adolescent Suicide in a Cohesive Community. *American Sociological Review*, 81(5), 877-899.

6 Baudelot, C. et Establet, R. (2018). *Suicide : L'envers de notre monde* (Institut universitaire de technologie 167.3 BAU). Éditions du Seuil ; Campéon, A. (2019). L'envers du vieillissement « réussi » : De la solitude au suicide des personnes âgées en France. *Rhizome*, 74(4), 3-4 ; Canetto, S. (2008). Women and Suicidal Behavior: A Cultural Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.

Florian Pisu

Chercheur en sociologie

Institut national d'études démographiques (Ined)
Unité 12 « Mobilité, parcours et territoires »

À quoi sert la sociologie du suicide ?

Si aborder les relations entre suicidabilité, précarité et prévention nous paraît urgent et bienvenu, quelle peut bien être l'utilité de l'approche sociologique à ce sujet ? Il est classique d'introduire l'approche sociologique du suicide en rappelant « l'évidence » selon laquelle celui-ci n'apparaît pas, a priori, comme un objet légitime pour la discipline. Et ce n'est pas parce que la sociologie serait particulièrement absconse. Ce n'est pas plus parce que la population, experte comme profane, y serait réfractaire. La référence au *Suicide* d'Émile Durkheim¹, fondateur de la sociologie française, est d'ailleurs aujourd'hui presque la règle dans les travaux de suicidologie. Pourtant, elle masque deux problèmes importants. D'abord, l'ascendant institutionnel et académique de l'approche médicale et psychiatrique tend parfois à faire de la sociologie un simple auxiliaire. Son utilité s'en trouve dès lors mal reconnue. Ensuite, elle évacue généralement plus d'un siècle de recherche, sans véritablement tirer profit des apports de la discipline. Or il n'y a pas « une », mais « des » sociologies du suicide, pour lesquelles, précisément, les plus-values semblent différentes.

Des sociologies des conduites suicidaires

La sociologie a, depuis bientôt cent trente ans, fait le pari d'analyser les conduites suicidaires pour mettre en évidence les tensions sociales qui bousculent parfois radicalement la vie de celles et ceux pour qui l'ordre des choses ne tient plus de l'évidence. Depuis, une diversité de perspectives jalonne l'histoire de la pensée sociologique, si bien que les approches de la question suicidaire sont désormais pour le moins contradictoires. Une double opposition structure la pensée sociologique sur ces conduites.

Une première opposition, classique, renvoie à la place des acteurs et des structures dans l'explication des processus sociaux impliqués dans les conduites suicidaires. Émile Durkheim a, en la matière, inauguré une démarche subordonnant fortement la place des acteurs et de leur capacité d'action propre, mettant à distance les processus psychologiques ou psychopathologiques susceptibles d'intervenir. La tradition de recherche et d'interprétation qui s'est ensuivie² n'aborde que rarement cette relation.

Or parce que cette tradition s'intéresse peu à la dimension individuelle et aux subjectivités, celles-ci demeurent le privilège des autres disciplines. Si la volonté de dépasser les clivages a maintes fois été formulée³, la démarche sociologique reste marginale et souvent mobilisée comme caution secondaire des approches d'épidémiologie sociale. En sorte que le « social » est réduit à de simples relations interpersonnelles et à des facteurs de risque.

En parallèle à cette tradition, des approches compréhensives du suicide se sont développées dès le début du XX^e siècle. Longtemps ignorées en France, elles s'efforcent d'articuler la question de la subjectivité et de la dimension individuelle des conduites avec celle des normes sociales et de la construction sociale des catégories. Sans pouvoir présenter la variété des perspectives en la matière, il n'est pas inutile de revenir ici sur l'approche interactionniste⁴, qui considère ensemble trois exigences qui nous paraissent essentielles. Dès les années 1970, celle-ci tente en effet de tenir tout à la fois : 1) un effort de déconstruction de la catégorie « suicide » et de définition relationnelle de celle-ci – ne se limitant pas à une définition préalable ; 2) un mode d'explication des conduites suicidaires – ne se limitant pas à l'analyse de sa prévention ou prise en charge ; et 3) l'analyse des réactions sociales



7 Fitzpatrick, S. J. (2022). The Moral and Political Economy of Suicide Prevention. *Journal of Sociology*, 58(1), 113-129; Kushner, H. I. (1993). Suicide, Gender, and the Fear of Modernity in Nineteenth-Century Medical and Social Thought. *Journal of social history*, 26(3), 261-290; Marsh, I. (2010). *Suicide : Foucault, History and Truth*. Cambridge University Press; Millard, C. (2015). *A History of Self-Harm in Britain. A Genealogy of Cutting and Overdosing*. Palgrave Macmillan.

8 Lahire, B. (2002). *À quoi sert la sociologie?* La Découverte.

9 Ruth Cavan en est un autre exemple : Cavan, R. S. (1928). *Suicide*. The University of Chicago Press.

Pour le contexte européen, voir également : Mucchielli, L. et Renneville, M. (1998). Les causes du suicide : Pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930). *Déviance et Société*, 22(1), 3-36.

10 Deux autres processus s'articulent ici pour les sociologues; d'abord, le développement du fonctionnalisme américain, sa critique et le déploiement de nouvelles perspectives sur la déviance; ensuite, l'inscription nouvelle des sociologues dans l'analyse des institutions médicales et de la maladie dans les années 1950. Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*, 3(1), 6.

11 Castel, R. (2002). La sociologie et la réponse à la demande sociale. Dans B. Lahire, *À quoi sert la sociologie?* (p. 67-76), La Découverte.

12 Baril, A. (2020). « Fix society. Please. » Suicidalité trans et modèles d'interprétation du suicide : Repenser le suicide à partir des voix des personnes suicidaires. *Frontières*, 31(2).

comme partie intégrante du processus suicidaire – et non plus seulement comme une réponse, adaptée ou non. Force est de constater que peu d'auteurs et d'autrices tentent aujourd'hui de tenir ensemble ces trois exigences⁵. Certains et certaines proposent en effet des études empiriques et une théorisation du processus suicidaire lui-même, associés ou non à une analyse des enjeux de prise en charge et de prévention⁶. D'autres, davantage historiens et philosophes, analysent les conduites suicidaires comme une construction sociale et politique et questionnent plus radicalement les modalités dominantes de la prévention, ses valeurs comme ses modèles explicatifs⁷.

Si la diversité des approches sur le suicide fait la richesse de la sociologie, elle ne manque donc pas d'entraîner des enjeux épistémologiques et méthodologiques contradictoires. Or ces contradictions ne sont pas sans conséquence sur les apports de la discipline à la recherche et l'intervention sur le suicide en général. L'enjeu d'utilité de la sociologie dépend en effet sensiblement de la perspective proposée, de la manière de construire son objet et des transformations sociales dans laquelle la sociologie évolue.

À quoi servent les sociologies du suicide ?

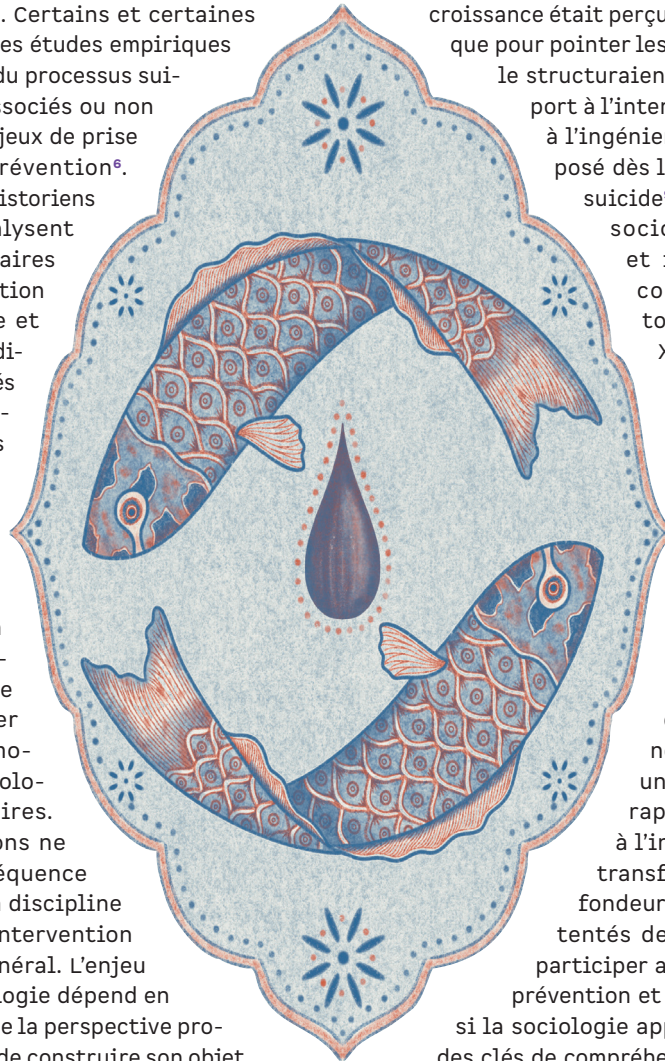
Il y a vingt ans paraissait un ouvrage dont l'ambition était de présenter une pensée réflexive sur l'enjeu d'utilité de la sociologie⁸ – dont nous avons emprunté le titre pour cet article. Dans un esprit proche, nous voudrions modestement exposer quel genre d'enjeux une sociologie du suicide pose en termes d'utilité. Si un tel objectif est quelque peu ambitieux et mériterait un ouvrage en propre, on peut cependant situer deux périodes historiques qui engagent deux rapports distincts au problème de l'utilité.

La sociologie du suicide, avec Émile Durkheim, s'est initialement moins construite sur son utilité vis-à-vis du traitement du suicide que sur l'ambition d'asseoir l'autonomie de la discipline elle-même face aux autres approches. Cependant, celles et ceux qui sont familiers avec Émile Durkheim ont bien montré que sa démarche ne se présentait pas simplement comme une posture distante et neutre vis-à-vis des enjeux sociaux contemporains. L'objectivation sociologique du suicide impliquait en effet de mettre à jour des

mécanismes sensiblement différents des approches psychiatriques. En sorte que ce sont des réformes politiques et sociales qu'il s'agissait d'administrer, moins pour endiguer un phénomène dont la croissance était perçue comme pathologique que pour pointer les désordres sociaux qui le structuraient. Le problème du rapport à l'intervention sociale, sinon à l'ingénierie sociale, s'est ainsi posé dès la première analyse du suicide⁹. Le lien entre analyse sociologique du suicide et intervention sociale connaît cependant un tournant au milieu du XX^e siècle avec le développement de la prise en charge des tentatives de suicide, la montée en puissance des théorisations et de la prévention du suicide à partir des années 1960.

La prévention et la prise en charge deviennent en effet un nouvel objet mais aussi un nouveau terrain¹⁰. Le rapport des sociologues à l'intervention sociale se transforme dès lors en profondeur, les chercheurs étant tentés de – sinon poussés à – participer aux nouveaux modes de prévention et de prise en charge. Or si la sociologie apporte indéniablement des clés de compréhension des mécanismes sociaux du suicide (tels que la précarité, le genre, les classes sociales, l'exploitation et les violences) et que sa contribution à la prise en charge et à la prévention est souhaitable, le risque de perdre son utilité première – qui consiste à interroger les fondements de nos pratiques sociales et institutionnelles – devient problématique. À mesure que la prévention et la prise en charge se sont médicalisées, les mécanismes sociaux ont en effet davantage été intégrés dans une logique précisément médicale, où les catégories de pensée et la démarche préventive elle-même ne sont plus questionnées.

Si répondre à la demande sociale est le principe même de la sociologie¹¹, c'est toujours en questionnant les discours institués. J'ajouterai ici qu'en matière de suicidalité cette exigence doit tenir ensemble tant l'analyse du suicide que sa prise en charge. Maintenir ces trois exigences (l'analyse critique des catégories; l'analyse du suicide; et l'analyse de la réponse sociale) paraît alors non seulement désirable, mais nécessaire, sans quoi la naturalisation des conduites, des enjeux et des types de réponses privilégiées devient inévitable. Le travail d'Alexander Baril, en la matière est d'une utilité toute bienvenue pour qui souhaiterait s'en convaincre¹². ▶



Penser les conduites suicidaires. L'exemple agricole

1 Deffontaines, N. (2019). Suicides d'agriculteurs : sortir du réductionnisme économique. *Sesame*, 6(2), 60.

2 Deffontaines, N. (2019).

3 Gizonzac, V., Breuillard, E., Bossard, C. et al. (2017). *Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011*. Santé publique France.

4 Les données de notre enquête sont issues d'une thèse de sociologie débutée en 2022, avec des méthodes et des données mixtes : une recherche quantitative d'une part (l'enquête Coset 2018 de Santé publique France et de la Mutualité sociale agricole) et qualitative d'autre part (une ethnographie composée d'observations et d'entretiens menés entre 2022 et 2024).

5 Barry, C., Polvêche, V. (2022). Recensement agricole 2020. Surface moyenne des exploitations agricoles en 2020 : 69 hectares en France métropolitaine et 5 hectares dans les DOM. *Primeur*, 13, 1-4; Hervieu, B., Purseigle, F. (2022). *Une agriculture sans agriculteurs. La révolution indécible*. Presses de Sciences Po.

6 Durkheim, É., ((1897) 2005). *Le Suicide. Étude de sociologie*. Presses universitaires de France.

7 Pisu, F. (2023). *Sociologie des conduites suicidaires. Perspectives contemporaines*. Presses universitaires de Rennes.

8 Deffontaines, N. (2019, p. 60).

9 Prévitali, C. (2015). Les conditions du suicide des professionnels agricoles. *Pensée plurielle*, 38(1), 105-121.

10 Davière, R. (2025). Solitudes et violence. Enquête en monde agricole. *Ethnologie française*, 55(2), 16-27.

Le mal-être en agriculture est un fait social qui persiste à travers le temps. En effet, indiquons à ce propos que, depuis les années 1970, les agriculteurs et les agricultrices se placent « en haut de la hiérarchie des taux de suicide par catégorie socioprofessionnelle¹ ». Le sociologue Nicolas Deffontaines remarque que la France ne forme pas une exception en la matière, puisque l'on retrouve ce phénomène dans d'autres pays à l'agriculture industrialisée : au Canada, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande, en Grande-Bretagne ou encore en Australie, par exemple². Les chercheurs et chercheuses du domaine remarquent une pluralité de causes et de configurations des suicides des professionnels. Pour cet article, nous souhaitons nous situer sur un autre axe, en s'intéressant surtout aux formes du mal-être en agriculture. En ce sens, après la présentation de l'inégale répartition des conduites suicidaires du secteur, nous revenons sur quelques-unes de ses expressions partagées par les personnes concernées, afin de noter les adaptations nécessaires en matière de prévention.

Les inégalités sociales du mal-être en agriculture

Nous représentons ici les conduites suicidaires en agriculture pour deux raisons : d'une part parce que nos échantillons répondent aux caractéristiques et aux profils socio-démographiques les plus touchés par le suicide du secteur³ et, d'autre part, parce que l'ensemble de nos enquêtés de l'ethnographie mobilisée reconnaissent au cours de leur parcours des projets ou des tentatives de suicide. Sans l'intention d'homogénéiser ces conduites, nous les réunissons dans cet article afin de rendre compte du mal-être en agriculture depuis le vécu des plus concernés, et considérant l'inégale répartition de la souffrance en agriculture⁴. Les enquêtés sont donc davantage des hommes, issus de la région Bretagne, âgés de 50 à 65 ans, éleveurs de bovins-viande et de bovins-lait notamment, en majorité propriétaires d'une entreprise individuelle, avec des surfaces d'exploitation qui dépassent rarement celles de la moyenne nationale⁵.

L'invariant des conduites suicidaires

L'explication multifactorielle des suicides connaît une tradition ancienne en sociologie⁶, renouvelée depuis la prise en considération des conduites suicidaires⁷, à l'origine, plus généralement, d'une meilleure compréhension du mal-être. Dans le cas plus spécifique des agriculteurs et des agricultrices sont reconnus le caractère plurifactoriel du phénomène et l'aspect dynamique des troubles dans

les parcours de vie. Par exemple, il est possible de noter d'abord une difficulté sociale à la ferme, pouvant ensuite entraîner des troubles économiques, ou inversement ; si bien qu'il devient malaisé d'isoler une cause unique à l'origine des souffrances. Les déterminants, qu'ils soient économiques, sociaux, administratifs, sanitaires, juridiques ou encore physiques, sont variables et cumulatifs, multipliant les configurations possibles, les rendant difficilement généralisables⁸. Sans viser l'exhaustivité, citons quelques situations possibles : difficultés sociales (d'entente entre associés, par exemple) ou financières liées à l'exploitation, tensions en lien avec l'héritage, célibat, divorce, veuvage, incendies, maladies du cheptel, mauvais résultats techniques, contrôles et pénibilités administratives, douleurs physiques⁹. Néanmoins, notons que les agriculteurs et les agricultrices touchés par une période de mal-être importante en lien avec l'activité professionnelle partagent bien souvent une situation similaire : celle de la dégradation progressive de santé mentale durant le parcours de vie¹⁰.



Les expressions sociales des difficultés

Les signes qui préviennent d'une situation de souffrance sont multiples et nous ne traitons pas ici cette dimension. Nous nous concentrons surtout sur deux traits remarquables dans l'expression des

11 Chartier, L. (2015). Les agriculteurs : des précaires invisibles. *Pour*, 225(1), 49-59.

12 Jacques-Jouvenot, D. (2014). Une hypothèse inattendue à propos du suicide des éleveurs : leur rapport aux savoirs professionnels. *Études rurales*, 193(1), 45-60.

13 Ici, nous pensons par exemple au fonctionnement du Réseau national des sentinelles.

14 Ici, nous pensons par exemple au fonctionnement du réseau Solidarité paysans, un des principaux acteurs dans l'accompagnement des agriculteurs et des agricultrices en difficulté en France.

15 En effet, la recherche concurrentielle pour l'accès à de nouvelles terres fragilise les agriculteurs et les agricultrices repérés en difficulté, et dans le même temps les relations sociales entre actifs agricoles.

Hervieu, B., Purseigle, F. (2022).

souffrances depuis notre enquête, sans prétendre offrir une présentation exhaustive. Dans cette voie, nous notons d'une part une souffrance silencieuse, voire indicibles sur le terrain, souvent justifiée par la présence d'une communauté agricole identifiée comme « plutôt taiseuse¹¹ ». D'autres acteurs, de la prévention, de l'accompagnement social, ou encore des sphères professionnelles et intimes, s'accordent souvent pour qualifier de « taiseux » les agriculteurs et les agricultrices en général. Les professionnels en activité n'hésitent pas non plus à mobiliser cette caractéristique pour définir un aspect de l'identité lié au métier et au secteur agricole, tout en regrettant bien souvent cette situation. Depuis le constat de cette souffrance discrète, nous notons surtout de la part des acteurs des stratégies individuelles qui consistent à taire les difficultés afin de poursuivre l'activité agricole et de maintenir l'activité économique de la ferme. Ainsi, d'autre part, nous notons à ce stade des parcours une expérience profonde de la solitude pour les concernés, expliquée

par des sentiments négatifs multiples : de honte liée à l'échec professionnel vécu, ou encore d'inutilité¹² en lien avec le manque de soutien social constaté, entre autres. En effet, pendant leur période de mal-être, les agriculteurs et les agricultrices sont entourés et intégrés dans différents réseaux (tels que les groupes de pairs ou la sphère familiale, par exemple). Cependant, ces relations sociales ne favorisent pas toujours l'expression des difficultés et ne permettent pas nécessairement aux personnes concernées de se sentir soutenues, ce qui a pour effet de rendre difficile l'accompagnement. Par crainte de jugements, de pressions ou de retraits de la part des autres acteurs agricoles et para-agricoles (voire familiaux) notamment, les professionnels sont ainsi peu encouragés à communiquer leurs difficultés.

Les adaptations de la prévention

Nous proposons à présent de revenir sur les dispositifs de prévention et d'accompagnement des professionnels en difficulté du secteur, en considérant les caractéristiques de leurs fonctionnements (sans juger de l'efficacité desdits dispositifs) et ce qui a été précédemment exposé. Cela, afin de mettre en parallèle les expressions sociales des souffrances dans le secteur, et les adaptations des dispositifs. Dès lors, pour faire suite à notre constat non pas de situations d'isolement social mais de différentes relations jugées négatives (car vectrices de mal-être au regard surtout d'une absence de soutien social à disposition) dans les réseaux des agriculteurs et

des agricultrices en difficulté, nous soulignons l'action de former l'entourage des professionnels au repérage des signes de mal-être. À cet effet, des liens qui peuvent servir de leviers pour mieux prévenir et accompagner les situations de souffrance au travail sont créés¹³. Aussi, nous notons également que la démarche d'accompagnement peut s'inscrire dans un environnement désintéressé

jugé utile par et pour les professionnels en souffrance. Pour illustrer, remarquons le fonctionnement de certains réseaux qui proposent des accompagnements depuis des binômes constitués d'un spécialiste (comptable ou juriste, par exemple) et d'un bénévole, la plupart du temps retraité de l'agriculture¹⁴. Cette configuration, en reposant sur le soutien des pairs, permet la confiance et la confiance pour les aidés qui relèvent le désintéressement des bénévoles. Autrement dit, les agriculteurs et les agricultrices en difficulté se confient

plus facilement à des acteurs identifiés comme a priori capables de comprendre les réalités du métier d'agriculteur, tout en étant jugés désintéressés (en n'ayant pas de lien économique ou patrimonial direct ou indirect avec les aidés¹⁵). Plus généralement, les dispositifs de prévention et d'accompagnement cités mettent en avant le sujet de la qualité des liens sociaux des concernés par des situations difficiles, afin d'améliorer le bien-être des travailleurs et des travailleuses.

Conclusion

Nous avons mis en évidence certaines caractéristiques sociales de l'expression du mal-être en agriculture : les difficultés sont inégalement réparties dans les mondes agricoles et demeurent souvent tuées par les professionnels eux-mêmes, qui éprouvent des sentiments de solitude durant cette période. En effet, en raison d'expériences et de relations négatives avec l'entourage, et afin de maintenir l'activité coûte que coûte, les professionnels en souffrance tentent de masquer les troubles, au péril de leur bien-être. Ces constats permettent de mieux comprendre les adaptations des dispositifs de prévention du mal-être du secteur. En isolant quelques traits de leurs fonctionnements, et en réponse aux précédentes remarques, nous avons mis en lumière les efforts de ces réseaux pour offrir des liens sociaux plus aidants, afin de rompre la dynamique observée de silenciation des maux. ▶



État des lieux de la question du suicide des personnes détenues en France

La prison occupe une place centrale dans le système pénal français et celui de nombreux autres pays depuis le début du XIX^e siècle. Elle renvoie d'une part aux pratiques d'enfermement de personnes mises en cause pour une infraction, sous la forme d'une sanction pénale – la peine de privation de liberté – ou d'une mesure de sécurité publique – la détention provisoire –, et d'autre part à la structure d'enfermement associée – l'établissement pénitentiaire.

La prison, une pratique et un lieu d'enfermement

La peine de privation de liberté peut être définie par ses fonctions. La loi pénitentiaire de 2009 affirme que ce régime concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions. Par ailleurs, il existe différents types d'établissements pénitentiaires selon les caractéristiques des personnes détenues. La principale distinction oppose les établissements pour peine, destinés à l'exécution des peines, et les maisons d'arrêt, destinées à la détention provisoire et, par dérogation, à l'exécution des courtes peines.

Au 1^{er} septembre 2025, 84 311 personnes étaient détenues dans plus de 180 établissements pénitentiaires en France, dont 69 % en maison d'arrêt. Cela correspond à 117 personnes détenues pour 100 000 habitants, contre 56 en 1970¹. Parmi ces personnes, 26 % étaient en détention provisoire et 96,1 % étaient des hommes.

Des suicides particulièrement fréquents en prison

En 2024, 141 personnes détenues sont décédées par suicide. Rapporté à la population carcérale, cela correspond à un taux d'incidence annuel de 18 décès par suicide pour une population moyenne de 10 000 personnes. Pour mieux caractériser cette fréquence, on peut la mettre en regard 1) des autres causes de décès; 2) de leur évolution au cours du temps; 3) des autres pays; et 4) des suicides en population générale.

Le suicide est responsable d'environ la moitié des décès de personnes détenues. Concernant l'évolution du taux annuel de suicide depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, il oscillait entre 5 et 10 jusqu'au début des années 1970², puis a grimpé jusqu'à 25

au milieu des années 1990, pour se stabiliser entre 15 et 20 depuis le début des années 2000³. Il n'a donc pas diminué ces dernières décennies, contrairement au taux de suicide en population générale.

La comparaison avec les autres pays montre que la France a un taux de suicide en prison parmi les plus élevés du monde⁴. Le taux médian en Europe en 2023 était de 7,5. Enfin, à âge égal, le taux de suicide en prison est 10 fois plus élevé chez les hommes et 40 fois plus élevé chez les femmes qu'en population générale française.

Des facteurs de risque de suicide en partie spécifiques à la prison

Le constat d'une fréquence particulièrement élevée de suicide en prison rend d'autant plus prégnante la question de ses causes. Celle-ci peut se décliner en de nombreuses questions. Considérons-en deux : 1) Pourquoi le suicide est-il plus fréquent en prison qu'en population générale? 2) Pourquoi certaines personnes détenues décèdent-elles par suicide et pas d'autres?

L'outil statistique ne permet pas d'apporter de réponse univoque et quantifiée à la première question, tant la population carcérale et la population générale sont différentes. Deux modèles explicatifs rudimentaires sont régulièrement invoqués : le modèle d'importation et le modèle de privation. Le modèle d'importation attribue l'excès de suicides à l'importation en prison de personnes qui présentaient déjà un risque de suicide élevé avant leur incarcération. Quant au modèle de privation, il attribue les suicides aux privations imputables à l'emprisonnement. Ces modèles sont souvent présentés comme complémentaires, soulignant ainsi à la fois la vulnérabilité des personnes détenues et les effets néfastes de la prison sur leur santé mentale.

La comparaison des personnes détenues entre elles montre, comme en population générale, que les facteurs liés à la santé mentale, comme les antécédents de gestes auto-agressifs et les troubles psychiatriques, sont généralement les plus fortement associés au suicide⁵. En revanche, contrairement à la population générale, les marqueurs individuels de précarité ne sont pas des facteurs de risque de suicide. Des études ont même retrouvé un risque de suicide augmenté chez les personnes détenues avec une situation socio-économique plus favorisée. Les hypothèses explicatives avancées renvoient ici aussi aux modèles de privation et d'importation. D'une

1 Comparaison pour la France métropolitaine, en l'absence de données France entière disponibles pour 1970.

2 Tous les taux de suicide sont donnés pour une population moyenne de 10 000 personnes et par an (soit pour 10 000 personnes-années).

3 Duthé, G., Hazard, A. et Kensey, A. (2014). Suicide des personnes écrouées en France : Évolution et facteurs de risque. *Population*, 69, 519549.

4 Mundt, A. P., Cifuentes-Gramajo, P. A., Baranyi, G. et Fazel, S. (2024). Worldwide Incidence of Suicides in Prison : A Systematic Review with Meta-Regression Analyses. *The Lancet Psychiatry*, 11(7).

5 Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J. et Fazel, S. (2021). Risk Factors for Suicide in Prisons: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet Public Health*, 6(3).

6 Guignard, L. (2020). Enfermement et suicide sous la III^e République : Le paradigme de la discipline. Dans L. Guignard, *Enfermements. Volume II : Règles et dérèglements en milieu clos (IV^e-XIX^e siècle)* (p. 375391). Éditions de la Sorbonne.

7 Cliquennois, G. et Chantraine, G. (2009). Empêcher le suicide en prison : Origines et pratiques. *Sociétés contemporaines*, 75, 5979.

8 Carton, B. et Lécu, A. (2024). *Les soins en prison : Quelle réalité derrière les murs ?* Hygée éditions.

9 Article L223-7 du Code pénitentiaire.

part, les privations liées à la prison seraient plus éprouvantes pour les personnes les mieux dotées auparavant, et, d'autre part, ces dernières seraient d'autant plus sélectionnées sur leur vulnérabilité qu'elles sont sous-représentées en prison. Enfin, des facteurs de risque spécifiques à la prison ont également été mis en évidence. C'est le cas de la détention provisoire, des infractions les plus graves, de l'encellulement individuel ou encore de l'isolement au quartier disciplinaire ; ce dernier, où survient 1 suicide sur 7, est associé à une multiplication du risque de suicide par 20 par rapport au régime de détention ordinaire.

Prévenir le suicide en prison

Des pratiques institutionnelles de recensement et de prévention du suicide en prison ont été documentées dès la première moitié du XIX^e siècle. Le suicide était assimilé à une évasion et la prévention du suicide était un moyen d'assurer l'exécution des peines⁶. La reconnaissance progressive d'un droit à la santé des personnes détenues au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, qui s'est accompagnée de l'entrée des soignants en prison, ainsi que la définition du suicide comme problème de santé publique en population générale, ont contribué à faire reconnaître le suicide des personnes détenues comme un problème de santé publique. Il a été inscrit à l'agenda des politiques de santé publique dès les premiers programmes de prévention du suicide, au tournant du XXI^e siècle.

Aujourd'hui, la loi défend un principe d'équivalence de qualité et de continuité des soins entre population carcérale et population générale. Les personnes détenues sont affiliées au régime général de la Sécurité sociale et leurs soins constituent une mission du service public hospitalier. Les soins « ambulatoires » de psychiatrie sont dispensés dans la quasi-totalité des prisons. L'hospitalisation de jour en psychiatrie est également située dans l'enceinte d'une bonne vingtaine d'établissements pénitentiaires. Quant à l'hospitalisation complète, elle a lieu en hôpital psychiatrique. Historiquement réalisée sous escorte dans des unités de psychiatrie classiques, elle se déroule de plus en plus dans des unités spécifiques aux personnes détenues.

L'accès aux soins psychiatriques participe du dispositif sanitaire de prévention du suicide des personnes détenues. Ce dispositif comprend également différentes formations destinées aux personnels sanitaire et pénitentiaire (repérage du risque suicidaire, évaluation, intervention de crise, premiers secours en santé mentale). Par ailleurs, plusieurs mesures mises en œuvre en population générale sont en cours de déploiement en prison, tels que le dispositif Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide et le numéro national de prévention du suicide 3114.

Cependant, en prison, l'administration pénitentiaire reste aujourd'hui un acteur clé de la prévention du suicide. Le personnel pénitentiaire est en première ligne face aux comportements suicidaires, il est un intermédiaire incontournable pour les soignants,

et l'institution carcérale met en œuvre ses propres programmes de prévention. Si la culture de la santé infuse en prison et suscite des collaborations entre acteurs sanitaires et pénitentiaires, la prévention du suicide doit également composer avec les logiques de fonctionnement propres à la prison.

Premièrement, la prison peut contribuer au risque suicidaire. On a vu, avec le modèle de privation, que la prison peut être néfaste pour la santé mentale des personnes détenues. Cet effet sur la santé mentale est en partie recherché par la société, dans la mesure où, d'une part, la peine de prison est une punition, et où, d'autre part, les conditions de vie doivent y être suffisamment mauvaises pour que la peur de finir en prison nous dissuade de commettre des infractions. Il peut également être conçu comme un effet secondaire involontaire de la mise à l'écart destinée à protéger la société, qui de fait isole et désinsère les personnes détenues (de leur famille, du travail ou du logement, par exemple).

Deuxièmement, le personnel pénitentiaire peut présenter des difficultés à identifier le risque suicidaire, dans la mesure où les personnes détenues, placées dans un état de grand dénuement, peuvent avoir recours à des comportements auto-agressifs pour faire valoir une demande⁷. La dimension potentiellement revendicative de ces actes peut alors les conduire à négliger la détresse psychique qui les sous-tend.

Troisièmement, et malgré l'entrée progressive des soins en prison présentée plus haut, le dispositif sécuritaire de la prison entrave l'accès aux soins⁸. À titre d'exemple, les soignants du dispositif Vigilans ne peuvent pas appeler les personnes ayant fait une tentative de suicide comme en population générale, car les appels téléphoniques entrants sont interdits en prison.

Quatrièmement, les principales mesures pénitentiaires de prévention du suicide s'inscrivent dans une culture de la surveillance et du contrôle et ciblent peu la santé mentale. La mesure la plus courante consiste à regarder à l'intérieur de la cellule, à travers l'œilleton de la porte, notamment la nuit. Ce geste hybride est destiné à s'assurer simultanément de l'absence 1) de geste auto-agressif ; 2) de dégradation matérielle ; 3) de tentative d'évasion.

Enfin, encore aujourd'hui, la prévention du suicide peut obéir à des objectifs étrangers à la santé publique. À titre d'exemple, le parlement français a voté en 2016 la vidéosurveillance de certaines catégories de personnes détenues, dont l'évasion ou le suicide pourraient troubler l'ordre public⁹.

En conclusion, même si les décès par suicide des personnes détenues comportent quelques similitudes avec ceux de la population générale, ce groupe à haut risque nécessite une stratégie de prévention adaptée, prenant en compte le cadre contraint et complexe du milieu carcéral. ▶

À LIRE...

Vanhaesebrouck, A. (2024). *Le suicide des personnes détenues en France : État des lieux, facteurs de risque et enjeux pour la prévention* [Thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Nord].

1 De Lange, J., Baams, L., van Bergen, D., Bos, H. M. W. et Bosker, R. (2022). Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *LGBT Health*, 9(4), 222-237.

2 Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.

3 Green, A. E., Price, M. N. et Dorison, S. H. (2022). Cumulative Minority Stress and Suicide Risk Among LGBTQ Youth. *American journal of community psychology*, 69(1-2), 157-168.

4 De Lange J., Baams, L., van Bergen, D., Bos, H. M. W. et Bosker, R. (2022).

5 Jadva, V., Guasp, A., Bradlow, J. H., Bower-Brown, S. et Foley, S. (2023). Predictors of Self-Harm and Suicide in LGBT Youth: The Role of Gender, Socio-Economic Status, Bullying and School Experience. *Journal of public health*, 45(1), 102-108.

6 Pour soutenir cette information, des chercheuses et chercheurs de Nîmes Université ont développé différents livrets explicatifs dont l'un est à destination des parents de jeunes LGBT+. Ceux-ci sont téléchargeables gratuitement sur le site internet du projet de recherche Hope LGBT.

Élodie Charbonnier
Professeure des universités en psychologie
Nîmes Université, APSY-V

Timothée Besse
Étudiant en master 1 de psychologie
Nîmes Université, APSY-V

Mia Foubet
Étudiante en master 1 de psychologie
Nîmes Université, APSY-V

Les facteurs pouvant être impliqués dans le risque suicidaire des jeunes LGBT

De nombreuses études nord-américaines ont mis en évidence que les jeunes lesbiennes, gays, bisexuelle-s, et transgenres (LGBT) présentent des détériorations de santé mentale plus importantes que les jeunes hétérosexuelle-s et cisgenres, ce qui s'illustre notamment par un risque suicidaire plus élevé¹. Selon le baromètre de Santé publique France réalisé en 2017, un constat similaire peut être fait en France où les personnes LGBT ont deux fois plus de risque de présenter des idées et des comportements suicidaires que les personnes hétérosexuelles. À titre d'exemple, ce baromètre montre que la prévalence des tentatives de suicide au cours de l'année est de 2 % chez les femmes lesbiennes et bisexuelles contre 0,4 % chez les femmes hétérosexuelles. Dans la même lignée, 0,9 % des hommes gays et bisexuels rapportent avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année contre 0,3 % des hommes hétérosexuels. Au sein de la communauté LGBT, il apparaît que les jeunes transgenres sont les plus touchés, la prévalence des idées suicidaires au cours de la vie étant d'environ 28 % chez les minorités de genre (cela concerne, par exemple, les personnes transgenres et non binaires).

Facteurs de risques et facteurs de protection du risque suicidaire

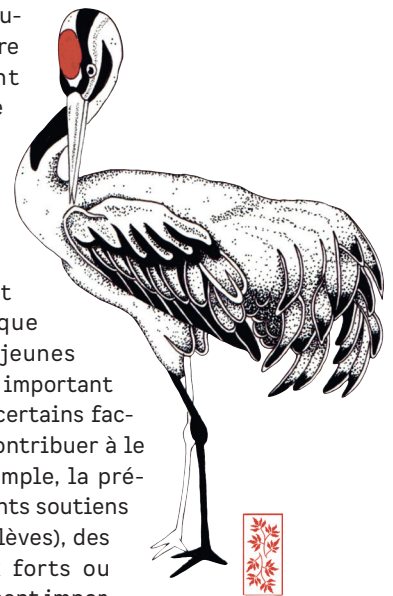
Selon le modèle des stressors minoritaires² qui défend l'idée que les groupes minoritaires seraient plus exposés au stress, le risque suicidaire plus élevé des jeunes LGBT peut en partie être expliqué par les stressors spécifiques (tels que le fait de vivre des discriminations à l'école, d'être rejeté par sa famille au regard de son orientation sexuelle ou de son identité de genre) auxquels ces derniers sont confrontés, et qui viennent s'ajouter aux stressors généraux (par exemple, le fait de passer son permis de conduire ou de passer un examen). Plusieurs études ont démontré que ces stressors étaient associés au risque suicidaire des jeunes LGBT et constituent un important facteur de risque au suicide³. Pour illustration, il a été démontré que les jeunes LGBT qui ont été victimes de préjugés liés à leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, d'intimidations, ou encore de mauvais traitements sont plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires et de faire des tentatives de suicide⁴. Il a également été mis en évidence un effet cumulatif des stressors minoritaires. En effet, l'exposition à au moins quatre types de stressors minoritaires est associée à 12 fois plus de risque de faire une tentative de suicide. Par ailleurs, ce risque suicidaire peut être exacerbé par certains processus psychologiques. Par exemple, une interaction entre l'humiliation, d'une part, la rumination et

le manque de soutien social, d'autre part, viennent majorer le risque de développer des idées suicidaires.

Si l'exposition à des stressors minoritaires peut majorer le risque suicidaire des jeunes LGBT, il est aussi important de préciser que certains facteurs peuvent contribuer à le réduire. Par exemple, la présence de différents soutiens (d'adultes ou d'élèves), des liens familiaux forts ou encore un sentiment important de sécurité à l'école sont associés à un plus faible risque suicidaire chez les jeunes LGBT. Allant dans ce sens, les adolescents LGBT déclarant avoir une expérience scolaire positive ont 40 % moins de risque de tenter de se suicider⁵. Certains processus psychologiques peuvent venir atténuer les conséquences préjudiciables des stressors minoritaires, c'est notamment le cas de l'autocompassion, à savoir la capacité à ressentir de la compassion envers soi-même, à se traiter positivement. Les jeunes LGBT qui présentent de hauts niveaux d'autocompassion expriment moins d'idées suicidaires.

Perspectives préventives

Les stratégies préventives centrées sur la réduction du risque suicidaire des jeunes LGBT doivent se concentrer à la fois sur la réduction des facteurs de risque et sur la majoration des facteurs de protection. Pour ce faire, il est indispensable de promouvoir l'information et l'éducation concernant la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre dans les établissements scolaires, mais également au sein des familles⁶. Il est également essentiel que les établissements scolaires mènent des politiques de lutte contre toutes les formes de discrimination et de harcèlement, et notamment les LGBTphobies. L'instauration de ces politiques permettant à la fois de réduire ces comportements, mais aussi de favoriser le sentiment de sécurité des jeunes LGBT. Enfin, au vu du risque accru pour les jeunes transgenres, une vigilance plus marquée auprès de cette population apparaît essentielle. ▶



1 Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final report* (p. 8). World Health Organization.

2 Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé - Déterminants sociaux et modèles d'action*. Igas; Fassin, D. (2020). *Leçon inaugurale au Collège de France : Les inégalités de vies* [Vidéo]. YouTube; Observatoire des inégalités. (2020). *Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent*;

3 Avis n° A-2022-1 sur les inégalités sociales de santé. (s. d.). *Légifrance*.

4 Haut Comité de la santé publique. (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* (Avis et rapports) (p. 8-9). Éditions de l'École nationale de la santé publique.

5 Sassi, C., Guéguen, R., Moulin, J.-J., Abric, L., Dauphinois, V., Dupré, C., Giordanela, J.-P., Girard, F., Guenot, C., Labbé, É., La Rosa, E., Magnier, P., Martin, E., Royer, B., Rubirola, M. et Gerbaud, L. (2006). Comparaison du score individuel de précarité des centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*, 18(4), 513-522.

6 Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A. et Economou, M. (2014). Suicide, Unemployment and Other Socioeconomic Factors: Evidence from the Economic Crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 394-9; Antonakakis, N. et Collins, A. (2014). The Impact of Fiscal Austerity on Suicide: On the Empirics of a Modern Greek Tragedy. *Social Science et Medicine*, 112, 3950; Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M. et Hadjichristodoulou, C. (2015). What Has Happened to Suicides During the Greek Economic Crisis? Findings from an Ecological Study of Suicides and their Determinants (2003-2012). *BMJ Open*, 5(3).

Kushtrim Bislimi

Psychologue social et du travail

Chargé de mission inégalités sociales et territoriales de santé et postvention individuelle
Pôle national 3114

Lucie Sharkey

Psychologue clinicienne

Inégalités sociales et territoriales de santé, précarité et prévention du suicide : champs d'action et limites du 3114

Les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé entre des groupes d'appartenance à l'intérieur d'un pays et entre les pays¹ ». Elles sont visibles dans le champ de la santé somatique, dans celui de la santé mentale, et structurent l'épidémiologie des conduites suicidaires. Depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978 et la charte d'Ottawa en 1986, les accords internationaux mettent l'accent sur la nécessité de créer des politiques de santé qui tiennent compte de ces inégalités et ont pour objectif de les réduire. Pourtant, sur le territoire français, de nombreux rapports, études ou colloques ministériels alertent sur la persistance de ces inégalités². En 2022, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNDCH) a enjoint le gouvernement à adopter un ensemble de recommandations pour y remédier³. Le sujet est donc porté au niveau international et national. S'il concerne un ensemble de domaines politiques et sociaux qui ont un impact sur la santé, il est nécessaire que les acteurs de la santé le prennent au sérieux.

Le 3114 engage une réflexion au long cours sur cette thématique depuis sa structuration, son ouverture en octobre 2021 et jusqu'à aujourd'hui. La thématique des ISTS dans le champ du suicide implique de s'intéresser à un ensemble divers de déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire de facteurs comme l'âge, le genre et la catégorie socioprofessionnelle qui conditionnent notre santé. Cependant, nous traiterons ici de la prise en compte, au sein du 3114, des enjeux liés à la précarité. Celle-ci peut être définie comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités [...] permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux⁴ ». En ce sens, la précarité ne doit pas être entendue uniquement comme un synonyme de pauvreté, mais comme une insécurité fondamentale, en lien avec un ensemble de données comme l'emploi, le logement, la protection sociale ou les revenus⁵.

La précarité comme facteur de risque en suicidologie

Penser les liens entre précarité et prévention du suicide, c'est tisser ensemble des perspectives sanitaires et sociales. Cela invite à mesurer toutes les manières dont l'activité d'un dispositif de prévention du suicide peut être affectée par son contexte social et politique. Par exemple, de nombreuses études retrouvent une association positive entre la dégradation de l'économie d'un pays et l'augmentation du taux de suicide des habitants du pays⁶. Cette tendance à l'augmentation du taux de suicide se poursuivrait même au-delà de la restabilisation de l'économie, particulièrement dans les populations les plus vulnérables. Quel que soit le contexte économique, les politiques de réduction des protections sociales iraient de pair avec une fragilisation de la santé mentale⁷ et une augmentation des suicides⁸. Ces constats rendent tangible la limite d'un dispositif comme le 3114 : il ne peut modifier à lui seul les déterminants macroéconomiques. Il doit articuler son action avec des stratégies locales, tout en plaidant en faveur d'une interopérabilité plus large visant à rendre effectives les interventions.

PENSER LES LIENS ENTRE PRÉCARITÉ ET PRÉVENTION DU SUICIDE, C'EST TISSER ENSEMBLE DES PERSPECTIVES SANITAIRES ET SOCIALES

En complément, toute réflexion sur la précarité attire l'attention sur certains déterminants sociaux, comme le revenu qui « permet davantage de choix, la possibilité de contrôler ses circonstances de vie, des facteurs susceptibles d'être étroitement liés au degré de stress dans la vie⁹ ». Le groupe professionnel mérite également qu'on s'y attarde : en France, le taux de suicide serait presque trois fois plus élevé chez les employés, notamment les ouvriers, que chez les cadres¹⁰. Un autre enjeu est celui de l'état de l'activité professionnelle (l'emploi, le chômage, l'invalidité ou autre). En effet, le taux de suicide serait presque deux fois supérieur chez les chômeurs que chez les salariés en emploi¹¹ et l'expérience du chômage serait susceptible de fragiliser bien après le fait d'avoir retrouvé un travail. Pour finir, l'étude « Demetriq » met en lumière le différentiel de suicide entre les populations plus éduquées et celles qui le sont le moins, à différents âges de la vie¹².

7 Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bamba, C. et Brown, H. (2021). Effects of Social Security Policy Reforms on Mental Health and Inequalities: A Systematic Review of Observational Studies in High-Income Countries. *Social Science and Medicine*, 272, 113717.

8 Barr, B., Taylor-Robinson, D., Stuckler, D., Loopstra, R., Reeves, A. et Whitehead, M. (2016). 'First, Do No Harm': Are Disability Assessments Associated with Adverse Trends in Mental Health? A Longitudinal Ecological Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(4), 339345; DeSimone, J. (2018). Suicide and the Social Security Retirement Age. *Contemporary Economic Policy*, 36(3), 435450.

9 Lundberg, O., Fritzell, J., Åberg Yngwe, M. et Kölegård, M. L. (2010). The Potential Power of Social Policy Programmes: Income Redistribution, Economic Resources and Health. *International Journal of Social Welfare*, 19(s1), 4.

10 Cohidon, C., Geoffroy-Perez, B., Fouquet, A., Le Naour, C., Goldberg, M. et Imbernon, E. (2010). *Suicide et activité professionnelle en France : Premières exploitations de données disponibles*. Institut de la veille sanitaire.

11 Cohidon, C., Geoffroy-Perez, B., Fouquet, A., Le Naour, C., Goldberg, M. et Imbernon, E. (2010).

12 Lorant, V., Kapadia, D., Perelman, J. et the Demetriq study group. (2021). Socioeconomic Disparities in Suicide : Causation or Confounding? *Plos One*, 16(1).

13 Reiss, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F. et Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic Status, Stressful Life Situations and Mental Health Problems in Children and Adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *Plos One*, 14(3).

14 Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet Psy*, 156(7), 29-34.

15 O'Connor, R. C. et Kirtley, O. J. (2018). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.

Comment intégrer concrètement ces éléments à une activité comme celle du 3114? Tout d'abord en faisant le lien avec nos modèles de compréhension des conduites suicidaires. Mesurer l'impact du revenu sur les possibilités de participer au lien social, c'est l'entendre comme un élément fragilisant du lien social et permet de faire le lien avec la théorie interpersonnelle du suicide de Thomas Joiner. Dans une perspective plus développementale, comprendre que moindre niveau d'éducation et désavantage économique surexposent à des événements de vie adverse depuis le plus jeune âge¹³ met en lumière l'impact

de la précarité sur les trajectoires de vie des personnes suicidaires. Comprendre combien la précarité nécessite une mobilisation continue des ressources permet d'en appréhender le caractère « usant » psychiquement, mais aussi à quel point elle réduit la disponibilité mentale nécessaire à la reconnaissance et à l'expression de la détresse, et diminue la capacité à initier des démarches d'aide¹⁴. Sur le plan théorique, le modèle motivationnel-volitionnel permet de lier ces déterminants sociaux aux processus psychologiques conduisant aux idées suicidaires puis au passage à l'acte¹⁵. Par ailleurs, le concept de littératie en santé, cher aux études en inégalités de santé, permet de comprendre qu'un faible niveau de littératie en santé mentale – donc une plus grande difficulté à se repérer dans les dispositifs de soin et à identifier sa propre souffrance – peut être interprété comme une barrière au soin. Ce constat est à ajouter aux barrières d'accès aux soins psychiques que les soignants connaissent davantage (tels que les stigmates liés à la demande d'aide ou le biais d'autosuffisance, par exemple).

De la compréhension aux méthodes d'application

Au niveau du pôle national du 3114, la prise en compte des enjeux liés à la précarité est donc passée par une exploration de la littérature, un tissage des perspectives sociales et sanitaires et, enfin, une acculturation du champ des inégalités de santé aux modèles de compréhension du suicide. Le 3114 a structuré une réponse en trois temps, soit la conscientisation, l'appropriation et l'intégration. La phase de conscientisation a pour objectif d'acculturer l'ensemble des métiers du dispositif aux enjeux des ISTS et d'identifier l'existence de publics potentiellement manquants parmi les appelants. La phase d'appropriation vise à expliciter la contribution de chaque métier à l'ensemble des professionnels – les répondants, les chargés de missions territoriales,



les assistantes sociales, ainsi que l'ensemble des parties prenantes au sein du 3114. Enfin, l'intégration consiste à inscrire ces principes dans les pratiques de terrain. Concrètement, dans la réponse téléphonique, cela signifie de se rendre compte du niveau de littératie en santé de l'appelant, d'adapter le langage, de prendre en compte les barrières économiques et symboliques à la mise en œuvre des orientations proposées, de mobiliser l'assistante sociale lorsque cela est pertinent et d'appliquer concrètement le principe d'universalisme proportionné. Les personnes vulnérabilisées socialement sont davantage

étayées. Sur le plan territorial, cela renvoie au renforcement des réseaux partenariaux, au ciblage des territoires à forte mortalité par suicide et à l'élaboration d'outils sociotechniques pour soutenir l'action des chargés de missions territoriales.

La posture du 3114 est donc double : être une ressource d'appui immédiate, capable d'accueillir, de soutenir et d'orienter des personnes en grande détresse psychique, tout en s'insérant dans des dynamiques locales visant à réduire l'isolement des publics et à améliorer l'accès aux droits et aux soins. Cela passe également par la création et le déploiement d'outils internes concrets favorisant cette meilleure prise en compte, tels que la rédaction d'un référentiel de bonnes pratiques professionnelles, la mise en place d'une formation nationale, des vignettes cliniques ainsi que des fiches repères. La démarche retenue reconnaît explicitement les limites méthodologiques : il n'est pas attendu du 3114 qu'il démontre une réduction directe des ISTS, mais qu'il documente et évalue les processus mis en œuvre (soit la formation, l'acculturation, la construction partenariale et l'adaptation relationnelle). En ce sens, le dispositif joue un rôle d'interface entre santé publique, action sociale et ressources de proximité, en essayant de faire en sorte que l'universalisme du service ne devienne pas, paradoxalement, une source de reproduction des inégalités.

Pour conclure, l'intervention en prévention du suicide doit conjuguer une haute exigence relationnelle en ligne et une stratégie territoriale active, appuyées sur les déterminants sociaux et territoriaux. Agir dans ce champ, pour le 3114, c'est accepter d'opérer à la fois sur l'immédiateté de la détresse et sur les processus locaux qui en construisent la prévalence, dans une logique d'« universalisme proportionné » et de coconstruction avec les acteurs des territoires les plus fragiles. ▶

1 Santé publique France. (s. d.). *Odissé, open data des indicateurs de santé*. Santé publique France.

2 Eurostat. (s. d.). Recherche « *Décès dus au suicide, par sexe* ». Eurostat.

3 Précisée par l'instruction DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022.

4 Tels que l'Observatoire national du suicide, Santé publique France ou les observatoires régionaux de la santé.

5 En lien avec l'association Nightline.

Pauline Mercier

Chargée de mission prévention suicide

Direction générale de la santé

Stratégie nationale de prévention du suicide et prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé

La prévention du suicide est un axe prioritaire de la politique de santé publique du ministère chargé de la santé. Bien que le taux de suicide soit en baisse tendancielle depuis les années 2000, la France demeure l'un des pays européens présentant l'un des taux les plus élevés, avec 13 suicides pour 100 000 habitants en 2023 contre une moyenne européenne de 10,58. La stratégie nationale de prévention du suicide, action n° 6 de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018, est déployée dans les territoires sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS).

Elle s'articule autour de cinq piliers d'action :

- le maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide, le dispositif Vigilans ;
- des formations au repérage, à l'évaluation du risque suicidaire et à l'intervention de crise auprès des personnes en crise suicidaire ;
- des actions ciblées de prévention des phénomènes de contagion suicidaire ;
- le déploiement du numéro national de prévention du suicide, le 3114 ;
- l'information et la sensibilisation du public à la santé mentale et à la prévention du suicide.

Conformément aux missions de la Direction générale de la santé (DGS) qui la pilote au niveau national, cette stratégie intègre de manière transversale la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) afin de renforcer l'équité des actions de prévention et d'adapter les réponses aux publics et territoires les plus vulnérables.

Amélioration du pilotage de la stratégie et du recensement des données en lien avec les ISTS

Depuis 2023, le pilotage de la stratégie nationale de prévention du suicide a été unifié au sein d'un comité unique, ouvert à l'interministérialité. Ce comité de pilotage rénové vise à renforcer la synergie entre les dispositifs et la mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs concernés par la prévention du suicide. Par ailleurs, afin de mieux objectiver les déterminants sociaux du suicide, des progrès importants ont été réalisés en matière d'épidémiologie depuis la crise de la Covid-19. Les principaux producteurs de données intègrent davantage cette dimension dans leurs travaux. À titre d'exemple, le rapport 2022 de l'Observatoire national du suicide met en évidence un taux de tentatives de suicide de 18,7 pour 10 000 dans le quart de la population ayant le plus faible niveau de vie contre 6 pour 10 000 dans le quart de la population ayant le niveau de vie le plus élevé, soit un risque multiplié par trois.

Adaptation des dispositifs de prévention aux publics les plus en difficulté

Plusieurs dispositifs de prévention du suicide ont été adaptés ou sont en cours d'adaptation afin de mieux répondre aux besoins des populations particulièrement exposées aux ISTS, tels que le dispositif Vigilans pour la population carcérale, les jeunes – en particulier ceux relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) – et les personnes âgées, ou encore le module de formation « sentinelle » pour les étudiants ainsi que pour le monde agricole.

La logique de prise en compte des ISTS a également été intégrée dès la conception du 3114, notamment à travers :

- la présence, au sein des centres répondants, d'un temps dédié d'assistant social ;
- la mise en œuvre d'un module spécifique de formation des répondants et des encadrants du 3114 aux ISTS ;
- la mise en accessibilité du 3114, d'ici 2027, aux personnes sourdes, sourdes-aveugles, aphasiques, présentant un trouble de l'élocution ou une déficience intellectuelle.

Priorisation des actions en fonction des territoires et des publics les plus à risque

La stratégie prévoit une priorisation des actions en fonction des besoins des territoires et des populations les plus exposées. Par exemple, dans le cadre du plan de prévention des phénomènes de contagion suicidaire publié le 28 juillet 2025, les ARS sont chargées d'identifier et de prioriser les milieux de vie et les publics cibles dans le déploiement des actions proposées.

Par ailleurs, certaines associations partenaires de la DGS, telles qu'Empreintes ou la Fédération européenne Vivre son deuil, ont conduit un travail spécifique sur la prise en compte des ISTS, leur permettant d'identifier plus finement les publics concernés et d'adapter leurs modalités d'intervention afin de les prioriser dans leur accompagnement.

Enfin, la DGS déploie des actions transversales visant à réduire les ISTS, au-delà de la prévention du suicide. Deux exemples structurants illustrent cette dynamique : le développement des compétences psychosociales dans tous les milieux de vie dès le plus jeune âge, afin de renforcer la capacité des individus à faire face aux défis de la vie ; et les travaux sur la prescription sociale, qui visent à orienter les patients vers des ressources non médicales (culture, sport, associations, entraide) pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. ▶

1 Observatoire national du suicide. (2025). *Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie. Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - 6^e rapport de l'Observatoire national du suicide*. Drees.

2 Hazo, J.-B., Aubain, L. et Cadillac, M. (2026). Le suicide, trois fois plus fréquent chez les hommes, deux fois plus chez les plus modestes. *Études et Résultats*, Drees, 1364.

3 Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Presses universitaires de France.

4 Madigan, A. et Daly, M. (2023). Socioeconomic Status and Depressive Symptoms and Suicidality: The Role of Subjective Social Status. *Journal of Affective Disorders*, 326, 3643.

5 Alexandre, C., Di Lodovico, L., Szöke, A. et Schürhoff, F. (2021). Défaite sociale et schizophrénie : hypothèses, arguments, mécanismes. *L'Encéphale*, 47(3), 238245;

Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M. et Tarrrier, N. (2011). The Role of Defeat and Entrapment in Depression, Anxiety, and Suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391420.

6 La définition ici retenue est celle de l'Insee, soit une personne née à l'étranger et résidant en France.

Jean-Baptiste Hazo

PhD

Épidémiologiste, responsable santé mentale

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ministère de la Santé

Lucile Aubain

ENS Paris-Saclay

Inégalités de mortalité par suicide, aboutissement des inégalités sociales de santé

U ltime expression de la détresse psychique, les quelque 9 000 suicides annuels représentent environ 2 % de la mortalité masculine et moins de 1 % de la mortalité féminine. Leurs taux varient de 2 pour 100 000 chez les femmes de moins de 25 ans à 85 chez les hommes de 85 ans et plus¹. Bien qu'ils obéissent à des déterminants individuels relativement différents de ceux de la santé mentale et des tentatives de suicide, un certain continuum s'observe entre inégalités sociales de santé mentale et inégalités sociales de suicide.

Origines sociales et origines territoriales

Dans une récente étude menée à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), il apparaît que la mortalité par suicide en France varie du simple au double entre les 10 % les plus aisés et les 10 % les plus pauvres². Une corrélation statistique qui n'est cependant pas strictement linéaire : elle dépend de la composition des groupes situés aux extrémités de la distribution des revenus. L'effet du niveau de vie s'articule notamment avec l'origine migratoire : parmi les individus vivant en France, ceux nés en métropole se suicident plus que ceux nés dans les DOM et à l'étranger. Or les immigrés représentent une proportion importante des foyers les plus modestes, ce qui a pour conséquence de rapprocher les taux de suicide des plus pauvres de la moyenne. En revanche, lorsque l'étude se restreint au champ de la population née en France, les 10 % les plus pauvres présentent le taux de suicide le plus élevé et celui-ci diminue ensuite régulièrement à mesure que les déciles de niveau de vie augmentent.

L'interprétation de ce résultat est à replacer dans les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé. Ce gradient de mortalité par niveau de vie ne doit pas masquer le fait que les conditions matérielles liées aux revenus n'expliquent qu'une part limitée de la vulnérabilité suicidaire. D'autres mécanismes sociaux davantage liés aux conditions symboliques d'existence, produisant néanmoins des

effets très concrets sur les trajectoires de santé, sont à mentionner : 1) le caractère disqualifiant de la pauvreté, celle-ci s'accompagnant de stigmatisation, de déclassement symbolique, et parfois d'un affaiblissement des solidarités³. À l'inverse de la pauvreté préindustrielle, qu'Émile Durkheim identifiait comme protectrice vis-à-vis du suicide, la pauvreté moderne éloignerait des réseaux d'intégration traditionnels, très protecteurs, notamment à travers le soutien social qu'ils assurent; 2) ce soutien social, dont bénéficient davantage les personnes dotées d'un fort capital financier, amortit les crises et protège la santé mentale; 3) le rang social. Au-delà du manque de ressources, le statut social relatif, c'est-à-dire la place que l'on estime avoir dans la hiérarchie sociale, viendrait expliquer une part

importante du lien entre pauvreté, dépression et conduites suicidaires⁴; 4) le sentiment de « défaite sociale » qui, surtout quand il est associé à un sentiment de piège ou d'impasse, entraîne l'apparition de troubles psychiatriques et multiplie les risques de passage à l'acte⁵.

L'origine culturelle ou géographique paraît jouer autant que l'origine sociale. En effet, les taux de suicide varient d'un facteur 10 entre les personnes nées en Afrique subsaharienne, se suicidant très peu, et celles nées en Bretagne, qui présentent

des taux très surélevés par rapport à la moyenne nationale. Ces différences selon le lieu de naissance et la position migratoire font écho à un ensemble de résultats montrant une moindre mortalité par suicide chez de nombreux groupes immigrés⁶, en particulier extra-européens, ce qui est en revanche moins le cas de leurs descendants. Les explications évoquent d'abord l'effet de sélection migratoire : les migrants étant, au moins à court terme, une population en meilleure santé que la moyenne des pays de départ et d'arrivée. Il faut interroger aussi le rôle de normes culturelles et religieuses plus dissuasives vis-à-vis du suicide, et des configurations familiales ou communautaires qui peuvent, paradoxalement, renforcer le soutien social. Ces protections peuvent toutefois diminuer selon la durée de séjour,



7 Tentatives de suicide et automutilations volontaires non suicidaires.

8 Hazo, J.-B. (2025). Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies. *Études et Résultats*, Drees, 1340; Allain, S., Naouri, D., Deroyon, T., Costemalle, V. et Hazo, J.-B. (2024). Income and Professional Inequalities in Chronic Diseases: Prevalence and Incidence in France. *Public Health*, 228, 5564;

Sterchele, C. (2022). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015. *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5^e rapport de l'Observatoire national du suicide*. Drees.

9 Une enquête quantitative sur les violences subies par les femmes et par les hommes a été réalisée par l'Ined en 2015.

10 Scodellaro, C. (2022). Violences sexuelles et tentatives de suicide. Dans *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5^e rapport de l'Observatoire national du suicide*. Drees.

11 Grummitt, L., Baldwin, J. R., Lafoa'I, J., Keyes, K. M. et Barrett, E. L. (2024). Burden of Mental Disorders and Suicide Attributable to Childhood Maltreatment. *Jama Psychiatry*, 81(8), 782-788.

12 Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., et Armour, G. (2019). Relationship between Childhood Socioeconomic Position and Adverse Childhood Experiences (ACEs): A Systematic Review. *J. Epidemiol. Community Health*, 73(12), 1087-1093.

l'acculturation, l'exposition aux discriminations et à la précarité, ainsi que selon les types de parcours migratoires dont la teneur évolue beaucoup, notamment en termes de sécurité.

Outre ces variations selon le lieu de naissance, les taux de suicide augmentent à mesure que le niveau d'urbanisation de la commune de résidence décroît. Ce phénomène de sursuicidalité des territoires ruraux est soutenu par de multiples explications : l'accessibilité aux soins et aux services, l'isolement, mais aussi les normes et tissus sociaux. La littérature met en garde contre une lecture trop rapide : la ruralité agrège des situations hétérogènes, allant de territoires plutôt cohésifs à des espaces de relégation cumulant vieillissement, précarité et déserts médicaux. L'association entre ruralité et suicide est plus nette chez les hommes, ce qui peut renvoyer à des normes de virilité, à l'accès aux armes à feu et à des formes spécifiques d'isolement.

Catégorie socioprofessionnelle, diplôme et structure familiale : des asymétries de genre

Au-delà des revenus, les hommes ne présentent pas le même risque de suicide selon leur catégorie socioprofessionnelle (CSP) : les agriculteurs, les ouvriers et les employés sont plus concernés que les cadres et professions intellectuelles supérieures, y compris à autres caractéristiques constantes (âge, foyer ou revenus, par exemple). Cela renvoie à des expositions professionnelles distinctes. Employés et ouvriers sont plus souvent soumis à des contraintes élevées tout en ayant une faible latitude décisionnelle, une situation nettement identifiée comme un risque psychosocial. Le travail n'est pas uniformément protecteur : l'organisation, la sécurité de l'emploi, la reconnaissance, les conflits de valeurs et la pénibilité sont liés à la santé mentale des travailleurs. À cela s'ajoutent des représentations culturelles : les rapports au corps, à la prévention et au recours aux soins, notamment de santé mentale, diffèrent selon les milieux socioprofessionnels. Parallèlement, l'absence d'activité professionnelle apparaît comme un fort marqueur de vulnérabilité, ce qui s'éclaire par les modèles d'intégration sociale. Elle combine perte de revenus, réduction des contacts sociaux, et souvent dégradation de l'estime de soi.

D'importantes différences de genre se font jour : les marqueurs de réussite professionnelle liés à la CSP et au diplôme protègent les hommes du risque suicidaire alors que ce n'est pas le cas des femmes. En revanche, la composition du foyer, la vie de couple et la présence d'enfants protègent bien les deux sexes, mais davantage les femmes que les hommes. Les ruptures maritales et la solitude sont des éléments qui augmentent le risque mais, parmi ces facteurs familiaux, c'est à la suite d'un veuvage qu'il est maximal, tout particulièrement chez les hommes. Ces contrastes selon le sexe suggèrent que les mécanismes reliant position sociale, place dans le foyer domestique et suicide ne sont pas symétriques. Chez les hommes, une identification plus forte au statut socioprofessionnel accentue l'effet des pertes d'emploi et des déclassements. Chez les femmes, les facteurs de protection et de vulnérabilité peuvent

davantage dépendre de l'articulation entre travail et famille, des ressources relationnelles, et de trajectoires biographiques spécifiques, ce qui rend l'interprétation plus sensible. Cette asymétrie, à interpréter en termes de processus de socialisation sexuellement différenciés plutôt que comme différences naturelles, invite à ne pas projeter un modèle unique de gradient social du risque suicidaire, mais plutôt à raisonner en termes de mécanismes socialement situés et genrés.

Le rôle écrasant des troubles psychiatriques et leurs liens avec la victimation

Le lien prépondérant entre suicide et présence de troubles psychiatriques sévères, déjà bien établi, est réaffirmé : 50 % des personnes décédées d'un suicide avaient des consommations de soin évocatrices d'un trouble psychiatrique ou d'une addiction. Des troubles qui sont eux-mêmes socialement distribués et coproduits par les conditions de vie : précarité, violences, ruptures, exposition aux risques psychosociaux et inégal accès aux soins. La santé mentale apparaît ainsi comme un médiateur majeur des inégalités sociales : pauvreté et défaut de liens sociaux génèrent de la souffrance psychique et, en retour, les troubles psychiatriques génèrent de la pauvreté et de l'isolement par la stigmatisation et les limitations professionnelles et éducatives intrinsèques. Ainsi, il apparaît systématiquement que les ménages les plus pauvres et les catégories socioprofessionnelles les moins valorisées sont ceux qui présentent le plus de troubles psychiatriques, de détresse psychique, de pensées suicidaires ou encore chez qui les taux d'hospitalisation pour un geste auto-infligé⁷ sont les plus élevés⁸.

À ce titre, il faut souligner la part des troubles psychiatriques et des gestes suicidaires à mettre au compte des violences et maltraitements subies, notamment dans l'enfance. Une étude française menée sur les données de l'enquête Virage⁹ retrouvait que plus d'un tiers des femmes de 50 ans ayant subi un viol ou une tentative de viol avant l'âge de 11 ans avait fait une tentative de suicide au cours de leur vie¹⁰. La littérature internationale estime que 20 à 40 % des troubles anxio-dépressifs et des gestes suicidaires seraient causés par des maltraitements dans l'enfance¹¹; et si ces maltraitements sont bien présentes dans tous les milieux, elles sont plus fréquentes chez les plus modestes¹².

Les résultats empiriques récents et la littérature convergent vers une conclusion : le suicide est l'issue d'un parcours biographique façonné par des conditions socioéconomiques. Celles-ci jouent sur la probabilité d'entrer dans des trajectoires de souffrance et d'être repéré, soigné et protégé. En cela, le suicide est un événement socialement structuré. Une lecture en termes d'inégalités sociales de santé conduit à penser la prévention à plusieurs niveaux : les détections et les prises en charge systématiques des agressions, a fortiori dans l'enfance, le renforcement de l'accessibilité et de la continuité des soins en santé mentale, la réduction des ruptures (par l'emploi, le logement, les liens sociaux), une amélioration des conditions de vie des plus modestes et une réduction des risques psychosociaux chez les ouvriers, employés et agriculteurs. ▶

Conduites suicidaires et vulnérabilités sociales, l'urgence d'agir

1 Observatoire national du suicide. (2025). *Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie. Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre. 6^e rapport de l'Observatoire national du suicide.* Drees.

2 Leaune, E., Cornelis, M., Bislimi, K., Chalancon, B. et Oh, H. (2025). Trends in Socioeconomic Inequalities in Suicide Mortality Over the Six Past Decades (1960-2021): A Systematic Review of 49 Time-Trends Studies. *Asian J. Psychiatr.*, 107.

3 Durkheim, É. (2009[1897]). *Le Suicide : étude de sociologie.* Payot.

4 Organisation mondiale de la santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale.* OMS.

5 Ministère de la Santé. (2018). *Feuille de route santé mentale et psychiatrie.* Sante.gouv.fr.

6 Notredame, C. E., Wathélet, M., Morgiève, M., Grandgenèvre, P., Debien, C., Mannoni, C., Pauwels, N., Ducrocq, F., Leaune, E., Binder, P., Berrouguet, S., Walter, M., Courtet, P., Vaiva, G. et Thomas, P. (2022). The 3114: A New Professional Helpline to Swing the French Suicide Prevention in a New Paradigm. *Eur. Psychiatry*, 68(1).

7 Gallien, Y., Broussouloux, S., Demesmaeker, A., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassourret, G., Caserio-Schonemann, C., du Roscoät, E. et Le Strat, Y. (2025). Vigilans Collaborators. Outcomes and Cost-Benefit of a National Suicide Reattempt Prevention

Chaque année, 700 000 personnes dans le monde et 9 000 en France décèdent par suicide. Malgré une baisse continue et significative depuis une trentaine d'années, le nombre de décès par suicide¹ demeure élevé et constitue un enjeu de santé publique majeur. Cela est d'autant plus vrai que cette diminution des décès par suicide se répartit de manière inégale en fonction des territoires et des populations. Les inégalités sociales de mortalité par suicide se sont en effet majorées au cours des soixante dernières années dans le monde, notamment en ce qui concerne les inégalités liées à l'emploi et celles touchant les personnes d'âge moyen². L'absence d'emploi constitue, en effet, un facteur de risque majeur de décès par suicide, de même que les emplois les moins favorisés, ce qui impacte fortement la tranche des 25-65 ans chez qui le suicide constitue l'une des causes les plus fréquentes de décès. De plus, certains pays ou continents conservent des taux élevés de suicide et peinent à instaurer des mesures de prévention, sans compter ceux qui maintiennent des lois criminalisant le suicide. Dans le monde,

75 % des décès par suicide ont lieu dans des pays à faibles ou moyens revenus, notamment en Afrique, en Amérique du Sud ou en Asie où les inégalités sociales sont particulièrement élevées. Les facteurs de risque de décès par suicide comprennent des problématiques de santé mentale (les troubles mentaux, les addictions, les antécédents de conduites suicidaires), mais également de nombreux déterminants sociaux de la santé (l'isolement, le chômage, la précarité et les discriminations). Marques de vulnérabi-

lités sociales, les conduites suicidaires s'inscrivent ainsi fortement dans les réalités sociales et politiques d'une époque et d'un territoire, ce qu'avait démontré le sociologue Émile Durkheim dès la fin du XIX^e siècle³.

Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé⁴, la prévention du suicide nécessite la mise en œuvre de stratégies nationales de prévention du suicide qui s'appuient sur des actions de prévention combinées et coordonnées. L'approche

multimodale doit nécessairement impliquer des actrices et acteurs de différents champs (sanitaire, social, médico-social, éducation nationale, économie, travail), comprendre des actions universelles (dédiées à toute personne présentant des idées suicidaires) et des actions ciblées (dédiées à des populations particulièrement à risque du fait de particularités cliniques ou sociodémographiques). En France, la stratégie nationale de prévention du suicide en cours est opérationnalisée sous la forme de la feuille de route santé mentale 2018⁵, réactualisée en 2021, qui décrit les grandes actions à mettre en œuvre pour poursuivre et accélérer la diminution du taux de suicide, qui reste en France supérieur

au taux moyen en Europe. Le développement d'un numéro national prévention suicide, l'essaimage du dispositif de recontact des personnes suicidantes, la formation au repérage de la crise suicidaire et la prévention de la contagion suicidaire constituent notamment les axes forts de la stratégie. Créé en octobre 2021, le numéro national de prévention du suicide, le 3114, s'inscrit pleinement dans cette stratégie⁶. Aujourd'hui, 18 centres répartis dans les territoires métropolitains et ultramarins



Program. *JAMA Netw. Open.*, 8(8).

8 Site internet de la plateforme Espoir.

9 Leaune, E., Bislimi, K., Lau-Taï, P., Rouzé, H., Chalancon, B., Lestienne, L., Grandgenevre, P., Morgiève, M., Laplace, N., Vaïva, G., Haesebaert, J. et Poulet, E. (2025). Codeveloping an Online Resource for People Bereaved by Suicide: Mixed Methods User-Centered Study. *JMIR Ment. Health*, 12.

10 Leaune, E., Bislimi, K., Lau-Taï, P., Rouzé, H., Chalancon, B., Lestienne, L., Grandgenevre, P., Morgiève, M., Laplace, N., Vaïva, G., Haesebaert, J. et Poulet, E. (2025).

offrent une réponse 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à toute personne confrontée à la problématique des conduites suicidaires. Des personnes en crise suicidaire, leurs proches ou les professionnels de santé les accompagnant peuvent ainsi faire appel au numéro, de même que les personnes endeuillées par suicide. Les répondant·e·s du 3114, infirmier·ère·s ou psychologues, proposent une écoute, une évaluation et une orientation spécialisée et individualisée, en toute confidentialité. Afin de prendre en compte les inégalités sociales en matière de conduites suicidaires, le 3114 s'est doté d'un pôle dédié aux inégalités sociales et territoriales de santé. Ce pôle vise notamment à former les répondant·e·s sur ces thématiques, mais également à favoriser le travail de réseaux avec les partenaires engagés dans la lutte contre la pauvreté et la précarité au sein des territoires. Vigilans est un dispositif créé en 2015 au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille et déployé depuis à l'échelle nationale, couvrant la quasi-totalité du territoire. Fondé sur les connaissances concernant le risque très élevé de décéder par suicide chez les personnes ayant récemment fait une tentative de suicide, Vigilans propose une veille sous la forme d'appels téléphoniques et d'envois de cartes postales pendant minimum six mois. En brisant l'isolement et en renforçant le soutien social par un maintien d'une veille effective auprès des personnes suicidantes, il permet de diminuer le taux de réitération suicidaire et de favoriser l'accès aux dispositifs d'aide et de soutien⁷. L'ancrage dans les territoires permet là aussi de s'inscrire dans des réseaux hospitaliers, sociaux, médico-sociaux et associatifs engagés au quotidien dans le soutien et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables.

La postvention comprend l'ensemble des actions mises en place après un décès par suicide, ce qui implique le soutien des personnes endeuillées par suicide, mais aussi plus largement la prévention des effets de contagion suicidaire et l'impact délétère sur toutes les personnes exposées à ce suicide. On dénombre, en effet, en moyenne 135 personnes exposées pour chaque suicide, ce qui démontre l'ampleur de l'impact sociétal du suicide. La répartition inégale des conduites suicidaires entraîne des besoins de postvention plus élevés dans les populations les plus défavorisées, nécessitant la mise en œuvre de mesures proactives, impliquant directement des personnes concernées, telles que des pair-aidants en santé mentale. Coconstruite dans une démarche participative et collaborative au CHU de Lyon, la plateforme Espoir⁸ permet, par exemple, à toute personne endeuillée par suicide d'accéder gratuitement à de l'information et à du soutien⁹. Les premiers résultats montrent une utilisation facilitée pour des personnes isolées et plus défavorisées qui n'accédaient antérieurement pas aisément aux dispositifs existants.

La prévention en santé constitue un enjeu crucial, en ce sens que toute campagne de prévention risque de majorer les inégalités sociales de santé en se montrant plus efficace auprès des populations les plus favorisées socialement. Loin de remettre en cause les stratégies de prévention, cette réalité nous oblige à inscrire la problématique des inégalités sociales au cœur de la réflexion et de la mise en œuvre de toute stratégie de prévention, ce d'autant plus en santé mentale.

Il en va évidemment d'enjeux de justice sociale et de démocratie sanitaire, mais également de l'efficacité de notre système de santé. Le coût humain, social et économique des conduites suicidaires est si important qu'il nécessite une mobilisation de toutes et tous en faveur de la prévention du suicide et de la lutte contre toutes les formes de vulnérabilisation sociale. La coconstruction avec les personnes concernées a notamment démontré son intérêt pour créer des dispositifs innovants, ajustés aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et répondant à l'objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé¹⁰. ▶



**LA PRÉVENTION EN SANTÉ
CONSTITUE UN ENJEU CRUCIAL,
EN CE SENS QUE TOUTE CAMPAGNE
DE PRÉVENTION RISQUE
DE MAJORER LES INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ EN SE MONTRANT
PLUS EFFICACE AUPRÈS
DES POPULATIONS LES PLUS
FAVORISÉES SOCIALEMENT**

Il en va évidemment d'enjeux de justice sociale et de démocratie sanitaire, mais également de l'efficacité de notre système de santé. Le coût humain, social et économique des conduites suicidaires est si important qu'il nécessite une mobilisation de toutes et tous en faveur de la prévention du suicide et de la lutte contre toutes les formes de vulnérabilisation sociale. La coconstruction avec les personnes concernées a notamment démontré son intérêt pour créer des dispositifs innovants, ajustés aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et répondant à l'objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé¹⁰. ▶



Artiste du numéro

Meimei

Le travail d'illustratrice de Meimei naît d'un désir de ralentir et d'observer. À travers des illustrations inspirées de la nature, de la botanique et des estampes, elle crée des images pensées comme des pauses visuelles. Son univers graphique est souvent monochrome ou presque, nourri par le dessin traditionnel autant que par le digital dont elle mélange les techniques.

Œuvres publiées dans ce numéro de *Rhizome* :

Le tigre et La sauge (couverture), *La théière aux chrysanthèmes* (p. 2), *Nymphalidae* (p. 5), *Le loriot* (p. 9), *Le milan et La ciste* (p. 12), *La grue fleurie* (p. 14), *Le scarabée et La pivoine* (p. 17), *La salamandre et L'acacia* (p. 18), *La carpe volante (hommage à Hiroshige)* (p. 20), *L'hydrie et L'hortensia* (p. 22), *L'éventail* (p. 24), *La maison de mes rêves* (p. 25), *La grenouille et Le lotus* (p. 26), *Les carpes enlacées* (p. 27), *Le rosier de Perse* (p. 28), *Le thé au jasmin* (p. 29), *La grue* (p. 32), *Le faucon* (p. 34), *L'artichaut* (p. 36), *Le papillon et Le gypsophile* (p. 38), *La valériane* (p. 39), *Les papillons face à face* (4^e de couverture).

meimeiland.com

Instagram : [@emeimei.illu](https://www.instagram.com/emeimei.illu)

RÉSUMÉ DU NUMÉRO

#97
98

Parler du suicide permet de le prévenir. Comment identifier et comprendre les conduites suicidaires? Comment les aborder? Ce numéro de *Rhizome* cherche à saisir la manière dont ces expériences, traversées par la souffrance, les ruptures et les traumatismes, appellent à des réponses politiques et cliniques ajustées. Il montre comment les ressources relationnelles préviennent et soutiennent la traversée de la crise suicidaire, mais aussi comment la précarité et l'isolement creusent les vulnérabilités face au suicide. Ces constats nous rappellent combien la santé mentale est aussi une affaire sociale.



Abonnement sur le site de
l'Orspere-Samdarra

Rhizome est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.

Directeur de publication :

Nicolas CHAMBON

Directrice adjointe de publication :

Gwen LE GOFF,

Directrice adjointe

Orspere-Samdarra (Lyon)

Assistante de rédaction :

Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :

Jean-Marie ANDRÉ,

Professeur à l'EHESP (Rennes)

Marianne AUFFRET,

Directrice générale de l'Unaj (Paris)

Arnaud BÉAL,

Psychologue (Roanne)

Lotfi BECHELLAOUI,

Pair-aidant en santé mentale (Lyon)

Raphaël BOULOU DNINE,

Coordinateur national

« Un Chez soi d'abord » (Paris)

Vanessa EVRARD,

Pair-aidante en santé mentale (Lyon)

Benoît EYRAUD,

Sociologue (Lyon)

Morgan FAHMI,

Psychiatre,

Orspere-Samdarra (Lyon)

Étienne FABRIS,

Directeur général du GIE La Ville Autrement (Lyon)

Jean-François KRZYZANIAK,

Patient-expert (Angers)

Émilie LABEYRIE,

Psychologue (Marseille)

Camille LANCELEVÉE,

Sociologue (Strasbourg)

Antoine LAZARUS,

Professeur honoraire de de santé publique et de médecine sociale (Gentilly)

Aziliz LE CALLONNEC,

Doctorante,

Orspere-Samdarra (Lyon)

Fidèle MABANZA,

Poète, formé à la philosophie (Villefontaine)

Élodie PICOLET,

Psychologue, Orspere-Samdarra (Lyon)

Bertrand RAVON,

Sociologue (Lyon)

Serena TALLARICO,

Anthropologue, docteure en psychologie, Orspere-Samdarra (Lyon)

Andréa TORTELLI,

Psychiatre (Paris)

Nadia TOUHAMI,

Autrice (Marseille)

Stéphanie VANDENTORREN,

Médecin épidémiologiste de santé publique (Paris)

Halima ZEROUG-VIAL,

Psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Invité-e-s :

Lucile AUBAIN,

ENS Paris-Saclay (Paris)

Valentin BERTHOU,

Adjoint au chef de la MiRe (Paris)

Jean-Baptiste HAZO,

Épidémiologiste (Paris)

Edouard LEAUNE,

Psychiatre (Lyon)

Contact rédaction :

Orspere-Samdarra, Le Vinatier

Psychiatrie universitaire

Lyon Métropole

95 bvd Pinel 69678 BRON CEDEX

04 37 91 53 90

[orspere-samdarra@](mailto:orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr)

ch-le-vinatier.fr

orspere-samdarra.com

Relecture : Sidonie HAN

Réalisation : Hélène BERTHOLIER

Dir. artistique : Manoël VERDIEL

L'Orspere-Samdarra, observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », est dirigé par Halima Zeroug-Vial et est composé d'une équipe pluridisciplinaire.

L'Observatoire est organisé en 3 pôles: recherche, ressource et édition. Il porte les diplômes universitaires « Santé, société et migration », « Dialogues- Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord ».

En complément des revues *Rhizome*, découvrez les ouvrages publiés par les éditions Les Presses de Rhizome et commandez-les sur la plateforme Cairn.info.

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLÉ

**ORSPERE
SAMDARRA**
Observatoire Santé mentale
Vulnérabilités et Sociétés