



# La prévention du suicide en Suisse

## Contexte, mesures à prendre et plan d'action

Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé

Version pour la consultation du printemps 2016

## Mentions légales

© Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et fondation Promotion Santé Suisse

### Rédaction :

Esther Walter, Office fédéral de la santé publique

Chantale Bürlì, Office fédéral de la santé publique

Fabienne Amstad, fondation Promotion Santé Suisse

Margreet Duetz Schmucki, Office fédéral de la santé publique

Adriana Haas, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Daniela Schibli, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Editeur : Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Date de publication : novembre 2016

### Renseignements et commande :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Unité de direction Politique de la santé

Division Stratégies de la santé

Case postale, CH-3003 Berne

Téléphone +41 (0)58 463 06 01

Courriel : [gesundheitspolitik@bag.admin.ch](mailto:gesundheitspolitik@bag.admin.ch)

Internet : [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)

## Sommaire

<b>1. Résumé .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Introduction.....</b>	<b>6</b>
2.1 De quoi s'agit-il ? .....	6
2.2 Mandat politique et approche .....	7
2.3 Définitions et précisions conceptuelles .....	8
2.4 Coûts sociétaux.....	9
<b>3. Faits et chiffres sur les groupes de personnes et les méthodes de suicide .....</b>	<b>11</b>
3.1 Introduction et aperçu.....	11
3.2 Adolescents et jeunes adultes .....	14
3.3 Adultes .....	17
3.4 Personnes âgées et très âgées .....	19
3.5 Hommes et femmes .....	21
3.6 Méthodes de suicide.....	23
3.7 Bilan .....	27
<b>4. Le comportement suicidaire et ses facteurs .....</b>	<b>28</b>
4.1 Le comportement suicidaire.....	28
4.2 Facteurs principaux .....	29
<b>5. La prévention du suicide en Suisse : acteurs et activités .....</b>	<b>31</b>
5.1 Introduction.....	31
5.2 Confédération.....	31
5.3 Cantons et communes.....	34
5.4 Organisations non gouvernementales .....	37
<b>6. Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse.....</b>	<b>41</b>
6.1 Introduction.....	41
6.2 Objectifs et mesures.....	42
<b>7. Bibliographie.....</b>	<b>48</b>

## 1. Résumé

Mandat	En 2014, le Parlement a adopté la motion Ingold 11.3973 « Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles » <sup>1</sup> , qui charge la Confédération de présenter et de mettre en œuvre un plan d'action sur la prévention du suicide.
Elaboration commune	Sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la fondation Promotion Santé Suisse ont élaboré un plan d'action « prévention du suicide ». Près d'une centaine d'experts y ont participé, dont des personnes ayant été concrètement confrontées à la suicidalité <sup>2</sup> .
Contexte	Le plan d'action se concentre sur les suicides non assistés. Entre 1980 et 2010, le nombre de suicides de ce type a nettement diminué ; depuis 2010, on observe toutefois une stagnation. Chaque année, près d'un millier de personnes se suicident en Suisse. En outre, environ 10 000 personnes par an doivent être prises en charge médicalement suite à une tentative de suicide.
Objectif	Le plan d'action vise à réduire de manière durable le nombre de suicides non assistés et les tentatives <sup>3</sup> .
Actes suicidaires comme résultat du désespoir	Les actes suicidaires sont le fait de personnes en détresse psychique. Ils sont rarement le fruit de décisions mûrement réfléchies. Un suicide constitue le plus souvent un acte de désespoir et n'est pas le résultat d'un libre exercice de la volonté. Les personnes ayant survécu à une tentative de suicide racontent qu'elles étaient dans un état second.
Teneur du plan d'action	<p>Une prévention complète du suicide commence par la promotion de la santé psychique. Dans ce domaine, des mesures sont déjà mises en œuvre par la Confédération, les cantons, les communes et des ONG ; d'autres sont prévues (p. ex., le projet « La santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action »<sup>4</sup>). Le plan d'action met donc l'accent sur la prévention du suicide au sens strict. Le présent rapport expose les grandes lignes du plan, qui poursuit les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• sensibiliser à et informer sur la suicidalité ;</li><li>• proposer une aide rapidement et facilement accessible ;</li><li>• reconnaître à temps la suicidalité ;</li><li>• soutenir de manière efficace les personnes suicidaires dans leur processus de guérison ;</li><li>• diminuer les actes suicidaires en rendant difficile l'accès aux moyens létaux ;</li><li>• soutenir les personnes ayant perdu un proche et celles concernées (professionnellement) par cette thématique ;</li><li>• encourager les médias à publier des informations sur la prévention du suicide ou à caractère préventif ;</li></ul>

---

<sup>1</sup> <http://www.parlament.ch/Curia/Vista/id=20113973>

<sup>2</sup> Le terme « suicidalité » comprend toutes les pensées, les impulsions et les actes qui, en raison d'une situation de crise aiguë ou d'une maladie psychique, peuvent amener au suicide (cf. chap. 2.3).

<sup>3</sup> Une quantification de l'objectif est en cours d'examen.

<sup>4</sup> <http://www.ofsp.admin.ch/Thèmes/Politiquedelasanté/Santépsychique/SantépsychiqueenSuisse> (accès le 11 janvier 2016)

- diffuser des exemples de bonnes pratiques appliquées en Suisse ou à l'étranger ;
- encourager le monitoring et la recherche.

Pour atteindre ces neuf objectifs, le plan d'action propose 30 mesures.

Avancement des travaux

Entre mars et mai 2016, le présent rapport « La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action » sera soumis à un large cercle d'acteurs concernés dans le cadre d'une consultation. Ce processus servira à :

- consolider le contenu du rapport ;
- recenser des exemples de bonnes pratiques appliquées en Suisse en matière de prévention du suicide ;
- demander aux différents acteurs s'ils sont prêts à participer à la mise en œuvre du plan.

Le plan d'action sera soumis au Conseil fédéral et au Dialogue Politique nationale de la santé fin 2016 pour approbation. Il sera mis en œuvre dès 2017.

Mise en œuvre commune et coordonnée

Seul l'engagement commun de la Confédération, des cantons, des communes, des fournisseurs de prestations et des ONG peut garantir le succès du plan d'action. Compte tenu du cadre légal, la Confédération ne peut pas s'engager en faveur de tous les aspects liés à la prévention du suicide. Les activités découlant de la mise en œuvre seront développées par les acteurs sous forme de partenariats et menées de façon coordonnée. Dans cette optique, le plan d'action offre un cadre commun d'orientation et d'action. Les mesures de mise en œuvre se fondent, si possible, sur des expériences nationales et internationales en matière de bonnes pratiques.

## 2. Introduction

### 2.1 De quoi s'agit-il ?

trois suicides par jour	En 2013, 786 hommes et 284 femmes ont mis fin à leurs jours en Suisse (hors suicides assistés). Cela représente deux à trois suicides par jour, soit quatre fois plus que le nombre de décès dus aux accidents de la route (Office fédéral de la statistique 2015b).
Au moins 20 à 30 tentatives de suicide par jour	Selon plusieurs estimations, quelque 10 000 tentatives de suicide font chaque année l'objet d'une prise en charge médicale en Suisse (Muheim et al. 2013 ; Steffen et al. 2011). Toutefois, ces chiffres pourraient être plus élevés, car nombre de tentatives de suicide ne sont pas reconnues comme telles ou pas déclarées et ne sont donc pas prises en charge.
Des histoires personnelles compliquées	Les personnes se suicident à tout âge, qu'elles soient jeunes, adultes, âgées ou très âgées. Toutes se trouvent, au moment de leur geste, dans une situation de grande détresse psychique.  Derrière chaque suicide ou tentative de suicide se cache une histoire personnelle : parfois un long chemin de croix, parfois une crise de courte durée. Les facteurs de risque du suicide sont multiples : une maladie psychique comme la dépression, des troubles de la personnalité ou des addictions, mais aussi la solitude, des douleurs chroniques, une crise existentielle, un chagrin d'amour, un sentiment d'humiliation ou des problèmes financiers. Une conjonction complexe de plusieurs de ces facteurs est le plus souvent en jeu. Une maladie psychique ou un événement ponctuel ne peuvent pas à eux seuls expliquer un suicide ou une tentative de suicide.
Déterminants sociaux	Les suicides ne sont pas seulement une affaire privée et ne concernent pas seulement le secteur médical. La suicidalité <sup>5</sup> a des déterminants sociaux importants, comme p. ex. le chômage de longue durée ou un vécu migratoire. C'est pourquoi une prévention du suicide efficace doit aussi prendre en compte les circonstances extérieures au domaine de la santé.
Le suicide n'est pas une décision rationnelle	Les actes suicidaires sont rarement le fruit de décisions mûrement réfléchies et rationnelles, mais ont lieu, la plupart du temps, dans des situations de détresse psychique. Les personnes qui se suicident (ou tentent de le faire) ne parviennent pas à percevoir d'autres issues à une situation qui leur est intolérable ; elles n'arrivent pas à envisager d'autres options. Le suicide ne relève donc <i>pas</i> d'une réelle liberté de choix : « On ne se suicide pas par choix, mais au contraire par manque de choix <sup>6</sup> . »
Les suicides sont évitables	Une idée largement répandue est que l'on ne peut pas détourner les suicidants de leur dessein car ils trouvent tôt ou tard un moyen de mettre fin à leurs jours. Plusieurs études montrent pourtant que cette affirmation ne se vérifie pas pour la majeure partie des personnes que l'on a empêchées de se suicider. Ainsi, sur 515 personnes que l'on a pu dissuader de se jeter du pont du Golden Gate à San Francisco, seules 5 % sont mortes par suicide durant les 26 années qui ont suivi (Seiden 1978). Les personnes qui survivent à une tentative de suicide sont généralement heureuses de la tournure des événements.

<sup>5</sup> Le terme « suicidalité » comprend toutes les pensées, les impulsions et les actes qui, en raison d'une situation de crise aiguë ou d'une maladie psychique, peuvent amener au suicide.

<sup>6</sup> <http://www.stopsuicide.ch/site/accueil> (consulté le 11.01.2016)

La société a le devoir de prévenir les suicides	<p>Soutenir les personnes qui se trouvent dans une situation de détresse psychique est une tâche qui concerne l'ensemble de la société et qui requiert l'engagement des individus, du monde professionnel et des milieux politiques.</p> <p>La prévention du suicide est une tâche qui concerne l'ensemble de la société et qui requiert l'engagement des individus, du monde professionnel et des milieux politiques.</p>
Survivants	Tout suicide cause de grandes souffrances dans l'entourage proche. Les survivants ont un risque accru de suicide (Aguirre et Slater 2010). La prise en charge des survivants est donc aussi une affaire de prévention.

## 2.2 Mandat politique et approche

Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action	En acceptant la motion Ingold <sup>7</sup> , le Parlement suisse a chargé en 2014 le Conseil fédéral de renforcer la prévention du suicide dans l'ensemble de la Suisse. La Confédération est ainsi tenue « de préparer et de mettre en œuvre un plan d'action pour la prévention du suicide ».
Une approche participative	<p>L'élaboration du plan d'action a été placée sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique, en collaboration avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et la fondation Promotion Santé Suisse. Le travail d'élaboration a été piloté par le Dialogue Politique nationale de la santé (PNS).</p> <p>Lors de l'élaboration du plan d'action, il a été fait appel à une centaine d'experts. Il s'agissait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de spécialistes issus du domaine médical et non médical ;</li> <li>• de représentants de la Confédération et des cantons ;</li> <li>• de responsables de programmes de prévention du suicide dans d'autres pays européens et de l'organisation mondiale de la santé ;</li> <li>• de personnes ayant une expérience personnelle de la suicidalité.</li> </ul>
Objectif : réduire le nombre de suicides	<p>Le plan d'action sur la prévention du suicide est consacré au suicide non assisté. Entre 1980 et 2010, le taux de suicide non assistés a nettement diminué ; depuis 2010, on observe toutefois une stagnation. Le taux de suicide varie fortement selon le sexe et l'âge.</p> <p>Chaque année, un millier de personnes mettent fin à leurs jours (suicides assistés non compris). Le plan d'action vise à réduire de manière durable le nombre de suicides non assistés et les tentatives<sup>8</sup>.</p>
Perspectives	<p>Le présent rapport « Prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action » fera l'objet d'une vaste consultation en mars 2016. Celle-ci permettra de consolider le contenu du plan d'action, mais aussi de recenser des exemples de bonnes pratiques et de déterminer dans quelle mesure les acteurs concernés sont disposés à participer à la mise en œuvre du plan d'action.</p> <p>Fin 2016, le plan d'action sera soumis pour adoption au Conseil fédéral et au Dialogue Politique nationale de la santé avant d'être mis en œuvre à partir de 2017.</p>

<sup>7</sup> [http://www.parlament.ch/documentation/curia\\_vista/motion/id=20113973](http://www.parlament.ch/documentation/curia_vista/motion/id=20113973) (consulté le 11.01.2016)

<sup>8</sup> Une éventuelle quantification de l'objectif est en cours d'examination.

Une mise en œuvre conjointe et coordonnée	<p>Le succès de la mise en œuvre dépendra notamment de l'engagement de la Confédération, des cantons, des fournisseurs de prestations, des communes et des ONG. Compte tenu du cadre légal, la Confédération ne peut pas s'engager en faveur de tous les aspects liés à la prévention du suicide.</p> <p>Les activités de mise en œuvre seront développées en partenariat par les acteurs et coordonnées entre elles. Le plan d'action fournit à cet effet un cadre commun de référence et d'action. Les mesures de mise en œuvre reposeront, dans toute la mesure du possible, sur les expériences de bonnes pratiques nationales et internationales.</p> <p>En ce qui concerne l'engagement de la Confédération et des cantons, la prévention du suicide est étroitement liée à d'autres thématiques de politique de la santé et de politique sociale (ch. 5.2 Confédération, p. 31). Il y a donc un immense besoin de coordination.</p>
La suicidalité au cœur du plan d'action	<p>Le renforcement des ressources psychiques et la promotion de la santé psychique sont fondamentaux pour une prévention du suicide efficace. La Confédération, les cantons, les communes et les ONG mettent déjà des mesures en œuvre dans ce domaine et des mesures supplémentaires sont en préparation (voir p. ex. le projet « Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action »<sup>9</sup>). Le plan d'action met l'accent sur la prévention du suicide au sens strict, c'est-à-dire sur les personnes confrontées à la suicidalité et sur la suicidalité en général (p. ex. dans la société).</p>

### 2.3 Définitions et précisions conceptuelles

Suicide	<p>Le terme « suicide » vient du latin <i>sui caedere</i> : se tuer. Le suicide est donc avant tout un acte d'autodestruction, non une maladie (Organisation mondiale de la santé 2014, p. 12).</p>
S'infliger des blessures...	<p>Un acte suicidaire consiste à s'infliger une ou plusieurs blessures graves conduisant à la mort dans le cas d'un suicide accompli ou n'y conduisant pas dans le cas d'une tentative de suicide. Les comportements autodestructeurs sur une longue période, comme l'anorexie ou l'abus de drogues, ne consistent pas à s'infliger des blessures et ne sont donc pas considérés comme des formes de suicide ou de tentative de suicide.</p>
... de manière intentionnelle	<p>Les suicides sont considérés dans la littérature spécialisée comme des « blessures intentionnelles » par opposition aux accidents, lesquels sont classés parmi les « blessures involontaires » (accidents de la route, chutes, etc.). Cette distinction est contestée par certains experts, qui conçoivent le suicide comme un accident psychique (Ajdacic-Gross 2015).</p>
Des désignations inadéquates	<p>La notion de « mort volontaire » doit être évitée, car elle suggère que le suicide est le résultat d'un libre exercice de la volonté. En allemand, la notion de « <i>Selbstmord</i> » est elle aussi inappropriée, puisqu'elle assimile le suicide à un délit. Ces termes sont inadéquats et discriminatoires (Wolfersdorf 2008).</p>
Suicidalité	<p>La suicidalité comprend toutes les pensées, impulsions et actes suicidaires, qu'il s'agisse du désir de « faire une pause » (au risque de mourir), du fait d'envisager le suicide comme une possibilité, de la planification d'un acte suicidaire ou de sa mise en œuvre ciblée ou impulsive (Wolfersdorf 2008).</p>

<sup>9</sup> [http://www.bag.admin.ch/thèmes/la\\_politique\\_de\\_la\\_santé/santé\\_psychique/la\\_santé\\_psychique\\_en\\_Suisse](http://www.bag.admin.ch/thèmes/la_politique_de_la_santé/santé_psychique/la_santé_psychique_en_Suisse) (consulté le 11.01.2016)

Tentative de suicide Les tentatives de suicide sont encore plus difficiles à définir que les suicides. Les données les plus fiables en la matière sont issues des tentatives de suicide signalées par des médecins. Dans les études multicentriques de l'OMS/Europe menées à Bâle et à Berne (Steffen et al. 2011 ; Muheim et al. 2013), la tentative de suicide est définie comme « une action sans issue fatale, par laquelle un individu commence à adopter un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'un tiers, peut provoquer une atteinte à soi-même, ou par laquelle l'individu absorbe intentionnellement une substance à une dose dépassant celle qui est habituellement prescrite ou généralement considérée comme thérapeutique et ayant pour but de produire des modifications par les conséquences actuelles ou attendues » (Muheim et al. 2013, p. 2).

## 2.4 Coûts sociétaux

Suicides : coûts directs et indirects Les suicides sont considérés comme des « décès extraordinaires ». Ils engendrent des coûts à la fois directs et indirects. Les coûts directs comprennent les frais médicaux, mais aussi les frais non médicaux, notamment ceux liés aux investigations policières, aux enquêtes judiciaires, aux analyses médico-légales ou aux travaux de nettoyage. Les suicides sur la voie ferrée conduisent à des interruptions de service ayant des répercussions financières importantes en raison des annulations et des retards. Le suivi et le traitement des personnes concernées sur le plan privé ou professionnel (proches, collègues, catégories professionnelles fortement impliquées) entraînent aussi des coûts. Les proches ont parfois droit à des prestations d'assurance.

Les coûts les plus importants sont toutefois les coûts indirects liés à la perte de productivité (capacité de production ou potentiel de revenus non réalisé).

Années potentielles de vie perdues Les suicides entraînent chaque année en Suisse la perte d'environ 18 000 années potentielles de vie (Office fédéral de la statistique 2013). Il s'agit du nombre d'années que les personnes décédées par suicide auraient pu vivre si elles n'étaient pas mortes avant l'âge de 70 ans. L'ordre de grandeur est le même que pour le nombre d'années de vie perdues en raison d'accidents: les catégories suicides et accidents sont chacune à l'origine d'environ 13 % des années potentielles de vie perdues en Suisse.

Tentatives de suicide : coûts directs Les tentatives de suicide occasionnent principalement des coûts directs, notamment ceux liés aux soins et aux traitements médicaux. Une étude menée dans le canton de Bâle-Ville a déterminé les coûts médicaux directs des tentatives de suicide pour l'année 2003 (Czernin et al. 2012). En moyenne, chaque tentative de suicide entraîne des frais médicaux pour un montant de 19 000 francs. En extrapolant ce résultat aux quelque 10 000 tentatives de suicide faisant chaque année l'objet d'une prise en charge médicale, les coûts pour l'ensemble de la Suisse peuvent être estimés à environ 200 millions de francs par an. Selon l'étude, 80 % des coûts étaient imputables à 20 % des cas. Les auteurs en concluent que la prévention d'un nombre modeste de cas peut déjà avoir un effet important sur la réduction des coûts à la charge de la société.

**Complément****Suicides assistés et non assistés**

Le plan d'action sur la prévention du suicide est consacré à la réduction du nombre de suicides non assistés. Les suicides assistés diffèrent des suicides non assistés sur un certain nombre de points, brièvement exposés ci-après, de sorte qu'un travail de prévention efficace ne doit pas chercher à porter sur les deux simultanément.

D'une part, les suicides assistés et non assistés résultent de motifs distincts :

- Les suicides assistés sont principalement motivés par l'existence de maladies, comme p. ex. des cancers, des maladies neurodégénératives ou des maladies cardio-vasculaires (Office fédéral de la statistique 2013). Les suicides non assistés, quant à eux, sont généralement la conséquence de maladies psychiques ou de crises psychosociales graves (Gysin-Maillart et Michel 2013).

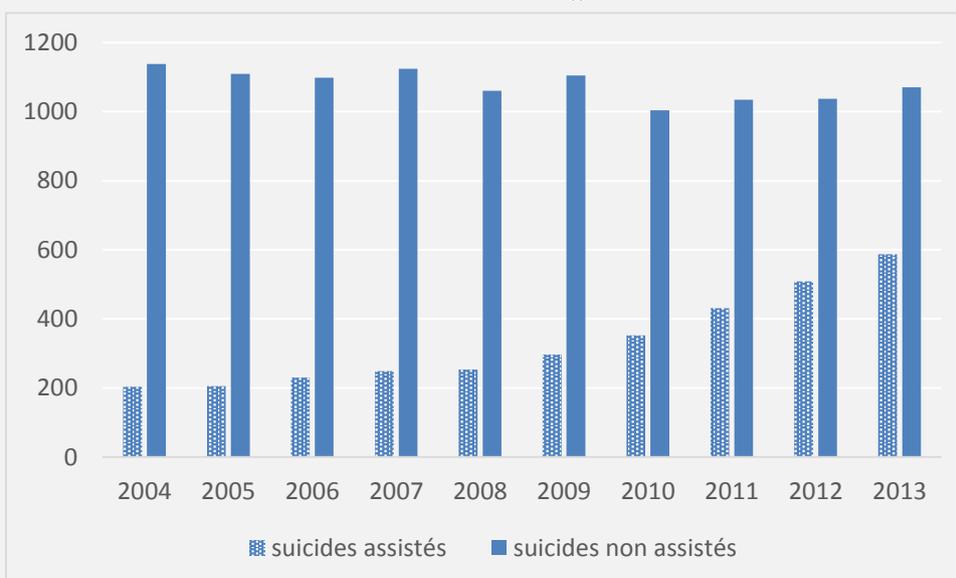
D'autre part, le désir de mourir est de nature différente dans les deux cas :

- Comme les personnes qui font une tentative de suicide non assisté se trouvent dans un état de crise psychique, leur désir de mourir est en règle générale passager et leur capacité de discernement est momentanément limitée. A l'inverse, le désir de mourir est en général durable chez les personnes qui optent pour un suicide assisté. Normalement, ces dernières ont mûrement réfléchi leur décision et leur capacité de discernement est entière.

Des recoupements existent néanmoins entre les deux formes de suicide. La dépression ou le sentiment d'isolement constituent dans les deux cas des facteurs de risque – et la dépression est, dans un cas comme dans l'autre, détectée ou traitée de manière trop tardive.

En moyenne, 435 personnes (domiciliées en Suisse) ont mis fin à leurs jours par suicide assisté chaque année en Suisse entre 2009 et 2013. Le nombre de décès par suicide non assisté s'élève à 1050, soit plus du double. Le rapport entre les deux types de suicide varie en fonction de l'âge : les suicides non assistés sont nettement plus fréquents que les suicides assistés chez les personnes plus jeunes, tandis que la fréquence des deux types de suicide est la même chez les personnes de plus de 85 ans.

*1. Suicides assistés et non assistés, 2004-2013 (chiffres absolus)*



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

### 3. Faits et chiffres sur les groupes de personnes et les méthodes de suicide

#### 3.1 Introduction et aperçu

Prévention du suicide : pour qui ?

Pour pouvoir mettre en place une prévention du suicide efficace, il faut répondre à plusieurs questions. A quels groupes de personnes, définis en fonction de l'âge et du sexe, la prévention du suicide doit-elle s'adresser en priorité ? Existe-t-il, au sein de ces groupes, des facteurs de risque spécifiques du suicide (ou des tentatives de suicide) ? Quelles sont les méthodes les plus souvent choisies pour se suicider ?

Des informations détaillées sur les groupes de personnes et les méthodes de suicide sont présentées aux chapitres 3.2 à 3.6. Les données concernant l'épidémiologie du suicide, des tentatives de suicide et du suicide assisté en Suisse font l'objet d'un rapport rédigé par Keller-Guglielmetti et Walter (2015).

Statut socio-économique

La statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ne fournit pas d'indicateurs fiables sur le statut socio-économique des auteurs de suicide. A ce titre, les études qui couplent la statistique des causes de décès avec les données de recensement (voir *Swiss National Cohort*<sup>10</sup>) sont utiles. Des analyses portant sur des personnes âgées de 25 à 64 ans montrent que le taux de décès par suicide (hors suicides assistés) est moins élevé chez les personnes au bénéfice d'une formation tertiaire que chez les personnes dont le niveau de formation est plus faible, en particulier celles n'ayant pas d'autre formation que la scolarité obligatoire. Ce rôle de la formation en tant que facteur de réduction du risque de suicide se vérifie à la fois pour les hommes et pour les femmes de cette classe d'âge. Il peut également s'observer chez les hommes de 65 ans et plus (Steck et al. 2016).

Les personnes ayant un statut socio-économique élevé sont elles aussi touchées par la suicidalité, comme le montre le taux de suicide supérieur à la moyenne de la population observé parmi les médecins, hommes et femmes (Hostettler et al. 2012; Bovier et al. 2005).

Hommes et femmes

Les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à mettre fin à leurs jours. Ce constat, qui se vérifie pour toutes les classes d'âge, est confirmé par des indicateurs tant relatifs qu'absolus (tableau 2 et figure 3). Les femmes, par contre, sont plus nombreuses à faire des tentatives de suicide. Dans l'étude multicentrique bâloise portant sur les tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge médicale (étude Monsue), deux tiers des sujets étaient des femmes et un tiers, des hommes (Muheim et al. 2013). La surreprésentation des femmes était moins marquée dans l'étude multicentrique bernoise (Steffen et al. 2011).

Toutes les classes d'âge sont concernées

Sur quelles classes d'âge la prévention du suicide devrait-elle se concentrer ? La réponse à cette interrogation dépend non seulement de l'indicateur choisi, mais également de la question de savoir si l'accent est mis sur la prévention des suicides ou des tentatives de suicide.

Si l'on considère le *nombre absolu* de cas de suicides, c'est le groupe des adultes d'âge moyen qui retient l'attention : cette tranche d'âge (entre 30 et 69 ans) est en effet celle sur laquelle se concentrent la plupart des suicides (n =

<sup>10</sup> <http://www.swissnationalcohort.ch/> (consulté le 11.01.2016)

691, moyenne 2009–2013). Le nombre de cas est moins important chez les adolescents et les jeunes adultes, d'une part, et chez les personnes âgées et très âgées, d'autre part (respectivement  $n = 133$  et  $n = 227$ ). Bien sûr, le nombre d'années pris en compte n'est pas le même dans les différents groupes cibles. Mais puisque les mesures de prévention s'adressent souvent à une classe d'âge dans son ensemble (p. ex. lorsqu'elles sont conduites dans le contexte d'ateliers de formation), il est important de connaître le nombre de cas en chiffres absolus pour chacune de ces classes d'âge.

En *termes relatifs*, ce sont au contraire les deux autres groupes qui s'avèrent les plus pertinents pour la prévention du suicide : les adolescents et les jeunes adultes en raison de la part des suicides dans le total des décès à cet âge (voir tableau 4, p. 13) ; les personnes âgées et très âgées en raison du nombre de suicides pour 100 000 habitants de ce groupe d'âge (voir figure 3). C'est également parmi les adolescents et les jeunes adultes (de 16 à 29 ans) et les personnes très âgées (85 ans et plus) que le taux de tentatives de suicide (nombre de tentatives pour 100 000 habitants de la classe d'âge considérée) est le plus élevé (Steffen et al. 2011).

Développement du taux de suicide	Au début des années 1980, le taux de suicide non assistés <sup>11</sup> en Suisse s'élevait à 24 pour 100 000 habitants <sup>12</sup> . Il a ensuite constamment diminué jusqu'en 2010 pour se stabiliser autour de 11 cas pour 100 000 habitants.
Pensées suicidaires	Parmi la population résidente permanente suisse, 2 % des jeunes âgés de 15 à 29 ans, ont des pensées suicidaires tous les jours ou tous les deux jours <sup>13</sup> . Cette proportion concerne près de 30 000 jeunes. 1 % des adultes (de 30 à 69 ans) et 0,5 % des personnes de 70 ans et plus ont de telles pensées tous les deux jours au moins <sup>14</sup> .

## 2. Suicides : chiffres absolus (moyenne 2009–2013)

Age	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Total
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>101</b>	<b>110</b>	<b>201</b>	<b>215</b>	<b>165</b>	<b>118</b>	<b>88</b>	<b>21</b>	<b>1050</b>
	<b>3%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>19%</b>	<b>20%</b>	<b>16%</b>	<b>11%</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>
Hommes	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Femmes	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

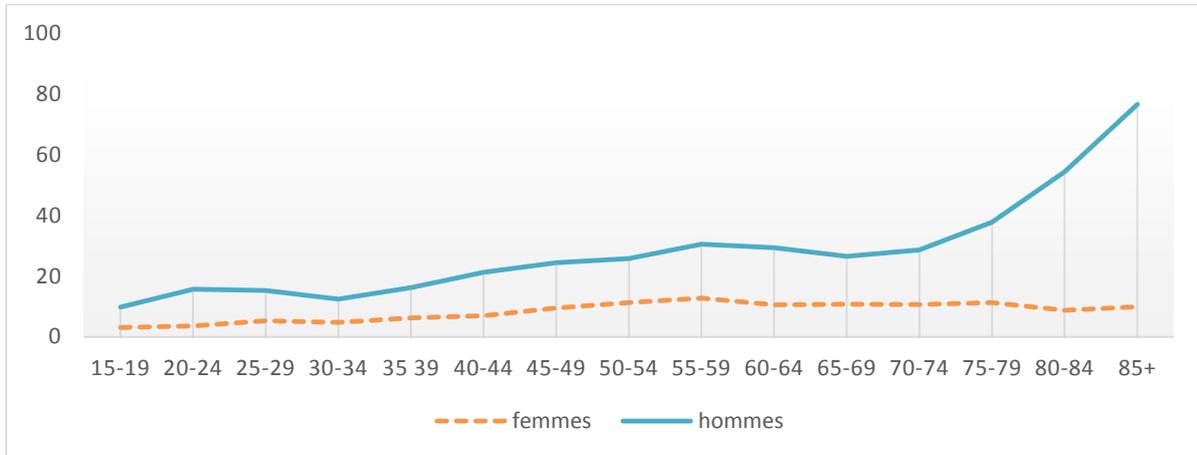
<sup>11</sup> L'OFS exclut les suicides assistés de la statistique sur les suicides depuis 2009 seulement. Mais dans les années 1980, les suicides assistés étaient rares.

<sup>12</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/21/02/ind32.indicator.70301.3201.html> (consulté le 11.01.2016)

<sup>13</sup> L'Enquête suisse sur la santé effectuée en 2012 incluait pour la première fois une question concernant les pensées suicidaires : « Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux mourir ou envisagé de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre ? ».

<sup>14</sup> A noter qu'un pourcentage élevé (15 %) de personnes âgées de 75 ans et plus ne répondent pas à la question (*missing value*).

3. *Taux de suicide : nombre de décès par suicide pour 100 000 habitants de la classe d'âge considérée selon le sexe (moyenne 2009–2013)*



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

4. *Part des suicides dans le total des décès (moyenne 2009–2013)*

Age	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Total
<b>Total</b>	<b>6 %</b>	<b>28 %</b>	<b>19 %</b>	<b>12 %</b>	<b>6 %</b>	<b>2 %</b>	<b>1 %</b>	<b>&lt;0.5 %</b>	<b>&lt;0.5 %</b>	<b>2 %</b>
Hommes	8 %	31 %	22 %	14 %	7 %	3 %	1 %	1 %	<0.5 %	3 %
Femmes	3 %	22 %	15 %	9 %	5 %	2 %	1 %	<0.5 %	<0.5 %	1 %

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

### 3.2 Adolescents et jeunes adultes

Un suicide tous les trois jours

En moyenne, 133 jeunes (de moins de 30 ans, tableau 5) ont mis fin à leurs jours chaque année en Suisse entre 2009 et 2013. Parmi eux, 32 avaient moins de 20 ans. La proportion d'hommes était de 80 %, aussi bien avant qu'après 20 ans. Les suicides représentent un tiers de tous les cas de décès chez les hommes âgés de 20 à 29 ans (voir tableau 4, p. 13).

#### 5. Suicides – adolescents et jeunes adultes : moyenne 2009–2013 (chiffres absolus)

Age	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 +	Total
Suicides	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Hommes	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Femmes	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

Taux élevé de tentatives de suicide	Les adolescents et les jeunes adultes présentent en Suisse un taux nettement plus élevé de tentatives de suicide que les autres classes d'âge (Muheim et al. 2013 ; Steffen et al. 2011).
Réactions à un facteur de stress	Alors que les maladies psychiques sont le principal facteur de risque de suicide ou de tentative de suicide chez les adultes, ce sont les réactions à un facteur de stress important qui dominent chez les adolescents et les jeunes adultes, par exemple les réactions à un problème relationnel ou à des conflits dans le cadre de l'école, de la formation ou de la profession (Gysin-Maillart et Michel 2013). Il n'est toutefois pas exclu que les maladies psychiques soient insuffisamment identifiées et traitées chez les jeunes (Steck et al., in press).
Difficultés antérieures	Les difficultés vécues dans l'enfance peuvent avoir un impact sur la suicidalité plus tard dans la vie. Lors d'un sondage réalisé auprès de recrues militaires, les hommes âgés de 19 à 20 ans qui avaient fréquemment subi des moqueries et des brimades à l'école ou qui avaient commis des violences sur des tiers ont déclaré 1,5 à 3 fois plus de tentatives de suicide que les jeunes adultes ayant vécu peu ou pas d'agressions à l'école (Staubli et Killias 2011).
Signaux d'alerte de la crise suicidaire	Un changement de comportement, qu'il constitue un signal délibéré ou non, peut indiquer qu'un jeune adulte est dans une situation de crise (Meister et Böckelmann 2015). Parmi les signaux d'alerte de la crise suicidaire, on citera une chute brutale des résultats, l'abattement, l'irritation, l'indifférence, le repli social, le refus d'aller à l'école, une prise de risques inhabituelle ou encore un comportement autodestructeur, par exemple. Les jeunes silencieux, renfermés et discrets requièrent une attention particulière (Meister et Böckelmann 2015).
Solitude	Le manque de ressources sociales est un facteur de prédiction significatif des suicides et des tentatives de suicide. Contrairement à une opinion répandue, le sentiment de solitude est plus fréquent chez les jeunes que chez les personnes âgées. En Suisse, un tiers des jeunes hommes et 43 % des jeunes femmes (de 15 à 34 ans) déclarent se sentir parfois seuls (Schuler et Burla 2012). Les jeunes ont également moins souvent des personnes de confiance dans leur entourage que les personnes plus âgées. Les adolescents qui ont fait une tentative de suicide invoquent souvent la solitude comme le facteur déclenchant de leur geste.
Impulsivité	Les jeunes, surtout les jeunes hommes, ont tendance à tester les limites et à agir de manière impulsive. Parallèlement, ils peinent souvent à comprendre les conséquences de leurs actes, notamment le caractère irréversible d'un suicide (Centre d'étude et de prévention du suicide, CEPS). La majorité des adolescents

qui se suicident « ont pété un plomb », c'est-à-dire que leur suicide est la conséquence d'un acte impulsif et non pas d'une décision délibérée (Meister et Böckelmann 2015).

## LGBT

L'acronyme LGBT fait référence aux « lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres ». De nombreuses études internationales mettent en évidence une suicidalité et un taux de suicide plus élevés chez les LGBT que chez les personnes hétérosexuelles (Organisation mondiale de la santé 2014). Une étude récente menée à l'Université de Zurich<sup>15</sup> confirme ce constat pour les tentatives de suicide en Suisse (Wang et al. 2014) : celles-ci sont cinq fois plus fréquentes chez les adolescents homosexuels et bisexuels que chez les adolescents hétérosexuels. Les enquêtes nationales sur la santé des jeunes en 2002 (Wang et al. 2012) avaient déjà montré des résultats similaires.

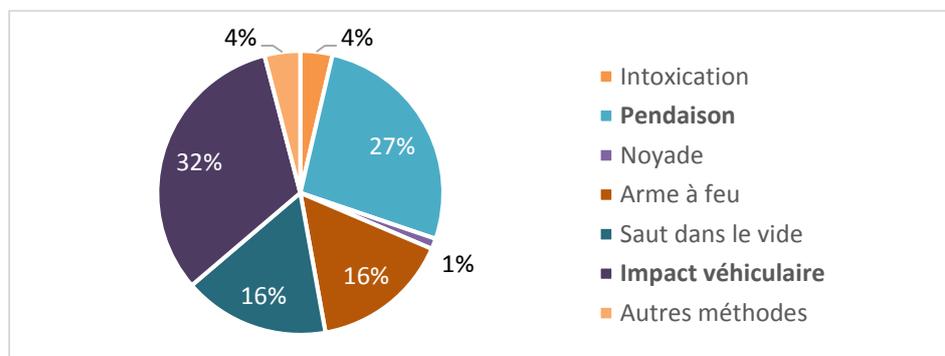
## Adolescents de sexe masculin

Entre 2004 et 2013, 248 adolescents de sexe masculin ont mis fin à leurs jours. 32 % se sont suicidés par impact véhiculaire (la plupart du temps sur une voie ferrée), 27 % par pendaison, 16 % par saut dans le vide et 16 % par arme à feu (figure 6).

### 6. Méthodes de suicide : adolescents de sexe masculin de 10 à 19 ans (2004–2013)

Remarque :

Les légendes en gras correspondent aux parts supérieures à 20 %.

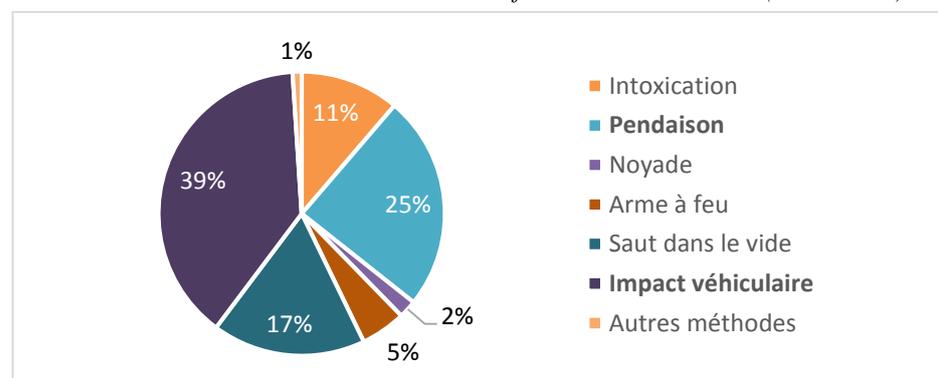


Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=25 par an

## Adolescents de sexe féminin

Entre 2004 et 2013, 98 adolescentes ont mis fin à leurs jours. 39 % se sont suicidées par impact véhiculaire, 25 % par pendaison et 17 % par saut dans le vide (figure 7).

### 7. Méthodes de suicide : adolescents de sexe féminin de 10 à 19 ans (2004–2013)



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=10 par an

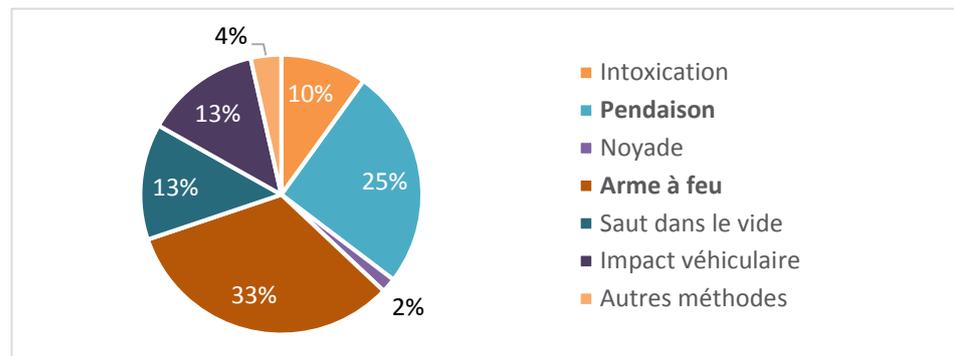
<sup>15</sup> A laquelle près de 6000 jeunes hommes ont pris part durant leur conscription, les centres de recrutement participants ayant permis de couvrir 21 cantons sur 26.

**Jeunes hommes** Entre 2004 et 2013, 828 jeunes hommes (de 20 à 29 ans) ont mis fin à leurs jours. 33 % se sont suicidés par arme à feu et 25 % par pendaison (figure 8).

8. *Méthodes de suicide : jeunes hommes de 20 à 29 ans (2004–2013)*

Remarque :

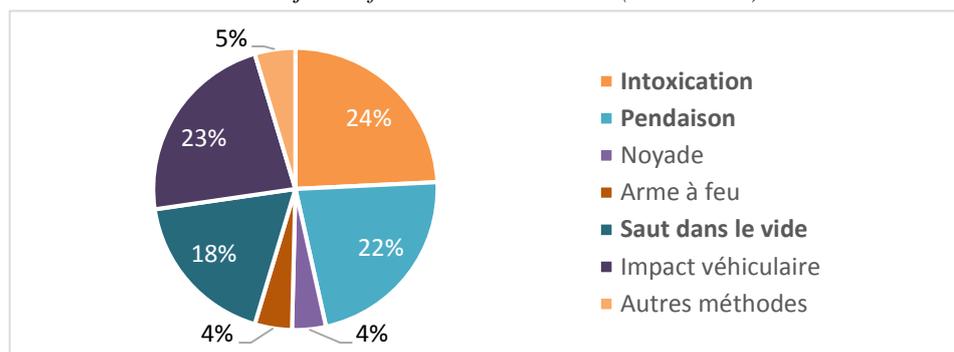
Les légendes en gras correspondent aux parts supérieures à 20 %.



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=83 par an

**Jeunes femmes** Entre 2004 et 2013, 260 jeunes femmes (de 20 à 29 ans) ont mis fin à leurs jours. 24 % se sont suicidées par intoxication, 23 % par impact véhiculaire et 22 % par pendaison (figure 9).

9. *Méthodes de suicide : jeunes femmes de 20 à 29 ans (2004–2013)*



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=26 par an

**Tentatives de suicide**

La prise en compte des tentatives de suicide est essentielle pour obtenir une vision globale de la répartition par sexe. En Suisse, le taux de tentatives de suicide faisant l'objet d'un signalement médical est le plus élevé dans la classe d'âge des jeunes adultes (Steffen et al. 2011 ; Muheim et al. 2013). Sur les 257 adolescents (14 à 21 ans) hospitalisés à Berne pour une tentative de suicide de 2004 à 2010, 77 % avaient entre 18 et 21 ans et 23 % entre 14 et 17 ans (Kupferschmid et al. 2013). 44 % (N=100) avaient tenté de suicider au moins une fois précédemment. Il n'y avait pas de différence entre ces deux classes d'âge dans le choix de la méthode de suicide. Par contre, il y avait des différences entre les sexes : Les filles se suicident moins en sautant dans le vide mais meurent davantage d'intoxication. Chez les garçons comme chez les filles, les moyens de suicide les plus fréquents étaient l'intoxication et l'utilisation d'objets aiguisés ou pointus pour se lacérer ou s'infliger des coups.

**Intersexualité**

L'intersexualité désigne un état biologique dans lequel un individu présente un mélange de caractères sexuels mâles et femelles. La norme sociale et juridique qui impose à l'enfant d'être soit un garçon soit une fille peut entraîner de graves crises psychosociales chez le jeune adulte (Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine 2012).

### 3.3 Adultes

Deux suicides par jour En moyenne, 691 adultes (âgés de 30 à 69 ans) ont mis fin à leurs jours chaque année en Suisse entre 2009 et 2013, dont 72 % d'hommes (tableau 10).

Les suicides représentent un décès sur cinq (22 %) chez les hommes entre 30 et 39 ans. Cette part des suicides dans le total des décès diminue certes avec l'âge, puisqu'elle n'est plus que de 14 % entre 40 et 49 ans et de 3 % entre 60 et 69 ans (voir tableau 4, p. 13). Cela ne signifie toutefois pas que le suicide soit un problème de santé publique négligeable chez les personnes plus âgées. Au contraire, le taux de suicide des hommes comme des femmes double entre l'âge de 30 ans et celui de 60 ans (voir figure 3, p. 13). Le taux de tentatives de suicide est en revanche plus faible chez les 30-69 ans que dans les autres classes d'âge (Steffen et al. 2011).

#### 10. Suicides – adultes : moyenne 2009–2013 (chiffres absolus)

Age	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 +	Total
Suicides	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Hommes	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Femmes	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

Les maladies psychiques comme risque principal Les maladies psychiques comme les dépressions, les dépendances ou la schizophrénie figurent parmi les principaux facteurs de risque de suicide à l'âge adulte.

Les dépressions entraînent un risque majeur de suicide et de tentative de suicide. Elles peuvent survenir dans toutes les situations de vie, mais plus particulièrement pendant les périodes de transition que sont, par exemple, à l'âge adulte, l'entrée dans le monde professionnel, la naissance d'un enfant (dépression post-partum), la ménopause ou la retraite (Walti et al. 2009).

Activité professionnelle et chômage L'exercice d'une activité professionnelle constitue l'un des facteurs de protection majeurs pour la santé psychique. Par contre, des difficultés ou des conflits au travail peuvent nuire à la santé psychique.

Le chômage est un facteur de risque élevé des maladies psychiques. Le risque de tentative de suicide est nettement plus marqué chez les chômeurs en âge de travailler que chez les non-chômeurs : les données de Bâle (période allant de 2003 à 2006) font apparaître 506 tentatives de suicide pour 100 000 hommes au chômage et 453 pour 100 000 femmes au chômage, alors que le taux de tentatives de suicide pour les personnes exerçant une activité professionnelle est de 39 pour 100 000 hommes et de 123 pour 100 000 femmes (Muheim et al. 2013).

Une étude internationale confirme la forte corrélation entre chômage et suicide (Nordt et al. 2015). Dans les 63 pays examinés, environ 230 000 personnes ont mis fin à leurs jours chaque année entre 2000 et 2011. Un lien direct ou indirect avec le chômage a pu être établi dans un cas de suicide sur cinq. Ce lien a été observé en Europe de l'Ouest aussi. Bien que la publication ne fournisse pas de données spécifiques pour la Suisse, ses auteurs ont indiqué dans un communiqué de presse qu'un suicide sur sept était imputable au chômage dans ce pays<sup>16</sup>.

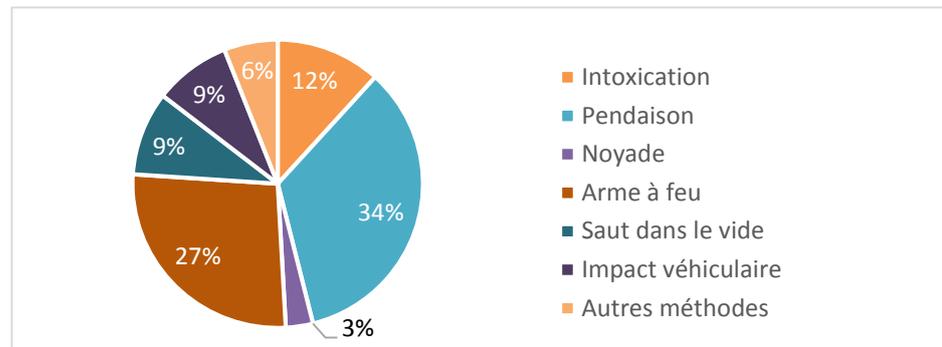
<sup>16</sup> [http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit\\_treibt\\_jaehrlich\\_45000\\_Menschen\\_in\\_den\\_Tod](http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit_treibt_jaehrlich_45000_Menschen_in_den_Tod) (consulté le 11.01.2016)

**Hommes** Entre 2004 et 2013, 5031 hommes de 30 à 69 ans ont mis fin à leurs jours. 34 % se sont suicidés par pendaison, 27 % par arme à feu et 12 % par intoxication (figure 11).

*11. Méthodes de suicide : hommes de 30 à 69 ans, moyenne 2004–2013*

Remarque :

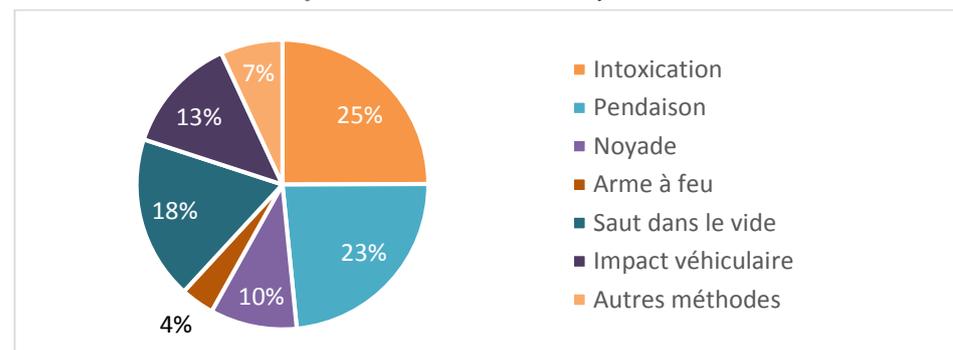
Les légendes en gras correspondent aux parts supérieures à 20 %.



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=503 par an

**Femmes** Entre 2004 et 2013, 2005 femmes de 30 à 69 ans ont mis fin à leurs jours. 25 % se sont suicidées par intoxication, 23 % par pendaison et 18 % par saut dans le vide (figure 12).

*12. Méthodes de suicide : femmes de 30 à 69 ans, moyenne 2004–2013*



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=201 par an

### 3.4 Personnes âgées et très âgées

Deux suicides tous les trois jours En moyenne, 227 personnes âgées et très âgées (70 ans et plus) ont mis fin à leurs jours chaque année en Suisse entre 2009 et 2013 (tableau 13), soit presque deux fois plus que les adolescents et les jeunes adultes (de moins de 30 ans).

Cependant, puisque le nombre de décès augmente avec l'âge, les suicides représentent moins de 1 % des décès dans cette classe d'âge (voir tableau 4, p. 13). Trois suicides sur quatre dans cette classe d'âge sont le fait d'hommes.

#### 13. Suicides – personnes âgées et très âgées : moyenne 2009–2013 (chiffres absolus)

Age	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 +	Total
Suicides	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Hommes	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Femmes	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

Taux de suicide Le taux de suicide (nombre de suicides pour 100 000 habitants de la classe d'âge) augmente continuellement chez les hommes et les femmes tout au long de l'âge adulte (de 30 à 59 ans). A partir de la soixantième année environ, cette évolution se stabilise pour les deux sexes, puis le taux diminue légèrement chez les femmes de 85 ans et plus (voir figure 3, p. 13), tandis qu'il augmente à nouveau fortement chez les hommes à partir de 75 ans.

Taux de tentatives de suicide Selon l'étude multicentrique menée à Berne, le taux de tentatives de suicide est plus bas chez les personnes âgées de 70 à 79 ans que dans les autres classes d'âge, mais revient à un niveau moyen chez les personnes de 80 ans et plus (Steffen et al. 2011). Dans l'étude multicentrique conduite à Bâle, le taux de tentatives de suicide des personnes âgées et très âgées est inférieur à la moyenne, notamment en raison du faible taux de tentatives de suicide chez les femmes de cet âge (Muheim et al. 2013).

Les suicides « réfléchis » Même à un âge avancé, les suicides sont rarement le fruit de décisions mûrement réfléchies (Stoppe 2012, p. 1415). Une maladie psychique, le plus souvent une dépression, est présente dans environ 90 % des cas de suicide à cet âge (Stoppe 2011). La dépression chez les personnes âgées n'est souvent pas reconnue ou est mal diagnostiquée, car elle peut facilement être attribuée au processus de vieillissement et être masquée par des troubles somatiques (Minder et Harbauer 2015).

Une enquête réalisée dans les centres de soins en Suisse a révélé que, selon le personnel soignant, 28 % des pensionnaires en home souffraient de dépression (Kaeser 2012) et qu'un autre tiers (34 %) présentaient des symptômes dépressifs, sans qu'un diagnostic ait été posé en bonne et due forme.

Multimorbidité et solitude Outre la dépression, d'autres facteurs peuvent contribuer à des actes suicidaires chez les personnes âgées, notamment des troubles du sommeil, des maladies physiques, des douleurs et des handicaps (Stoppe 2011). A la multimorbidité s'ajoutent le désespoir, l'isolement social, le veuvage ou la charge que représentent les soins apportés à un proche (Stoppe 2012). Après un veuvage, le risque de suicide est élevé, en particulier chez les hommes; si ce risque est à son maximum durant la première semaine qui suit le veuvage, il reste sensiblement élevé une année après (Ajdacic-Gross et al. 2008).

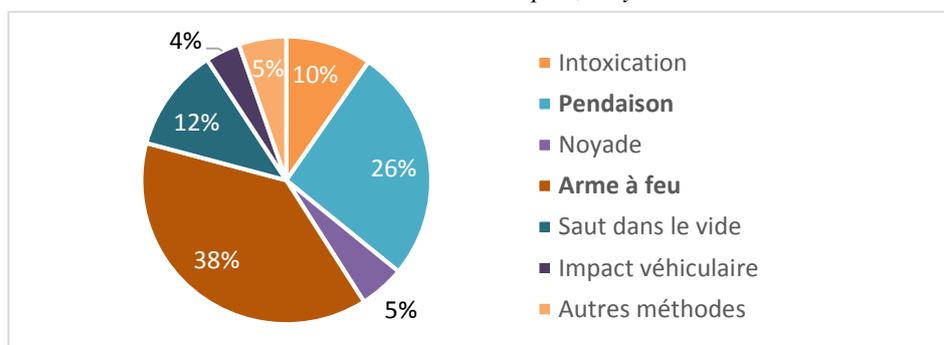
Facteurs de Nombre de personnes âgées et très âgées qui ont enduré des souffrances et

protection	des coups du sort ne deviennent pas pour autant suicidaires. Les ressources individuelles et sociales (résilience, spiritualité, intégration sociale, possibilité de parler de ses difficultés, p. ex.) assurent une protection contre le suicide également à un âge avancé (Steck et al. à paraître ; Stoppe 2011).
Image de la vieillesse dans la société	Les actes suicidaires doivent toujours être replacés dans un contexte culturel. L'image du vieillissement que la société véhicule joue de ce point de vue un rôle essentiel ( <i>Nationales Suizidprogramm für Deutschland 2015</i> ). La façon dont la société conçoit la dignité et l'autonomie est également cruciale (Rüegger 2013 ; Minder et Harbauer 2015).
Hommes	Entre 2004 et 2013, 1676 hommes de 70 ans et plus ont mis fin à leurs jours. Près de quatre sur dix se sont suicidés par arme à feu (38 %) et un quart par pendaison (26 % ; figure 14). Une différence existe entre les hommes de moins et de plus de 85 ans : les suicides sur la voie ferrée sont inexistantes chez les hommes très âgés et la proportion de suicides par saut dans le vide augmente d'autant.

14. Méthodes de suicide : hommes de 70 ans et plus, moyenne 2004–2013

Remarque :

Les légendes en gras correspondent aux parts supérieures à 20 %.

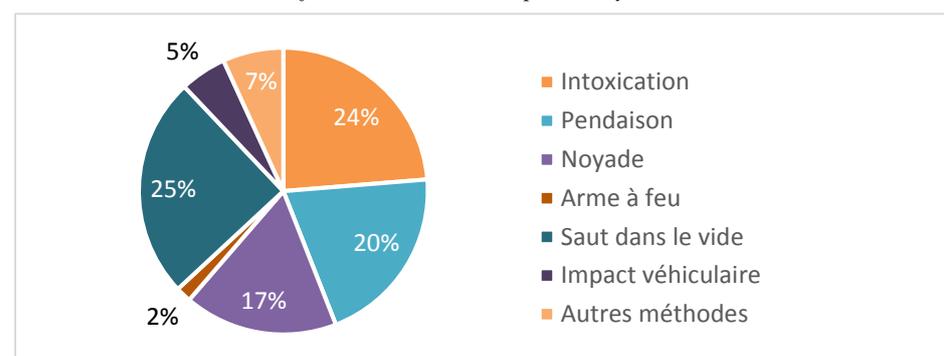


Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=168 par an

Femmes	Entre 2004 et 2013, 633 femmes de 70 ans et plus ont mis fin à leurs jours. Un quart se sont suicidées par saut dans le vide et un autre quart (24 %) par intoxication. La moitié des suicides de ce groupe est ainsi attribuable à deux méthodes. Une femme sur cinq est décédée par pendaison. La proportion de suicides par noyade (17 %) est étonnamment élevée, puisqu'elle n'atteint cette valeur ni chez les hommes ni dans aucune autre classe d'âge. Chaque année, une seule femme de 70 ans et plus a mis fin à ses jours en utilisant une arme à feu.
--------	--

Les suicides par impact véhiculaire sont, pour les femmes comme pour les hommes, inexistantes à partir de 85 ans, tandis que la proportion de suicides par saut dans le vide augmente d'autant.

15. Méthodes de suicide : femmes de 70 ans et plus, moyenne 2004–2013



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=63 par an

### 3.5 Hommes et femmes

Hommes : deux suicides par jour

En moyenne, 769 hommes ont mis fin à leurs jours chaque année en Suisse entre 2009 et 2013, soit plus de deux par jour (tableau 16). Le nombre de femmes qui se suicident est nettement moins élevé. La proportion de suicides du fait d'hommes oscille dans toutes les classes d'âge entre 70 % et 80 % ; elle se situe à 73 % en moyenne.

16. Suicides – hommes et femmes : moyenne 2009–2013 (chiffres absolus)

Age	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 +	Total
Suicide	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Hommes	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Femmes	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

Part du nombre de décès

Sur la durée d'une vie, les suicides représentent chez les hommes 3 % de l'ensemble des décès (tableau 4, p. 13). La proportion varie toutefois fortement avec l'âge : c'est chez les hommes de 20 à 29 ans qu'elle est la plus élevée, puisqu'elle est alors d'un décès sur trois. La proportion est d'un cinquième pour les femmes de cette classe d'âge.

Taux de suicide

Dans toutes les classes d'âge, le taux de suicide (nombre de suicides pour 100 000 habitants) est nettement supérieur chez les hommes que chez les femmes (figure 3, p. 13).

Pour les deux sexes, le taux de suicide augmente au cours de la vie adulte avant de se stabiliser entre 60 et 75 ans. Au-delà de 75 ans, il reste constant chez les femmes, tandis qu'il augmente fortement chez les hommes.

Tentatives de suicide

En Suisse, le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Steffen et al. 2011 ; Muheim et al. 2013). Alors que la différence entre les sexes est « étonnamment faible » à Berne (Steffen et al. 2011, p. 9), le taux de tentatives de suicide des femmes à Bâle est deux fois plus élevé que celui des hommes (Muheim et al. 2013). Les femmes ont habituellement recours à des méthodes plus « douces », qui présentant des taux de létalité plus faibles, l'intoxication par exemple, et qui permettent plus souvent d'éviter une issue fatale.

Image sociale de la masculinité

La surreprésentation des hommes parmi les auteurs de suicide peut s'expliquer entre autres par l'image de la masculinité véhiculée par la société, qui est associée à la dureté, à la réussite et à la performance (Hollstein 2015).

Méthodes à forte létalité

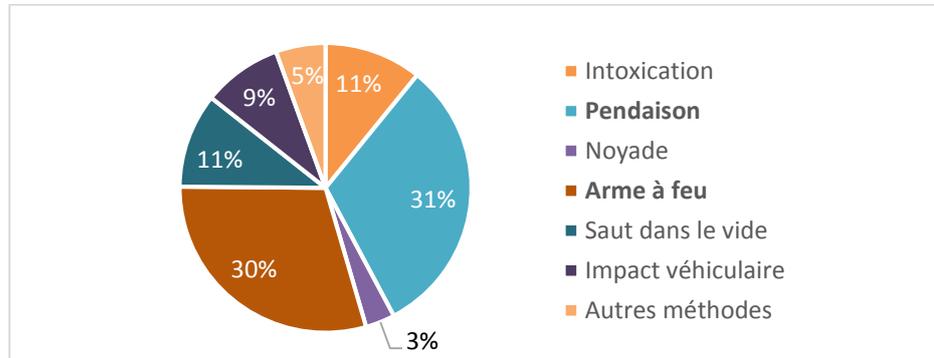
Pour mettre fin à leurs jours, les hommes ont en effet recours à des méthodes plus « dures », c'est-à-dire qui présentent une forte létalité : 60 % d'entre eux se suicident par pendaison ou par arme à feu.

## Hommes

Entre 2004 et 2013, 7783 hommes ont mis fin à leurs jours. 31 % se sont suicidés par pendaison, 30 % par arme à feu, 11 % par saut dans le vide et une proportion équivalente par intoxication (figure 17).

*17. Méthodes de suicide : hommes, moyenne 2004–2013*

Remarque :  
Les légendes en gras correspondent aux parts supérieures à 20 %.

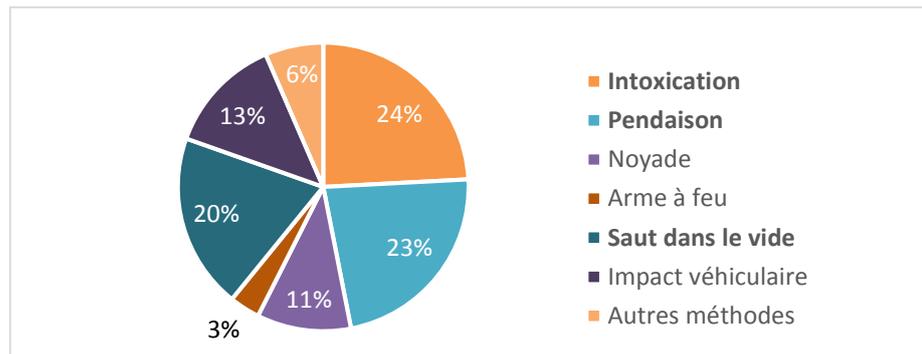


Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=778 par an

## Femmes

Entre 2004 et 2013, 2996 femmes ont mis fin à leurs jours. 24 % d'entre elles se sont suicidées par intoxication, 23 % par pendaison, 20 % par saut dans le vide, 13 % par impact véhiculaire et 10 % par noyade (figure 18).

*18. Méthodes de suicide : femmes, moyenne 2004–2013*



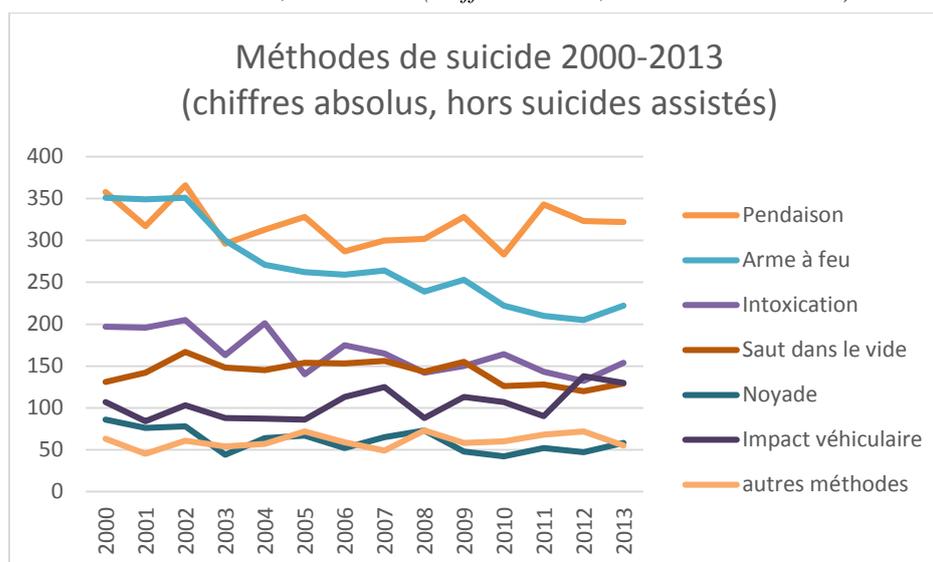
Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=300 par an

### 3.6 Méthodes de suicide

Entre 2004 et 2013, 10 779 personnes ont mis fin à leurs jours en Suisse, soit plus de 1100 suicides par an en moyenne. Sur ces 10 779 suicides, 29 % ont été commis par pendaison, 22 % par arme à feu, 15 % par intoxication, 13 % par saut dans le vide, 10 % par impact véhiculaire (principalement sur la voie ferrée), 5 % par noyade et 6 % par des méthodes non précisées<sup>17</sup>.

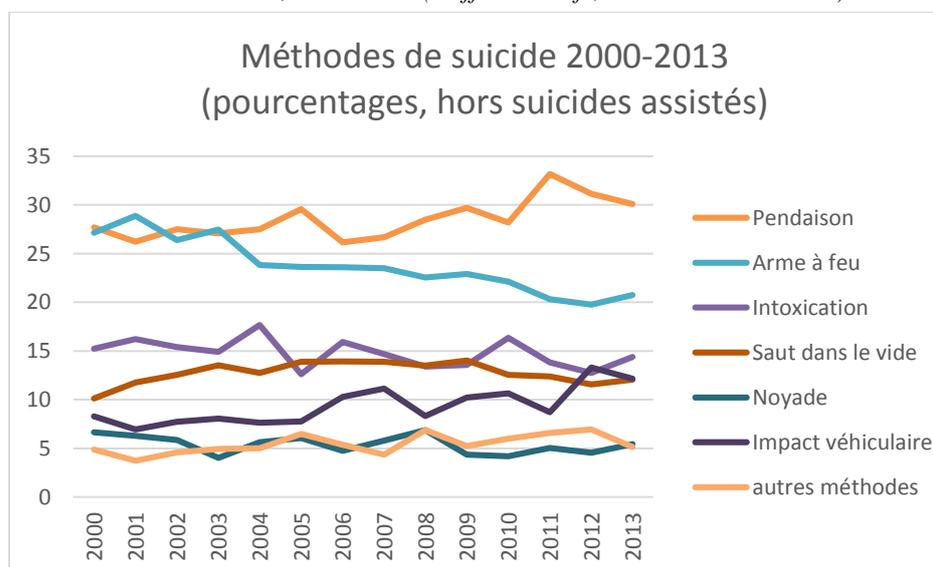
Les illustrations qui suivent montrent l'évolution au cours des dernières années, d'abord en chiffres absolus (figure 19), puis en chiffres relatifs (figure 20).

19. Méthodes de suicide, 2000–2013 (chiffres absolus, hors suicides assistés)



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

20. Méthodes de suicide, 2000–2013 (chiffres relatifs, hors suicides assistés)



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

La pondération entre les différentes méthodes ne change pas : la pendaison

<sup>17</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/thèmes\\_14/santé\\_de\\_la\\_population/mortalité/données\\_indicateurs/décès\\_nombre\\_évolution\\_et\\_causes](http://www.bfs.admin.ch/bfs/thèmes_14/santé_de_la_population/mortalité/données_indicateurs/décès_nombre_évolution_et_causes) (consulté le 11.01.2016); analyses : OFSP

reste de loin la méthode la plus utilisée, suivie par le recours à une arme à feu. Cette dernière méthode reste donc importante, même si le nombre de suicides par arme à feu a baissé de façon significative en chiffres absolus (figure 19) comme en chiffres relatifs (figure 20). Une légère augmentation des suicides par impact véhiculaire peut être observée au cours des dernières années (chiffres absolus et relatifs).

La suite du présent chapitre analyse plus en détail les méthodes de suicide sur lesquelles des restrictions d'accès sont susceptibles d'agir. La pendaison (sauf dans des institutions comme les prisons), la noyade et les méthodes regroupées dans la catégorie « autres » (suicide par section des veines, p. ex.) n'en font pas partie.

#### Utilisation d'une arme à feu

La Suisse affiche l'un des taux de suicide par arme à feu les plus élevés au monde (Reisch 2011). Cette méthode de suicide est presque exclusivement pratiquée par des hommes et 30 % de ceux qui mettent fin à leurs jours le font de cette façon

Pour pratiquer une prévention ciblée, il est intéressant de savoir comment les suicidants ont eu accès à une arme à feu, que ce soit directement, parce qu'ils en sont les propriétaires, ou indirectement, p. ex. parce qu'il y a un propriétaire d'arme à feu dans leur ménage. En Suisse, le service militaire obligatoire des hommes constitue en particulier une source possible d'accès à des armes, en plus de la possession d'armes pour des raisons privées comme la chasse, le tir sportif ou la constitution d'une collection.

Entre 2000 et 2010, une arme mise en circulation via l'armée a été utilisée dans environ un tiers des suicides par arme à feu en Suisse (Reisch et al. 2015<sup>18</sup>). Ce sont surtout les hommes entre 25 et 45 ans qui se sont suicidés au moyen d'une arme d'origine militaire (Reisch et al. 2015). Il s'agissait à la fois d'armes appartenant à l'armée et d'armes privées acquises par leur propriétaire à l'issue du service obligatoire. La moitié environ des suicides commis entre 2000 et 2010 l'ont été avec des armes dont l'origine était sans rapport avec l'armée. Selon les auteurs de l'étude, les armes de la police ou les autres armes de service (celles des gardes-frontières, p. ex.) ont joué un rôle secondaire dans les suicides.

Diverses réformes de la législation sur l'armée et de la législation sur les armes ont contribué à la diminution du nombre de suicides par arme à feu (voir 5.2, p. 31, Confédération). En 2013, 2500 armes militaires sont passées en mains privées à l'issue du service obligatoire. C'est un chiffre en nette baisse<sup>19</sup>.

Les personnes de 70 ans ou plus sont surreprésentées dans les suicides par arme à feu : elles constituent 30 % des utilisateurs de cette méthode alors que leur proportion toutes méthodes confondues n'est que de 22 % (tableau 21, p. 25).

---

<sup>18</sup> L'étude se limite aux suicides qui ont été analysés par les instituts médico-légaux en Suisse entre 2000 et 2010.

<sup>19</sup> Ce chiffre était de 32 000 en 2004 et de 7000 env. en 2007.

Source : [http://www.vbs.admin.ch/thèmes/défense/armée/arme\\_d'ordonnance/documents](http://www.vbs.admin.ch/thèmes/défense/armée/arme_d'ordonnance/documents) (consulté le 11.01.2016)

21. *Suicides par arme à feu (total 2009–2013)*

Age	0–29 ans	30–49 ans	50–69 ans	70+ ans	Total
Hommes	114	223	403	326	<b>1066</b>
Femmes	3	17	19	7	<b>46</b>
Total	117	240	422	333	<b>1112</b>
<b>Pourcentage*</b>	<b>11 %</b>	<b>22 %</b>	<b>38 %</b>	<b>30 %</b>	<b>100 %</b>

\* A titre de comparaison, la répartition des classes d'âge toutes méthodes confondues est la suivante : 13%, 30%, 36% et 22%.

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

## Intoxication

Les intoxications médicamenteuses représentent 85 % des auto-intoxications fatales et 80 % des tentatives de suicide par cette méthode<sup>20</sup> (suicides : Reisch et al. 2015<sup>21</sup> ; tentatives de suicide : Tox Info Suisse 2015). L'utilisation de produits chimiques comme méthode de suicide n'est certes pas négligeable, mais elle est moins importante que le recours aux médicaments.

Il est connu que de nombreuses personnes cherchent une aide médicale pendant les semaines ou les mois qui précèdent leur crise suicidaire et que ce sont souvent les médicaments prescrits dans le cadre de ces consultations (des antidépresseurs, p. ex.) qui sont ensuite utilisés pour une intoxication à visée suicidaire (Michel et al. 1994). Les antalgiques (paracétamol, p. ex.) occupent une place particulière dans les suicides par intoxication médicamenteuse, car ils peuvent facilement être obtenus sans ordonnance en pharmacie (Steffen et al. 2011). Des quantités relativement faibles de paracétamol parviennent à provoquer des complications graves pouvant entraîner la mort.

Aucune classe d'âge ne se distingue dans les suicides par intoxication (tableau 22). Par contre, les femmes sont surreprésentées.

22. *Suicides par intoxication, par âge et par sexe (total 2009–2013)*

Age	0–29 ans	30–49 ans	50–69 ans	70+ ans	Total
Hommes	48	145	144	72	<b>409</b>
Femmes	27	96	145	66	<b>334</b>
Total	75	241	289	138	<b>743</b>
<b>Pourcentage*</b>	<b>10 %</b>	<b>32 %</b>	<b>39 %</b>	<b>19 %</b>	<b>100 %</b>

\* A titre de comparaison, la répartition des classes d'âge toutes méthodes confondues est la suivante : 13%, 30%, 36% et 22%.

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

## Saut dans le vide

Le saut dans le vide figure parmi les méthodes dites « dures », c'est-à-dire à forte létalité. Mais contrairement à la pendaison ou à l'utilisation d'une arme à feu, les femmes utilisent cette méthode quasiment aussi souvent que les hommes. Les personnes qui optent pour cette méthode de suicide souffrent en moyenne plus souvent de schizophrénie que celles qui choisissent d'autres méthodes. Elles sont aussi nettement plus jeunes que celles qui se suicident par arme à feu ou par pendaison (Reisch et al. 2008).

Les personnes qui mettent fin à leurs jours en se précipitant dans le vide ont tendance à choisir un lieu près de leur domicile et facilement accessible (Wohner

<sup>20</sup> Les classes de médicaments les plus fréquemment utilisés pour des suicides sont les benzodiazépines, les opiacés/opioïdes, les antidépresseurs tricycliques / tétracycliques et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Lors des tentatives de suicide, il s'agit du paracétamol, des benzodiazépines (lorazépam en particulier) et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (acide méfénamique et ibuprofène en particulier).

<sup>21</sup> L'étude se limite aux suicides qui ont été analysés par les instituts médico-légaux en Suisse entre 2000 et 2010.

et al. 2005). La dimension symbolique (Daigle 2005) et le traitement médiatique (Stack 2003) semblent aussi jouer un rôle important dans le choix et l'attrait d'un site.

Les personnes de 70 ans ou plus sont légèrement surreprésentées dans les suicides par saut dans le vide : elles constituent 26 % des utilisateurs de cette méthode alors que leur proportion toutes méthodes confondues n'est que de 22 % (tableau 23).

### 23. Suicides par saut dans le vide (total 2009–2013)

Age	0–29 ans	30–49 ans	50–69 ans	70+ ans	Total
Hommes	68	118	111	97	<b>394</b>
Femmes	19	73	99	73	<b>264</b>
Total	87	191	210	170	<b>658</b>
<b>Pourcentage*</b>	<b>13 %</b>	<b>29 %</b>	<b>32 %</b>	<b>26 %</b>	<b>100 %</b>

\* A titre de comparaison, la répartition des classes d'âge toutes méthodes confondues est la suivante : 13%, 30%, 36% et 22%.

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

Suicides sur  
la voie ferrée

Le fait de sauter ou de se coucher devant un objet en mouvement (suicide par impact véhiculaire, principalement sur la voie ferrée) est la cinquième méthode de suicide la plus fréquente en Suisse. Son importance varie cependant en fonction de l'âge et du sexe. Chez les moins de 20 ans, elle est la méthode la plus utilisée, que l'on soit un garçon ou une fille. A l'inverse, les personnes âgées et très âgées optent rarement pour cette méthode de suicide.

Malgré une surreprésentation des adolescents et des jeunes adultes, les 30-69 ans constituent près des deux tiers du nombre total de personnes qui se suicident sur la voie ferrée (tableau 24).

### 24. Suicides sur la voie ferrée (total 2009–2013)

Age	0–29 ans	30–49 ans	50–69 ans	70+ ans	Total
Hommes	118	119	118	35	<b>390</b>
Femmes	50	60	62	16	<b>188</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>179</b>	<b>180</b>	<b>51</b>	<b>578</b>
<b>Pourcentage*</b>	<b>29 %</b>	<b>31 %</b>	<b>31 %</b>	<b>9 %</b>	<b>100 %</b>

\* A titre de comparaison, la répartition des classes d'âge toutes méthodes confondues est la suivante : 13%, 30%, 36% et 22%.

Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

La statistique de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur les causes de décès fait apparaître une certaine augmentation des suicides sur la voie ferrée en 2012 et 2013 (figures 19 et 20, p. 23), une tendance confirmée par les statistiques des Chemins de fer fédéraux (CFF) (tableau 25).

### 25. Personnes tuées et blessées gravement dans des accidents suicidaires dans les chemins de fer et les chemins de fer à crémaillère (2010–2014)

Morts					Blessés graves				
2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
126	103	140	140	151	14	14	18	16	9

Source : Office fédéral des transports<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> [http://www.bav.admin.ch/documantation/informations\\_specialisees/rapports/securite/rapport\\_sur\\_la\\_securite\\_2014](http://www.bav.admin.ch/documantation/informations_specialisees/rapports/securite/rapport_sur_la_securite_2014) (consulté le 11.01.2016)

### 3.7 Bilan

Fréquence	Chaque année, 1000 personnes environ décèdent par suicide et 10 000 personnes sont prises en charge médicalement suite à une tentative de suicide en Suisse.
Groupes de personnes	<p>Les données collectées montrent qu'en Suisse des actes suicidaires existent dans toutes les classes d'âge, chez les hommes comme chez les femmes et dans toutes les catégories socio-économiques. Parce que la suicidalité peut toucher chacun et chacune, des mesures de la prévention universelle sont importantes.</p> <p>Toutefois, il apparaît que certains groupes de personnes présentent un risque de suicide supérieur à la moyenne, p. ex. les hommes très âgés, les personnes au chômage et les adolescentes et adolescents homosexuels. Il est donc important de prévoir des mesures qui ciblent spécifiquement ces groupes.</p>
Méthodes de suicide	Une arme à feu est utilisée dans environ 20 % des suicides, presque exclusivement par des hommes. Environ 15 % des suicidants mettent fin à leurs jours par intoxication, en général médicamenteuse. Les intoxications sont plus fréquentes parmi les femmes qui décèdent par suicide que parmi les hommes. 15 % des suicidants décèdent par saut dans le vide et 10 % par impact véhiculaire (en général sur la voie ferrée). Le suicide sur la voie ferrée est la méthode la plus utilisée par les adolescents.
Prévention	Il existe des mesures de prévention qui ont fait leurs preuves pour les méthodes de suicide citées ci-dessus. Elles visent à réduire l'accès aux méthodes envisagées. Mais 30 % des suicidants en Suisse mettent fin à leurs jours par pendaison et il est quasiment impossible de limiter l'accès à ce moyen de suicide dans l'espace public. Environ 5 % des personnes décèdent par noyade, une méthode de suicide à laquelle il est également difficile de restreindre l'accès.

## 4. Le comportement suicidaire et ses facteurs

### 4.1 Le comportement suicidaire

Maladies  
psychiatriques et  
crises  
psychosociales

Diverses études montrent que près de 90 % des personnes qui se suicident présentent les symptômes d'un diagnostic psychiatrique (Organisation mondiale de la santé 2014). Les troubles de l'humeur (dépression primaire) arrivent en tête, suivis par les addictions, les troubles de la personnalité et la schizophrénie (Gysin-Maillart et Michel 2013). Certaines personnes qui traversent une crise suicidaire aiguë – dont de nombreux jeunes – ne souffrent toutefois pas d'un trouble psychiatrique, mais présentent une réaction aiguë à un stress psychosocial (Gysin-Maillart et Michel 2013).

Il n'en demeure pas moins que la majorité des personnes qui souffrent de troubles psychiques (ou qui traversent des crises psychosociales) ne se suicident pas. Le risque de mourir par suicide est, par exemple, de 4 % chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur, de 7 % chez les personnes présentant une dépendance à l'alcool, de 8 % chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire et de 5 % chez les personnes schizophrènes (Organisation mondiale de la santé 2014, p. 40). Plusieurs facteurs supplémentaires sont nécessaires pour qu'une maladie psychiatrique ou une situation de stress psychique conduise à une crise suicidaire. Un suicide (ou une tentative de suicide) est avant tout un acte, non une maladie (Reisch 2012).

Déclencheurs  
d'une crise  
suicidaire

Les déclencheurs de tendances suicidaires sont souvent des situations traumatisantes ou des crises liées à un changement (violence, décès du partenaire, crise d'identité, humiliation, p. ex.). Chez certaines personnes, les pensées suicidaires se développent de manière rapide et intense, puis s'estompent relativement rapidement. Le risque est ici celui d'un suicide « émotionnel », en particulier chez les personnes impulsives. Chez d'autres personnes, la souffrance croît de manière lente mais continue jusqu'à atteindre un seuil critique, tandis que d'autres individus vivent constamment avec un risque élevé de suicide (Ajdacic-Gross 2015).

Crise psychique

Le processus suicidaire peut être décomposé de manière simplifiée en six phases distinctes (Reisch 2012):

1. Phase présuicidaire : une vulnérabilité accrue se développe sur la base d'un trouble clinique ou subclinique, le plus souvent des symptômes dépressifs.
2. Phase de souffrance psychique : des déclencheurs internes ou externes (perte d'emploi, humiliation, p. ex.) aggravent la situation au point de la rendre subjectivement intolérable. Une pensée devient omniprésente et occulte toute autre expérience : comment mettre fin à cette souffrance ? Une réflexion rationnelle n'est possible qu'avec difficulté.
3. Première phase de la crise suicidaire : la solution apparente (le suicide) est trouvée, le problème est subjectivement résolu et la souffrance psychique est reléguée au second plan. La personne suicidaire est plus détendue.
4. Phase finale ambivalente : juste avant le passage à l'acte suicidaire, de nombreuses personnes marquent un moment d'arrêt. Elles laissent passer plusieurs trains ou restent un moment au bord du vide.
5. Phase finale de la crise suicidaire : la personne suicidaire accomplit l'acte qui mène potentiellement à la mort.
6. Réveil: les survivants se réveillent d'un état second qui était le leur avant de passer à l'acte. La plupart sont heureux d'être en vie et regrettent d'être passé à l'acte.

Une absence de contrôle des impulsions est souvent l'élément qui fait franchir le pas qui sépare les pensées ou les projets suicidaires de leur concrétisation.

## 4.2 Facteurs principaux

Les facteurs qui exposent les individus à un risque accru de suicide ou de tentative de suicide sont complexes et interdépendants. Il est rare que les suicides ou les tentatives de suicide correspondent à des actions préparées longtemps à l'avance et fondées sur un libre exercice de la volonté (suicide « réfléchi »). Dans la majorité des cas, l'acte suicidaire est la conséquence d'une situation de crise et d'un enchevêtrement de nombreux facteurs. D'un côté, ce constat explique qu'il est difficile de prédire de façon fiable les suicides ou les tentatives de suicide. D'un autre côté, le fait que plusieurs facteurs influencent les comportements suicidaires permet d'agir sur plusieurs niveaux et ainsi de multiplier les possibilités de prévention des suicides.

Interaction complexe	Outre des facteurs démographiques tels que l'âge et le sexe, le risque individuel de se suicider ou de tenter de le faire est influencé par des facteurs psychiques, biologiques, sociaux et environnementaux. Un lien peut souvent être établi avec un ou plusieurs de ces facteurs sans que l'on puisse pour autant parler d'une véritable relation de cause à effet.
Facteurs de risque	Considérant la gamme des facteurs individuels et environnementaux possibles, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) cite les facteurs de risque suivants : antécédents de tentative de suicide, troubles psychiques, dépendance à l'alcool, perte d'emploi ou difficultés financières, désespoir, douleur chronique, antécédents familiaux de suicide, facteurs génétiques et biologiques, relations conflictuelles, mécontentement ou perte, sentiment d'isolement et manque de soutien social, traumatisme ou abus, discrimination, stress lié à l'acculturation et au déplacement, catastrophes naturelles, guerres et conflits, stigmatisation associée à la demande d'aide, couverture médiatique inappropriée, accès aux moyens létaux et obstacles aux soins.
Facteurs de protection	Comme facteurs de protection, l'OMS mentionne des relations personnelles solides, des croyances religieuses ou spirituelles, des stratégies d'adaptation positives et la résilience <sup>23</sup> . Une bonne santé psychique – qui suppose des ressources individuelles, sociales et sociétales – s'avère dans l'ensemble être un facteur de protection contre le risque de suicide (Bürli et al. 2015).
Prévention comportementale et prévention contextuelle	La connaissance de ces différents facteurs de risque et de protection ouvre des perspectives pour la prévention. Cette dernière porte à la fois sur les conditions générales en place dans la société (prévention contextuelle ou structurelle) et sur les individus (prévention comportementale).
Guérison	La prévention ne peut pas éviter toutes les situations de vulnérabilité psychique ni toutes les crises suicidaires. Beaucoup de personnes souffrent psychiquement pendant des années ou des dizaines d'années et subissent des épisodes suicidaires répétés. Mais il est admis aujourd'hui qu'une guérison est possible même après un long parcours de souffrance. Il est donc important de prendre en compte dans la prévention du suicide les connaissances empiriques acquises par les personnes qui ont recouvré la santé après avoir été en situation de vulnérabilité psychique.

<sup>23</sup> La résilience est la capacité mentale et physique à surmonter sans préjudice durable des crises de la vie comme une maladie grave, une longue période de chômage ou la perte d'êtres chers. Les principaux facteurs qui favorisent la résilience sont l'environnement social et économique de la personne concernée, sa vitalité biologique et sa façon plus ou moins pragmatique d'affronter les problèmes (Richardson et Waite 2002).

**Commentaire**

Migrants en  
détresse  
psychique

Le fait de devoir quitter son domicile ou son lieu de séjour pour s'établir en Suisse peut provoquer un stress psychique important, surtout lorsque ce déplacement n'est pas volontaire (Nosetti et Jossen 2012; Küchenhoff 2013). Des expériences traumatisantes dans le pays d'origine, le déracinement, la perte de statut, un avenir incertain ou des difficultés économiques en Suisse pèsent sur le moral des migrants (Nosetti et Jossen 2012).

Des études portant sur les femmes migrantes venues de Turquie montrent un taux élevé de tentatives de suicide : Dans le canton de Bâle-Ville, ce taux est trois fois plus élevé chez les jeunes migrantes turques que chez les jeunes Suissesses (Brückner et al. 2011). Les femmes turques de la deuxième génération ont un risque particulièrement élevé de se suicider (Yilmaz et Riecher-Rössler 2008). Ce risque est souvent dû à des actes de violence au sein d'une relation conjugale ou au sein de la famille (Brückner et al. 2011; Yilmaz et Riecher-Rössler 2008).

Le soutien social représente un facteur important d'un bon état de santé, encore plus au sein de la population migrante que chez les personnes qui n'ont pas de parcours migratoire (Bundesamt für Gesundheit 2012). Or 45 % des personnes issues d'un Etat de l'UE, de l'AELE ou d'un autre pays européen se sentent seules, contre un tiers des Suisses. Ce taux s'élève même à 62 % chez les personnes venant d'un pays extra-européen<sup>24</sup>.

La situation est particulièrement difficile pour les personnes dont le statut de séjour est incertain (Nosetti et Jossen 2012) ainsi que pour les enfants et les adolescents demandeurs d'asile non accompagnés (Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant<sup>25</sup>). Une étude menée en Suisse révèle que, parmi des demandeurs d'asile choisis au hasard, 41 % souffrent d'un problème psychique, notamment de graves dépressions et de troubles de stress post-traumatique (Maier et al. 2010). Souvent, ils présentent également une comorbidité psychiatrique. Les requérants d'asile ont en moyenne deux fois plus recours aux services médicaux que la population suisse, occasionnant ainsi des coûts de santé plus élevés. Toutefois, ils reçoivent rarement un traitement adéquat pour leurs problèmes psychiatriques.

En Suisse, différentes offres transculturelles en matière de santé s'adressent spécifiquement aux migrants, comme les centres de thérapie et de conseil « Appartenances », à Lausanne, Vevey et Yverdon, « le Réseau Santé pour tous » des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ou « les consultations pour les migrants » des Services psychiatriques universitaires de Berne (UPD). Pour les personnes ayant vécu des expériences de violence extrême, il existe en Suisse cinq centres de thérapie pour les victimes de torture et de la guerre, qui ensemble forment le Groupement « Support for Torture Victims ».

<sup>24</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.Document.165614.xls> (consulté le 11.01.2016)

<sup>25</sup> <http://www.bsv.admin.ch/thèmes/questions de l'enfance et de la jeunesse/droits de l'enfant> (consulté le 11.01.2016)

## 5. La prévention du suicide en Suisse : acteurs et activités

### 5.1 Introduction

Acteurs de la prévention du suicide

La Confédération a dû tenir compte du contexte constitutionnel pour ses activités dans le domaine de la prévention du suicide, sa marge de manœuvre en la matière étant restreinte (Tschannen et Buchli 2004). Jusqu'alors, son action directe s'est limitée à certains domaines particuliers. Une de ses tâches centrales est la production de données statistiques, y compris en ce qui concerne les suicides.

La prévention du suicide relève principalement de la compétence des cantons. Le taux de suicide varie d'ailleurs d'un canton à l'autre<sup>26</sup>, sans que l'on connaisse vraiment les raisons de telles variations. L'engagement en matière de prévention du suicide diffère lui aussi selon les cantons.

Enfin, une grande partie du travail de prévention du suicide en Suisse est effectué par des organisations non gouvernementales.

Le présent chapitre présente succinctement la prévention du suicide en Suisse.

### 5.2 Confédération

Engagement de la Confédération

La prévention du suicide est une tâche qui mobilise plusieurs départements et offices. Si l'action de la Confédération dans ce domaine est surtout indirecte, elle peut aussi prendre une forme directe de façon ponctuelle.

Les activités visant à favoriser la santé psychique de la population ont une influence essentielle sur le taux de suicide. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sont à cet égard plus particulièrement impliqués. La prévention du suicide devra être étroitement coordonnée avec ces activités et avec les mandats parlementaires en cours, dont voici quelques exemples :

- projet « Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action » (2015)<sup>27</sup> ;
- postulats 13.3370 « Mesures envisagées dans le domaine de la santé psychique en Suisse »<sup>28</sup>, 10.3255 « Avenir de la psychiatrie »<sup>29</sup>, 14.3191 « Intégration sur le marché du travail des personnes présentant des troubles psychiques »<sup>30</sup> et développement continu de l'AI ;
- Stratégie nationale Addictions ;
- éducation + santé Réseau Suisse ;
- Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (Stratégie MNT) ;
- Convention des droits de l'enfant de l'ONU.

Le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) ou le Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) peuvent également contribuer à réduire le nombre de suicides

<sup>26</sup> <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide> (consulté le 11.01.2016)

<sup>27</sup> [http://www.bag.admin.ch/thèmes/la\\_politique\\_de\\_la\\_santé/santé\\_psychique/la\\_santé\\_psychique\\_en\\_Suisse](http://www.bag.admin.ch/thèmes/la_politique_de_la_santé/santé_psychique/la_santé_psychique_en_Suisse) (consulté le 11.01.2016)

<sup>28</sup> [http://www.parlament.ch/documentation/curia\\_vista/id=20133370](http://www.parlament.ch/documentation/curia_vista/id=20133370) (consulté le 11.01.2016)

<sup>29</sup> [http://www.parlament.ch/documenation/curia\\_vista/id=20103255](http://www.parlament.ch/documenation/curia_vista/id=20103255) (consulté le 11.01.2016)

<sup>30</sup> [http://www.parlament.ch/dokumenation/curia\\_vista/id=20143191](http://www.parlament.ch/dokumenation/curia_vista/id=20143191) (consulté le 11.01.2016)

par leur action. L'Office fédéral des routes (OFROU) a pour sa part adopté des directives concernant la prévention du suicide depuis les ponts<sup>31</sup>. Avec la statistique sur les causes de décès, l'Office fédéral de la statistique (OFS) réunit les données pertinentes concernant les suicides. A travers les réformes de l'armée, le Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS) a contribué à réduire les suicides par arme à feu. L'Office fédéral des transports (OFT) apporte un soutien aux entreprises de transport dans le domaine de la sécurité.

Pour réduire l'accessibilité aux moyens létaux, ce sont plus particulièrement la législation sur les armes et l'armée, d'une part, et celle sur les produits thérapeutiques et les stupéfiants, d'autre part, qui jouent un rôle important.

#### Législation sur les armes et l'armée

Au cours des dix dernières années, plusieurs modifications législatives ont limité l'accès de la population aux armes à feu. Bien que ces projets n'aient pas été lancés dans un souci de prévention du suicide (Haas et Schibli 2015), il a été démontré que ces restrictions d'accès ont entraîné une baisse de la part des suicides par arme à feu. Seule une faible proportion des cas (22 %) a été compensée par l'augmentation du recours à d'autres méthodes (Reisch et al. 2013).

Une modification législative importante a été, en 2004, l'abaissement des limites d'âge déterminant l'obligation d'accomplir le service militaire, ce qui a fortement réduit le nombre d'armes d'ordonnance conservées à domicile par des militaires. L'acquisition des armes militaires par des particuliers a également été rendue plus difficile, tandis que la restitution d'armes surnuméraires a été facilitée en 2008 (restitution gratuite et à tout moment à la police). Depuis 2010, une personne ne peut acquérir une arme militaire après la libération de ses obligations militaires que si elle est en possession d'un permis d'acquisition d'armes<sup>32</sup>. Les efforts passés ou présents de la Confédération pour améliorer l'échange d'informations entre les instances chargées de contrôler les demandes d'acquisition d'armes (entre les autorités fédérales et cantonales, mais aussi entre les autorités civiles et militaires, p. ex.) sont un autre élément important.

En Suisse, les personnes qui font une tentative de suicide avec une arme ne peuvent en principe pas la récupérer. Lorsqu'une personne demande qu'on lui restitue son arme, la police exige habituellement une expertise psychiatrique attestant qu'elle ne constitue pas un danger ni pour des tiers ni pour elle-même.

#### Complément

##### Suicide élargi

Un homicide sur deux (y compris les tentatives d'homicide) s'inscrit dans le cadre de violences domestiques (Office fédéral de la statistique 2006). Des armes blanches (35 %) et des armes à feu (30 %) sont alors souvent utilisées. Des armes à feu sont en particulier employées dans les cas de meurtres (multiples) suivis d'un suicide (on parle alors de « meurtre-suicide » ou de « suicide élargi ») (Grabherr et al. 2010). Les tueries de masse qui se terminent par le suicide du tireur (ce type spécifique d'acte meurtrier est appelé « amok ») sont considérées comme une forme de suicide élargi. La disponibilité des armes

<sup>31</sup> Ces directives s'appuient sur les résultats de la première étude réalisée sur les ponts en Suisse (Reisch et al. 2006). Une seconde étude justifie d'y apporter certaines adaptations. Par rapport à la première version, les nouvelles directives devraient contenir les critères « Proximité des établissements psychiatriques » et « Situation lors de la construction d'un pont » (Reisch et al. 2014).

<sup>32</sup> Cela a entraîné une baisse massive de la possession d'anciennes armes militaires par des particuliers. A peine 2500 anciennes armes militaires ont été acquises en 2013, alors que ce nombre s'élevait encore à 32 000 en 2004 et à environ 7000 en 2007.

Source : [http://www.vbs.admin.ch/thèmes/défense/armée/arme\\_d'ordonnance/documents](http://www.vbs.admin.ch/thèmes/défense/armée/arme_d'ordonnance/documents) (consulté le 11.01.2016)

	à feu joue un rôle crucial dans cette forme de suicide, car elle facilite considérablement le meurtre de plusieurs personnes et le suicide qui suit. Dans neuf cas sur dix, les actes de ce type commis par des Suisses l'ont été avec une arme à feu (Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes 2012 ; Killias et al. 2006).
Législation sur les produits thérapeutiques et sur les stupéfiants	Les pratiques en matière de prescription, la décision de soumettre un médicament à ordonnance, la taille des emballages et les pratiques de vente et de conseil dans les pharmacies peuvent influencer le nombre de suicides ou de tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse. La question du renforcement de la prévention du suicide sera donc abordée dans le cadre de la révision du 4 <sup>ème</sup> train d'ordonnances sur les produits thérapeutiques. Les travaux débiteront en 2016. Il s'agira de soupeser soigneusement les impératifs de la prévention du suicide et d'autres aspects de la santé publique, comme par exemple d'analyser les conséquences sanitaires négatives en cas de restrictions à l'accès de médicaments souvent utilisés pour les suicides.
Loi sur la statistique fédérale	La statistique sur les causes de décès produite par l'OFS est particulièrement importante pour la problématique des suicides. Elle ne fournit toutefois que des informations rudimentaires, puisque les méthodes de suicide ne sont, par exemple, recensées qu'à un niveau agrégé, tandis que les informations sur le lieu du décès font défaut. Il n'existe pas de données de routine à l'échelle nationale sur les tentatives de suicide. Ces dernières ont été recensées dans l'agglomération bernoise entre 2004 et 2010 et à Bâle entre 2003 et 2006 dans le cadre des études multicentriques de l'OMS/MONSUE (pour Berne : Steffen et al. 2011 ; pour Bâle : Muheim et al. 2013).
<b>Commentaire</b>	La statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique (OFS) fournit, au niveau national, des données de routine sur les suicides.
Sources quantitatives de données	Il existe d'autres sources (potentiellement) intéressantes livrant des informations, pour toute la Suisse, sur les suicides, les tentatives de suicide, le risque suicidaire ou les facteurs de risque et de protection (p. ex., santé psychique, solitude, soins de santé) <sup>33</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les instituts de médecine légale,</li> <li>• la statistique médicale des hôpitaux,</li> <li>• la statistique des hôpitaux,</li> <li>• Tox Info,</li> <li>• le système de déclaration Sentinella,</li> <li>• la statistique policière de la criminalité,</li> <li>• la statistique en matière de détention,</li> <li>• l'Enquête suisse sur la santé,</li> <li>• le Panel suisse de ménages,</li> <li>• les enquêtes fédérales auprès de la jeunesse (ch-x),</li> <li>• la <i>Swiss National Cohort</i> (liée, par exemple, à la statistique sur les causes de décès).</li> </ul>
Sources qualitatives de données	Des données quantitatives seules ne permettent pas de répondre à toutes les questions concernant le risque suicidaire et la prévention du suicide. Des études qualitatives complémentaires sont également essentielles. Les expériences des personnes concernées, des proches et des survivants constituent des sources

<sup>33</sup> Des enquêtes uniques, menées au niveau national fournissent également des informations : l'enquête sur la santé des personnes âgées vivant dans les institutions (ESAI, 2008/09).

Interventions factuelles et évaluation de l'efficacité	importantes pour des études qualitatives.  Des interventions factuelles en matière de prévention du suicide nécessitent obligatoirement des données solides. Le monitoring et la recherche permettent d'analyser les effets des interventions.
--	--

### 5.3 Cantons et communes

Engagement des cantons : aperçu	<p>Au cours des dernières années, presque tous les cantons ont développé, en collaboration avec les communes, des activités visant à améliorer la santé psychique de la population. Le rapport intitulé « <i>Santé psychique en Suisse</i> » offre un aperçu de ces activités (soutien à l'Alliance contre la dépression, p. ex.) (Bürli et al. 2015, p. 29).</p> <p>Les communes ont une grande importance car ce sont leurs structures (écoles, homes, centres de consultation, p. ex.) et leurs domaines de compétence (services sociaux, p. ex.) qui permettent de s'adresser aux groupes cibles et elles jouent un rôle actif lors de la mise en œuvre des mesures.</p> <p>Une enquête<sup>34</sup> menée auprès des cantons a montré que seuls quelques cantons (VD, VS et ZG) ont lancé des activités de prévention du suicide dans le cadre d'un programme spécifique (au-delà de la promotion de la santé psychique ; état en avril 2015). En septembre 2015, le canton de Zurich a démarré un programme interdépartemental de prévention du suicide.</p> <p>Si peu de cantons ont intégré leurs activités de prévention du suicide dans un programme coordonné, nombre d'entre eux entreprennent des activités ponctuelles dans ce domaine, que celles-ci aient été lancées par les cantons eux-mêmes ou par des acteurs extérieurs (parfois avec le soutien financier des cantons).</p>
Collecte des données	<p>Certains cantons ont commencé à recueillir leurs propres données sur les suicides et tentatives de suicide (en collaboration avec la police, les instituts de médecine légale et le ministère public), les données de l'OFS étant jugées insuffisantes. Certains de ces efforts ont été suspendus, dans l'espoir que le plan d'action sur la prévention du suicide apporte une solution à l'échelle nationale.</p>
Soins médicaux	<p>Les cantons doivent garantir une offre adéquate en soins médicaux. Dans le contexte de la prévention du suicide, il est important que les personnes présentant des troubles psychiques, y compris les personnes souffrant d'addictions, puissent aisément avoir accès à des soins de qualité. Une attention particulière doit être accordée aux personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide. Les personnes ayant perdu un proche par suicide et les groupes professionnels exposés à cette problématique doivent également bénéficier d'une prise en charge et de traitements appropriés.</p> <p>Dans les soins somatiques, un repérage précoce des troubles psychiques, des crises suicidaires, voire des actes suicidaires est essentiel. Les médecins exerçant en ambulatoire et en stationnaire ainsi que le personnel de santé dans les hôpitaux, les homes et les établissements médico-sociaux ont à cet égard</p>

<sup>34</sup> Enquête réalisée par le Réseau Santé Psychique Suisse au printemps 2015 ; réponses fournies par 25 cantons, complétées par les auteurs de l'enquête.

des fonctions importantes de repérage et de triage.

Ces fonctions sont particulièrement difficiles dans le cas des migrants, à la fois en raison de la barrière de la langue et parce que les crises se manifestent souvent différemment chez eux que chez les personnes sans parcours migratoire.

Le repérage précoce, la prise en charge et le traitement des personnes en situation de détresse psychique requièrent un savoir-faire spécifique. Mais l'état d'esprit du personnel est tout aussi important car les personnes en situation de vulnérabilité psychique ont besoin de beaucoup d'empathie.

Quasiment tous les cantons possèdent des établissements de soins psychiatriques ou socio-psychiatriques, qu'ils soient ambulatoires ou résidentiels. Les offres permettant d'intervenir 24 heures sur 24 et sept jours sur sept en cas de crise n'existent par contre pas partout, alors qu'elles sont particulièrement importantes dans une perspective de prévention du suicide. D'autres difficultés résultent du manque de compétences linguistiques du personnel spécialisé, d'obstacles à l'accès aux soins ou de délais d'attente, notamment en pédopsychiatrie (Haemmerle 2007). Les personnes concernées rapportent qu'elles ne se rendent pas dans les centres d'intervention de crise lorsqu'elles ont un épisode de suicidalité car elles se retrouveraient dans une institution stationnaire, ce qu'elles ne veulent pas. Les structures intermédiaires sont appréciées par les personnes en situation de vulnérabilité psychique qui ont besoin de plus qu'une prise en charge ambulatoire (p. ex. plus qu'un entretien toutes les deux semaines avec leur psychothérapeute) mais qui ne souhaitent pas faire de séjours (souvent répétés) en institution<sup>35</sup>.

#### **Complément**

Suicides pendant les séjours en clinique psychiatrique

En 2011, 43 patients ont mis fin à leurs jours en Suisse lors d'un séjour dans une clinique psychiatrique, un nombre plus ou moins constant sur les dix dernières années<sup>36</sup>.

Le risque de suicide des patients pendant un séjour dans une clinique psychiatrique est environ 50 fois plus élevé que dans la population normale (Ajdacic-Gross et al. 2009). La plupart des suicides ont lieu le week-end à l'extérieur de la clinique après que le risque de suicide a été évalué et exclu. Cela illustre la difficulté d'une évaluation fiable des tendances suicidaires, même pour des professionnels (Ajdacic-Gross 2015).

Un plan d'action est en cours d'élaboration avec le concours d'experts dans le cadre du projet « La sécurité des patients en psychiatrie » réalisé par la fondation Sécurité des patients Suisse (financé en grande partie par la FMH)<sup>37</sup>. La prévention du suicide y occupe une place de premier plan (Mascherek 2015).

Prévention du suicide dans les communes

Il est difficile de savoir dans quelle mesure les centres de consultation dans les communes sont sensibilisés à la prévention du suicide. Les services de la jeunesse, les centres de prévention des addictions et les services sociaux sont à ce niveau les acteurs les mieux préparés à assumer cette fonction. De manière générale, il existe trop peu de centres de proximité pour les personnes âgées,

<sup>35</sup> Cf. rapport « Avenir de la psychiatrie en Suisse » établi en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255) (sous presse).

<sup>36</sup> [http://www.hplus.ch/fr/chiffres\\_faits/moniteur\\_des\\_hopitaux\\_et\\_cliniques\\_de\\_h/psychiatrie](http://www.hplus.ch/fr/chiffres_faits/moniteur_des_hopitaux_et_cliniques_de_h/psychiatrie) (consulté le 11.01.2016)

<sup>37</sup> <http://www.patientensicherheit.ch/fr/th-mes/identification-des-risques/La-s-curit-des-patients-en-psychiatrie.html> (consulté le 11.01.2016)

les jeunes homosexuels, bisexuels et transsexuels, les migrants et les hommes. Pour que les structures et les services dans les communes aient effectivement des usagers, il est essentiel qu'ils soient facilement accessibles (offres à bas seuil)<sup>38</sup>. Les services de consultation doivent collaborer avec les lignes téléphoniques d'urgence ainsi qu'avec les services psychiatriques et socio-psychiatriques,

Prévention du suicide dans les établissements de formation

Les suicides sont rares durant la période de la scolarité obligatoire. Si les offres dans le domaine de la gestion de crise sont relativement nombreuses en Suisse pour les enfants de cet âge, elles mettent principalement l'accent sur l'intervention en cas de crises aiguës plutôt que sur le repérage précoce. Le concept de l'intervention précoce (concept IP<sup>39</sup>) est inégalement répandu. Il est développé dans les domaines de la prévention des addictions et de la violence et offre des perspectives intéressantes pour la prévention du suicide.

Même si les suicides pendant la scolarité obligatoire sont rares, cette phase de la vie est importante pour la prévention car c'est durant l'enfance et l'adolescence que se mettent en place les fondements de la future intégrité psychique des individus. L'école est donc un lieu important pour fortifier les enfants et les adolescents et développer leur santé psychique.

Les suicides sont plus fréquents dans le cadre de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur. L'importance des mesures spécifiques de prévention du suicide à ce stade n'en est que plus grande. Or les projets de prévention dans ces établissements de formation restent secondaires en Suisse<sup>40</sup>.

### Complément

Suicides en détention

La statistique des peines de privation de liberté recense un total de 85 suicides entre 2003 et 2013 (Office fédéral de la statistique 2015a), soit un peu moins de huit cas par an en moyenne. Les fluctuations sont cependant importantes, allant de deux cas en 2013 à quatorze cas en 2006. En raison du faible nombre de cas, il est difficile de dégager des tendances.

Sur les 85 suicides, 51 ont eu lieu en détention préventive, 26 dans le contexte de l'exécution des peines (y compris l'exécution anticipée des peines) et huit dans le contexte d'autres formes de détention (détention en vue du renvoi ou de l'expulsion, p. ex.). Rapporté au nombre de détenus, le nombre de cas en détention préventive est plus élevé que la moyenne.

Les instituts de médecine légale fournissent des renseignements supplémentaires sur les suicides en prison. Ils ont examiné 50 cas de ce type entre 2000 et 2010 (Gauthier et al. 2015). Les personnes qui se sont suicidées étaient à 98 % des hommes (un seul cas de femme). Un tiers d'entre elles étaient de nationalité suisse et près des deux tiers avaient un emploi fixe. Dans 61 % des cas, des problèmes psychiatriques ont été identifiés comme raison du suicide (en plus d'autres raisons possibles telles que la détention elle-même ou

<sup>38</sup> Une offre à bas seuil est une structure ou un service facile à utiliser. Cela suppose qu'elle est physiquement accessible grâce à son emplacement géographique et à son organisation, mais aussi financièrement abordable. Elle doit en outre être perçue comme acceptable par les usagers potentiels, c'est-à-dire qu'elle doit garantir l'anonymat si cela est nécessaire mais aussi proposer des prestations efficaces, sans barrières sociales ou culturelles (comme la langue, l'âge, le sexe, la religion ou l'appartenance ethnique)

source : <http://www.bag.admin.ch/glossair> (consulté le 11.01.2011)

<sup>39</sup> <http://www.bag.admin.ch/jugendprogramme/10043/10044/index.html?lang=fr> (consulté le 11.01.2016)

<sup>40</sup> P. ex. pour les entreprises formatrices : *Zwischen Lebenslust und Lebensfrust – Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention*, rédigé par la Haute Ecole spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse et le Suizid-Netz Aargau ; pour la formation tertiaire : le réseau Krise & Suizid de l'Université et de l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich.

des conflits interpersonnels). 35 % des personnes qui se sont suicidées ont laissé une lettre expliquant leur geste. 84 % sont mortes par pendaison, dont 72 % en ayant utilisé un point d'appui suffisamment élevé pour que les pieds ne touchent pas le sol – le plus souvent les barreaux d'une fenêtre. Les matériaux utilisés étaient des vêtements ou des draps de lit. Le second moyen de suicide le plus fréquent était l'intoxication médicamenteuse.

L'OMS et l'Association internationale pour la prévention du suicide (IASP) ont publié un guide sur la prévention du suicide en milieu carcéral destiné au personnel des services d'exécution judiciaire (World Health Organization WHO und International Association for Suicide Prevention IASP 2007). La prévention du suicide en milieu carcéral fait partie de la médecine carcérale. Tant le domaine de la santé que l'exécution des peines et des mesures sont du ressort des cantons. Il n'existe donc pas de règles uniformes régissant la médecine en milieu carcéral. Pour améliorer et harmoniser la situation dans l'ensemble de la Suisse, la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ont instauré en 2013 le Collège interdisciplinaire de santé carcérale Santé Prison Suisse (SPS)<sup>41</sup>.

## 5.4 Organisations non gouvernementales

Associations de prévention du suicide

Les organisations non gouvernementales (ONG) sont des acteurs essentiels de la prévention du suicide en Suisse. Elles sont principalement actives dans les contextes non médicaux. Certaines organisations s'occupent explicitement et exclusivement de prévention du suicide ; leurs activités sont présentées dans le tableau 26.

26. Associations qui, en Suisse, s'occupent explicitement et exclusivement de prévention du suicide

Associations de prévention du suicide	Professionnels				Public	
	Recherche	Mise en réseau	Formation continue	Matériel d'information	Information/sensibilisation <sup>42</sup>	Conseil/aide <sup>43</sup>
CH: Ipsilon	✓	✓	✓	✓	✓	
AG: Suizid-Netz		✓	✓	✓	✓	
BE: Fachgruppe Suizidprävention		✓	✓	✓	✓	
BE (partie francophone): Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
FR: PréSuiFri		✓	✓	✓		
GE: STOP SUICIDE		✓	✓	✓	✓	
JU: Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
NE: Parlons-en		✓	✓	✓	✓	✓
VS: Parspas			✓	✓	✓	✓
ZH: FSSZ	✓	✓	(✓)	✓	✓	
ZH: Kirche und Jugend		✓	✓		✓	✓

Il existe par ailleurs de nombreuses ONG pour lesquelles la prévention du suicide s'inscrit dans un champ d'activité plus large.

<sup>41</sup> <http://sante.prison.ch/fr> (consulté le 11.01.2016)

<sup>42</sup> Il s'agit ici de fournir des informations sur la problématique du suicide, mais aussi sur les maladies psychiques.

<sup>43</sup> A la personne concernée, aux proches ou aux deux.

Pour que les offres soient utilisées par les personnes en situation de détresse psychique, il faut qu'elles soient facilement et rapidement accessibles et qu'elles jouissent d'une notoriété suffisante.

Lignes téléphoniques d'urgence et centres de consultation

Les services joignables 24 heures sur 24 et 365 jours par an jouent un rôle crucial. Alors que les lignes téléphoniques d'urgence mettent immédiatement en relation avec un conseiller, il faut attendre assez longtemps pour obtenir une réponse d'un service par SMS ou par courriel : l'attente peut se compter en heures voire en jours selon les services. La Main Tendue, ou 143, et Conseils + aide 147 de Pro Juventute sont des lignes d'écoute qui jouent un rôle important: à elles deux, elles couvrent toutes les régions et les langues du pays ainsi que l'ensemble des classes d'âge. Certaines lignes d'urgence ont un ancrage régional. Il existe également des numéros d'urgence médicale accessibles 24 heures sur 24, mais les personnes qui ont besoin d'aide hésitent davantage à les composer.

Les services d'informations et de conseil sur différents thèmes (p. ex. les maladies psychiques, les addictions, la violence, le coming out) sont donc tout aussi importants. Ils sont gérés non seulement par des ONG mais souvent aussi par des communes, qui les intègrent dans leurs structures. Beaucoup de centres de consultation sont ouverts uniquement aux heures de bureau. S'il faut en outre renoncer à l'anonymat ou prendre rendez-vous, l'obstacle peut être infranchissable en cas de crise aiguë. Les services par SMS ou par courriel offrent l'avantage de l'anonymat. L'idéal est que les centres de consultation et les lignes téléphoniques d'urgence spécialisés dans des domaines ou des groupes-cibles différents unissent leurs forces : les lignes d'urgence sont accessibles en tout temps en cas d'urgence et peuvent inviter les appelants à se mettre en relation avec un centre de consultation ou de prise en charge. Il est important de s'assurer que les hommes recourent eux aussi à ces services.

Prévention de l'isolement et intervention

La promotion des ressources sociales, notamment via la participation sociale et la prévention de l'isolement, est une dimension importante de la prévention du suicide, qu'il s'agisse de prévention primaire, secondaire ou tertiaire (Amstad et Bürli 2015). Mais le fait d'avoir une vie sociale n'empêche pas systématiquement d'éprouver un fort sentiment de solitude. Le sentiment de solitude est répandu dans toutes les classes d'âge. Les troubles psychiques augmentent le risque d'isolement social.

Le tableau 27 présente quelques activités d'ONG visant à lutter contre l'isolement et à encourager la participation sociale :

27. *Quelques activités d'ONG visant à lutter contre l'isolement et à encourager la participation sociale*

Titre	Genre	Canton(e)
Projekt Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter	Programme	CH
Gesund altern	Programme	ZG
femmesTISCHE	Point de ralliement	AG/AR/BS/BE/GE/LU/NW/OW/SG/SO/SZ/TG
TAVOLATA – bringt Menschen zusammen	Point de ralliement	AG/BE/BS/BL/GR/JU/LU/NE/NW/OW/SG/SH/SZ/TG/TI/UR/ZG/ZH
Café Yucca	Point de ralliement	ZH
Café Balance	Point de ralliement	BS
Väter für Väter	Point de ralliement	Ville de Zurich
Fahrdienst, Besuchs- und Begleitdienst, Rotes Kreuz	Aide de voisinage	CH
Va bene – Besser leben zuhause	Aide de voisinage	ZH
Quartiers solidaires	Aide de voisinage	VD

Prévention du suicide dans les entreprises	La prévention du suicide au sens strict occupe une place marginale dans les entreprises. Les problématiques les plus souvent abordées sont la prévention du <i>burnout</i> et la gestion du stress (Fässler et al. 2015).
Formation des professionnels non médicaux	<p>La formation de multiplicateurs est essentielle pour permettre aux professionnels des établissements de formation, des services de l'emploi, des communes, des homes, des entreprises, des prisons, des Eglises, mais aussi des centres de consultation et des lignes téléphoniques d'urgence, de mener à bien leur fonction de repérage précoce et de triage. L'offre existante en la matière pourrait être étendue. La formation des multiplicateurs est notamment plus développée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. La formation des forces de police et des autorités d'exécution des peines est différente d'un canton à l'autre. Les CFF forment leurs employés à la prévention du suicide.</p> <p>Les formations ne doivent pas se limiter à dispenser des connaissances techniques car l'état d'esprit des multiplicateurs est tout aussi important face à des personnes en situation de vulnérabilité psychique, qui ont besoin de recevoir beaucoup d'empathie de la part des multiplicateurs.</p>
Bénévoles	Les bénévoles peuvent aussi jouer un rôle dans le repérage précoce de la détresse psychique. Au Québec (Canada), des projets dans ce sens sont déjà en place : le but est de mieux détecter les crises grâce à la sensibilisation ou à une formation ciblée de la population <sup>44</sup> . Des bénévoles formés et encadrés par des professionnels s'efforcent de repérer les personnes en crise, avant que celle-ci ne s'aggrave, pour les amener à demander de l'aide. En Suisse romande, Stop Suicide met en place un projet analogue (projet Sentinelles).
Informations par les médias	<p>La façon dont les médias traitent de la problématique du suicide a une grande influence – qui peut être aussi bien positive que négative – sur les attitudes à l'égard du suicide, tant au niveau individuel que de la société dans son ensemble.</p> <p>Dans ses directives relatives à la Déclaration des devoirs et des droits du/de la journaliste, le Conseil suisse de la presse précise à la section 7.9 dans quels cas les suicides peuvent faire l'objet d'une information. La Fédération des médecins suisses (FMH) a publié en 1994 des directives qui ont été révisées en 2004 par l'association Ipsilon et publiées en ligne.</p> <p>Diverses organisations s'engagent pour un traitement adéquat des informations relatives au suicide et pour une meilleure sensibilisation des professionnels des médias. C'est notamment le cas du groupe spécialisé Prévention du suicide du canton de Berne, du réseau Suizid-Netz en Argovie, de l'organisation Parlons-en à Neuchâtel et de l'organisation Stop Suicide en Suisse romande (mandatée par le canton de Vaud).</p> <p>Les expériences de Stop Suicide montrent que les journalistes de Suisse romande connaissent mal les directives et les recommandations existantes, que ce soient celles de leur propre profession ou celles des acteurs de la prévention du suicide (Stop Suicide 2012, p. 18). Le Conseil de la presse a notamment donné raison à une plainte de Stop Suicide contre un journal romand en 2011 (Stop Suicide 2012, p. 15).</p>

---

<sup>44</sup> <http://www.cpsquebec.ca/formations/formation-generale/> (consulté le 11.01.2016)

<b>Complément</b>	Les médias exercent une influence positive lorsqu'ils contribuent à faire prendre conscience de la thématique du suicide et à lutter contre les idées reçues en informant le public, lorsqu'ils présentent des cas de sortie de crise et les chemins qui y mènent et lorsqu'ils font connaître les structures d'aide (Organisation mondiale de la santé 2008 ; Niederkrotenthaler et al. 2010).
Effets positifs et négatifs du traitement médiatique du suicide	Les médias ont au contraire une influence négative (Organisation mondiale de la santé 2008) lorsqu'ils mettent en avant, de manière répétée et sous des traits sinistres, simplifiés, prétendument inexplicables, voire héroïques ou romantiques, des cas de suicides ou de tentatives de suicide, avec un luxe de détails qui peuvent conduire à s'identifier avec la personne décédée. Cette manière de faire peut induire des suicides par imitation. Il serait irresponsable de publier des indications détaillées sur le lieu du suicide et sur la méthode choisie, des photos en particulier. Traiter du suicide de personnalités est particulièrement délicat au regard du risque d'imitation.
Analyse des médias	Une analyse de 400 articles consacrés au suicide dans la presse écrite de Suisse romande en 2013 a mis en évidence un certain nombre de lacunes (Stop Suicide 2014). Les suicides de personnes célèbres étaient surreprésentés. La plupart des articles portaient sur des cas de suicides, mais pas sur des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires. Or des articles sur les pensées suicidaires – non suivies d'un suicide – auraient permis de montrer qu'il existe d'autres issues à une crise suicidaire. Plus de 40 % des articles mentionnaient les méthodes de suicide et, dans certains cas, le lieu précis du suicide (le plus souvent un pont). Près de la moitié des articles ne donnaient aucune explication sur les raisons du suicide (49 %), tandis que 29 % le faisaient de manière simpliste ou ne mentionnaient qu'un seul facteur. Un article sur cinq (22 %) seulement décrivait la complexité inhérente au suicide en citant plusieurs facteurs. 19 % des articles abordaient un ou plusieurs aspects de la prévention du suicide (campagnes, possibilités de limiter l'accès aux armes ou au réseau ferré, offres d'aide, p. ex.).
Traitement médiatique des suicides depuis les ponts	Plusieurs études ont montré qu'après un suicide par saut dans le vide, les médias peuvent encourager des actes d'imitation dans la même localité. C'est particulièrement vrai pour les suicides depuis les ponts : les études menées sur ce phénomène en Suisse fournissent la preuve d'un lien entre le nombre de suicides de ce type et l'importance de la couverture médiatique. Il a également été démontré que certains suicides ont eu lieu depuis des ponts immédiatement après l'installation de dispositifs de sécurité. Le danger existe que les professionnels des médias interprètent ce lien comme la preuve de l'inefficacité de tels dispositifs et l'expriment publiquement, ce qui est là aussi de nature à encourager des phénomènes d'imitation. Dans la mesure où le risque d'imitation semble particulièrement prononcé dans le cas des suicides depuis les ponts, une implication des professionnels des médias dans les efforts de prévention de ce moyen de suicide paraît indiquée (Reisch et al. 2014).

## 6. Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse

### 6.1 Introduction

Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action	En acceptant la motion Ingold <sup>45</sup> , le Parlement suisse a chargé en 2014 le Conseil fédéral de renforcer la prévention du suicide dans l'ensemble de la Suisse. La Confédération (en l'occurrence l'Office fédéral de la santé publique [OFSP]) est ainsi tenue « de préparer et de mettre en œuvre un plan d'action pour la prévention du suicide ».
Une approche participative	<p>Sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé (PNS), l'OFSP a élaboré un plan d'action pour la prévention du suicide en collaboration avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et la fondation Promotion Santé Suisse.</p> <p>Lors de l'élaboration du plan d'action, une centaine d'experts ont été consultés. Il s'agissait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de spécialistes issus du domaine médical et non médical ;</li> <li>• de représentants de la Confédération et des cantons ;</li> <li>• de responsables de programmes de prévention du suicide dans d'autres pays européens et de l'organisation mondiale de la santé ;</li> <li>• de personnes ayant une expérience personnelle de la suicidalité.</li> </ul>
Objectif : réduire le nombre de suicides	<p>Le plan d'action sur la prévention du suicide est consacré au suicide non assisté. Entre 1980 et 2010, le taux de suicide non assistés a nettement diminué ; depuis 2010, on observe toutefois une stagnation. Le taux de suicide varie fortement selon le sexe et l'âge.</p> <p>Chaque année, un millier de personnes mettent fin à leurs jours (suicides assistés non compris). Le plan d'action vise à réduire de manière durable le nombre de suicides non assistés et les tentatives<sup>46</sup>.</p>
Consultation	<p>Le présent plan d'action établit l'orientation générale du projet. La consultation, qui sera menée de mars à mai 2016, servira à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consolider le contenu du rapport ;</li> <li>• recenser des exemples de bonnes pratiques appliquées en Suisse en matière de prévention du suicide ;</li> <li>• demander aux différents acteurs s'ils sont prêts à participer à la mise en œuvre du plan.</li> </ul>
Une mise en œuvre conjointe et coordonnée	Le succès de la mise en œuvre dépendra notamment de l'engagement de la Confédération, des cantons, des fournisseurs de prestations, des communes et des ONG. Compte tenu du cadre légal, la Confédération ne peut pas s'engager en faveur de tous les aspects liés à la prévention du suicide. Les différents acteurs développeront en partenariat les activités de mise en œuvre et les coordonneront entre elles. Le plan d'action fournit à cet effet un cadre commun de référence et d'action.

<sup>45</sup> [http://www.parlament.ch/documentation/curia\\_vista/id=20113973](http://www.parlament.ch/documentation/curia_vista/id=20113973) (consulté le 11.01.2016)

<sup>46</sup> Une éventuelle quantification de l'objectif est en cours d'examen.

## 6.2 Objectifs et mesures

### Préambule

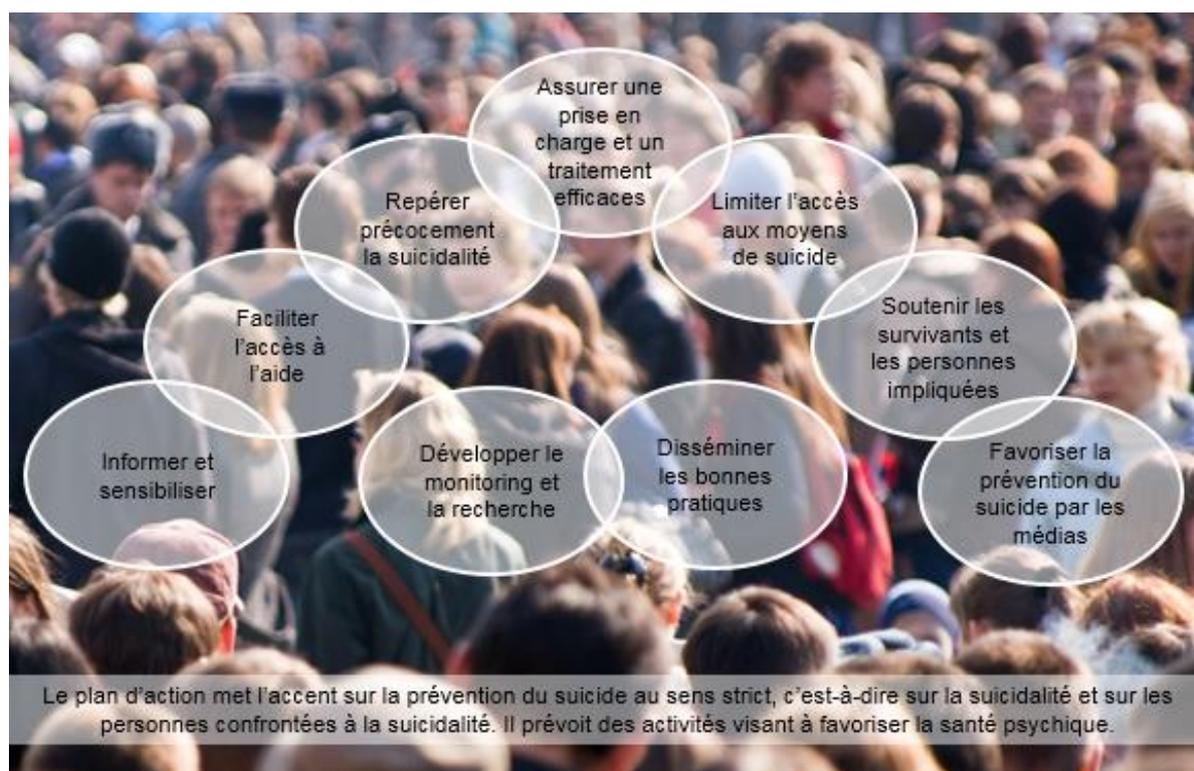
La prévention du suicide implique, en premier lieu, de promouvoir la santé psychique et de lutter contre les maladies psychiques. Il s'agit là d'une tâche qui concerne l'ensemble de la société et qui requiert l'engagement des individus, du monde professionnel et des milieux politiques.

La Confédération, les cantons, les communes et des ONG mettent déjà des mesures en œuvre dans le domaine de la santé psychique et en préparent d'autres (p. ex. le projet « Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action »<sup>47</sup>). Comme le montre la figure 28, le plan d'action met l'accent sur la prévention du suicide au sens strict, c'est-à-dire sur les personnes confrontées à la suicidalité et sur la suicidalité en général (p. ex. dans la société).

Le terme « suicidalité » comprend toutes les pensées, les impulsions et les actes qui, en raison d'une situation de crise aiguë ou d'une maladie psychique, peuvent amener au suicide.

Le plan d'action vise principalement à empêcher les actes suicidaires pour cause de désespoir ou de maladie psychique. Il prévoit donc des mesures qui s'adressent à la population dans son ensemble et des mesures qui ciblent des groupes spécifiques.

28. Les buts du plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse



<sup>47</sup> <http://www.bag.admin.ch/thèmes/la-politique-de-la-santé/santé-psychique/la-santé-psychique-en-Suisse> (consulté le 11.01.2016)

- L'ordre dans lequel les objectifs sont présentés ne reflète pas leur degré d'importance
- Toutes les mesures clés se basent, si possible, sur des exemples de bonnes pratiques. La consultation au printemps 2016 permettra de répertorier de tels exemples.
- La consultation servira aussi à évaluer dans quelle mesure les acteurs concernés sont disposés à participer à la mise en œuvre du plan.

Informier et sensibiliser

**Objectif I : La population dans son ensemble est au courant de la grande détresse psychique qui motive les actes suicidaires et des possibilités de prévention du suicide.**

Les idées fausses sur le suicide sont largement répandues et les personnes suicidaires sont souvent stigmatisées. Cela décourage les personnes concernées de demander et d'accepter de l'aide.

*Mesure clé :*

- Des campagnes de communication adressées à la population dans son ensemble informent sur la détresse psychique et sur la suicidalité. Elles abordent différents thèmes prioritaires (p. ex. groupes présentant un risque accru, possibilités d'aider les personnes concernées et leur entourage).

Faciliter l'accès à l'aide

**Objectif II : Les personnes touchées par la suicidalité trouvent de l'aide facilement et rapidement. Les offres d'aide sont adaptées à leurs besoins.**

En cas de suicidalité, les lignes téléphoniques d'urgence permettant de parler immédiatement à quelqu'un jouent un rôle important. Ces lignes sont gérées par des ONG et des fournisseurs de prestations médicales. Les services d'aide par SMS ou courriel ne répondent pas immédiatement, mais ils ont l'avantage d'offrir aux appelants une garantie d'anonymat encore plus grande. Il faut des offres spécifiques pour les groupes présentant un risque de suicide accru (p. ex. personnes au chômage, personnes isolées, personnes homosexuelles, migrants et migrantes traumatisés). Il est garanti que les personnes qui demandent de l'aide en bénéficient même si elles n'appartiennent pas au groupe ciblé par l'offre.

*Mesures clés :*

- La notoriété des numéros téléphoniques d'urgence et des offres d'aide par SMS et courriel ayant pignon sur rue est développée.
- Des offres adaptées sont proposées aux groupes présentant un risque de suicide accru. Les groupes cibles connaissent ces offres. Les hommes sont particulièrement encouragés à y recourir.
- La collaboration entre les lignes téléphoniques d'urgence et les services de consultation spécialisés ou ciblant des groupes spécifiques est favorisée.
- L'assurance qualité est garantie dans les services d'aide téléphonique et en ligne travaillant avec des bénévoles et s'adressant en particulier aux adolescents.

Repérer  
précocement la  
suicidalité

**Objectif III : Les catégories professionnelles concernées sont capables de reconnaître la détresse psychique et la suicidalité et d'entreprendre les démarches d'aide nécessaires. Elles sont soutenues dans cette démarche par des procédures et des lignes directrices adaptées à leur milieu professionnel.**

Le repérage précoce de la détresse psychique a un rôle central à jouer, à la fois dans le milieu médical et dans les autres milieux.

*Mesures clés :*

- Des efforts sont faits pour aborder la prévention du suicide dans la formation de base, le perfectionnement et la formation continue des catégories professionnelles concernées. Il ne s'agit pas uniquement de transmettre des connaissances, mais aussi de travailler sur la conduite d'entretiens et sur les valeurs personnelles.

**Catégories professionnelles concernées dans le milieu médical :**

médecins du secteur ambulatoire, du secteur intermédiaire et du secteur résidentiel, psychothérapeutes, personnel infirmier, personnel des services de secours, pharmaciens.

**Catégories professionnelles concernées dans les milieux non médicaux :**

p. ex. membres du corps enseignant, responsables d'apprentissage, conseillers et conseillères spécialisés dans la jeunesse, les addictions ou l'éducation, aumôneries, membres des forces de police, travailleuses et travailleurs sociaux, conseillers et conseillères dans les ORP et les offices AI, cadres à tous les niveaux hiérarchiques, spécialistes des RH, pompes funèbres, personnel des offices des poursuites, personnel en milieu carcéral.

- Un pool d'experts est à disposition pour le perfectionnement et la formation continue. Les personnes avec une expérience personnelle du suicide ainsi que leurs proches sont représentés au sein de ce pool.
- Les professionnels confrontés dans leur quotidien à des personnes en détresse psychique et à des crises suicidaires constituent des réseaux locaux ou régionaux en se rencontrant régulièrement pour des échanges.
- Dans les homes, les écoles, les entreprises publiques et privées, les hôpitaux, etc., les fonctions de repérage précoce et de triage sont intégrées dans des procédures, des normes et des lignes directrices (p. ex. système de gestion de la qualité, promotion de la santé dans l'entreprise).

Assurer une prise  
en charge et un  
traitement efficaces

**Objectif IV : Les lacunes sont comblées dans les secteurs ambulatoire, intermédiaire et résidentiel (de l'urgence à la postvention) afin que les personnes suicidaires soient prises en charge et traitées rapidement, avec le meilleur effet possible.**

Les personnes suicidaires n'ont pas toutes les mêmes besoins. Il leur faut donc des prises en charge et des traitements différents. Il est essentiel de déterminer autant que possible la capacité de discernement des personnes en situation de vulnérabilité psychique. Il est particulièrement important de compléter les offres ambulatoires et stationnaires par des offres intermédiaires. Les mesures du plan d'action sur la prévention du suicide

devront être coordonnées avec les mesures prévues par le rapport établi en réponse au postulat « L'avenir de la psychiatrie »<sup>48</sup>.

*Mesures clés :*

- Les structures ambulatoires, intermédiaires et résidentielles pratiquant la prise en charge et le traitement des personnes suicidaires ont des capacités suffisantes, depuis l'admission d'urgence jusqu'au suivi en postvention<sup>49</sup>. Des analyses établissent s'il y a un manque de personnel spécialisé en psychiatrie, en particulier pour les enfants et les adolescentes.
- Il existe partout des unités mobiles capables de prendre en charge et de traiter les personnes suicidaires et la notoriété des offres existantes est améliorée.
- La prise en charge des personnes suicidaires est mieux coordonnée (travail en réseau) et des standards sont définis. Cela se fait notamment :
  - en évitant les périodes sans traitement (p. ex. après une sortie de clinique) et les changements (p. ex. de psychothérapeute traitant) ;
  - en informant les personnes de référence impliquées dans la prise en charge sur les offres de soutien à leur intention ;
  - en intégrant les connaissances empiriques acquises par les personnes ayant recouvré la santé après avoir été en situation de vulnérabilité psychique ;
  - en faisant appel, dans les établissements de soins de courte durée, à des unités de psychiatrie mobile pour prendre en charge les personnes en situation de détresse psychique ou de crise suicidaire ;
  - en mettant en œuvre, après les tentatives de suicide, des concepts d'intervention ayant fait leurs preuves, comme les cartes d'urgence, les appels de suivi et les thérapies brèves reposant sur des pratiques probantes<sup>50</sup>.
- La prévention du suicide est ancrée dans les institutions carcérales.

Limitier l'accès aux moyens de suicide

**Objectif V : L'accès aux moyens et aux méthodes de suicide est réduit.**

Rendre plus difficile l'accès aux possibilités de mettre fin à ses jours permet de gagner du temps. Or, le temps est un facteur important dans la prévention du suicide.

*Mesures clés<sup>51</sup> :*

- Les mesures de prévention du suicide applicables aux ponts et autres constructions sont intégrées dans les directives et les normes de ce secteur. Les maîtres d'ouvrage de bâtiments privés et publics sont sensibilisés à la prévention du suicide par des mesures constructives. Les lieux où les suicides sont fréquents (hotspots) sont équipés de dispositifs de sécurisation constructifs pour prévenir les suicides.
- La nécessité de tenir davantage compte des buts de la prévention du suicide dans la législation sur les produits thérapeutiques<sup>52</sup> et dans la

<sup>48</sup> [http://www.parlament.ch/documentation/curia\\_visa/id=20103255](http://www.parlament.ch/documentation/curia_visa/id=20103255) (consulté le 11.01.2016)

<sup>49</sup> Dans l'idéal, on fait en sorte que les patients puissent recourir à l'offre qu'ils préfèrent (p. ex. une clinique déterminée, une unité mobile ou un cabinet psychiatrique de ville de leur choix).

<sup>50</sup> P. ex. le programme ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) (Gysin-Maillart & Michel 2013).

<sup>51</sup> Il est quasiment impossible de prendre des mesures de prévention contre la pendaison dans l'espace public et dans l'espace privé.

<sup>52</sup> Même si les produits chimiques comptent aussi au nombre des produits létaux, ils ne jouent pas un rôle aussi déterminant que les médicaments.

législation sur les stupéfiants est étudiée.

- Les médecins et les pharmaciens sont sensibilisés à la prévention du suicide dans la prescription et la remise de médicaments.
- Les campagnes de retour et de collecte de médicaments sont renforcées.
- Les propriétaires d'armes et la population sont sensibilisés à une utilisation responsable des armes et à leur potentiel comme moyen de suicide.
- La pertinence et la possibilité de mettre en pratique une vérification active de l'état de santé psychique lors de l'acquisition d'armes privées (allant plus loin que l'examen de données inscrites dans des registres) dans le but de prévenir les suicides sont étudiées.

Soutenir les survivants et les personnes impliquées

**Objectif VI : Des offres de soutien sont à la disposition des survivants et des catégories professionnelles fortement concernées par les suicides (p. ex. personnel des services d'urgence et conducteurs de locomotive) pour les aider à surmonter leur traumatisme.**

Les suicides provoquent de grandes souffrances chez les survivants et les personnes concernées au niveau professionnel, pouvant aller jusqu'à la suicidalité.

*Mesures clés :*

- Le développement de groupes d'entraide (accompagnés) est encouragé.
- Un soutien psychologique d'urgence est assuré immédiatement après un événement traumatisant et les personnes impliquées sont informées des possibilités de suivi à plus long terme.

Favoriser la prévention du suicide par les médias

**Objectif VII : Les médias présentent les suicides de manière responsable et respectueuse afin de ne pas déclencher de suicides par imitation et, au contraire, de favoriser la prévention.**

La médiatisation des suicides peut déclencher des suicides par imitation (« effet Werther »<sup>53</sup>) ou au contraire avoir un effet préventif (« effet Papageno »<sup>54</sup>).

*Mesures clés :*

- Les journalistes, les rédactions et les responsables des relations avec les médias (p. ex. dans la santé, la police, la justice) sont sensibilisés à leur rôle lorsqu'ils traitent du suicide. Des lignes directrices et des recommandations sont à leur disposition pour les soutenir dans leur démarche. Les procédures appliquées dans les rédactions favorisent un traitement médiatique ayant un effet préventif. Des contacts personnels entre les journalistes et les spécialistes de la prévention du suicide sont développés.
- Les responsables de la formation des journalistes sont sensibilisés à la prévention du suicide. Des spécialistes du journalisme, de la prévention et de la pédagogie élaborent un outil de formation consacré au traitement

<sup>53</sup> Après la parution du roman « Les souffrances du jeune Werther », écrit par J. W. Goethe, nombre de jeunes hommes se sont suicidés.

<sup>54</sup> Dans « La Flûte enchantée » de Mozart, Papageno, en proie à des idées suicidaires, est sauvé par trois jeunes garçons qui lui présentent les possibilités qu'il a pour résoudre ses problèmes autrement qu'en mettant fin à ses jours.

médiatique des suicides.

- La thématique du suicide est abordée dans le cadre de la protection des enfants et des adolescents face aux médias (p. ex. dans les activités de développement de compétences médias).

Développer le monitoring et la recherche

**Objectif VIII : Les acteurs de la prévention du suicide disposent de bases scientifiques et de données pertinentes pour piloter et évaluer leur travail.**

Il faut des données probantes solides pour pouvoir faire évoluer la prévention du suicide de manière à atteindre les objectifs fixés et contrôler son efficacité.

*Mesures clés :*

- La disponibilité de données de routine quantitatives présentant une valeur élevée et portant sur l'ensemble de la Suisse est garantie à long terme. Ces données couvrent le suicide non assisté et le suicide assisté ainsi que les tentatives de suicide. Elles permettent de détecter précocement les nouvelles méthodes de suicide.
- Les études quantitatives et qualitatives sont encouragées. Les connaissances empiriques acquises par les personnes concernées, les proches et les survivants sont prises en compte pour donner un fondement probant aux interventions. Les interventions sont évaluées.

Disséminer les bonnes pratiques

**Objectif IX : Les acteurs de la prévention du suicide peuvent s'inspirer de bonnes pratiques.**

Beaucoup de projets probants sont menés en Suisse et à l'étranger dans le domaine de la prévention du suicide.

*Mesure clé :*

- Une boîte à outils de bonnes pratiques est alimentée par des projets nationaux et internationaux probants susceptibles de contribuer à atteindre les objectifs du plan d'action. Elle repose sur le tour d'horizon effectué durant la consultation sur le plan d'action au printemps 2016. Elle est complétée par de bonnes pratiques venant de l'étranger.

## 7. Bibliographie

- Aguirre, Regina; Slater, Holli (2010): Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. In: *Death Studies* 34, S. 529–540.
- Ajdacic-Gross, V.; Lauber, C.; Baumgartner, M.; Malti, T.; Rössler, W. (2009): In-patient suicide -a 13-year assessment. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 120 (1), S. 71–75. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01380.x.
- Ajdacic-Gross, Vladeta (2015): Zwischen traurig und hoffnungsvoll. Suizid, Selbstmord, Selbsttötung, Freitod, Personenunfall und die Prävention. In: *Sozial Aktuell* (5), S. 10–14.
- Ajdacic-Gross, Vladeta; Ring, Mariann; Gadola, E.; Lauber, C.; Boop, M.; Gutzwiller, F.; Rossler, W. (2008): Suicide after bereavement: an overlooked problem. In: *Psychological Medicine* 38 (5), S. 673–676. DOI: 10.1017/S0033291708002754.
- Amstad, Fabienne; Bürli, Chantale (2015): Prävention und Intervention von Vereinsamung. Grundlegendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. unveröffentlicht. Hg. v. Gesundheitsförderung Schweiz & Bundesamt für Gesundheit.
- Bovier, Patrick; Bouvier Gallacchi, Martine; Goehring, Catherine; Künzi, Beat (2005): Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz? In: *Primary Care* 5 (10).
- Brückner, B.; Muheim, Flavio; Berger, Pascal; Riecher-Rössler, Anita (2011): Charakteristika von Suizidversuchen türkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt. Resultate der WHO/EURO-Multizenterstudie. In: *Nervenheilkunde* (7), S. 517–522.
- Bundesamt für Gesundheit (2012): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik (2006): Tötungsdelikte. Fokus häusliche Gewalt. Polizeilich registrierte Fälle 2000-2004. Disponible en ligne sur le lien suivant: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/02/dos/02.html>, zuletzt aktualisiert am 07.09.2015.
- Bundesamt für Statistik (2013): Gesundheit - Verlorene potenzielle Lebensjahre. Hg. v. Bundesamt für Statistik. Disponible en ligne sur le lien suivant: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html>, zuletzt aktualisiert am Mai 2013, zuletzt geprüft am 15.06.2015.
- Bundesamt für Statistik (2015a): Freiheitsentzug, Todesfälle und Suizide. Disponible en ligne sur le lien suivant: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/05/key/ueberblick/wichtigsten\\_zahlen.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/05/key/ueberblick/wichtigsten_zahlen.html), zuletzt aktualisiert am 2015, zuletzt geprüft am 09.07.2015.
- Bundesamt für Statistik (2015b): Häufigste Todesursachen. Hg. v. Bundesamt für Statistik. Neuenburg. Disponible en ligne sur le lien suivant: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>.
- Bürli, Chantale; Amstad, Fabienne; Duetz Schmucki, Margreet; Schibli, Daniela (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS): Qu'est-ce que le suicide à l'adolescence? Disponible en ligne sur le lien suivant: <http://ceps.hug-ge.ch/>, zuletzt geprüft am 28.07.2015.
- Czernin, Stephanie; Vogel, Marc; Flückiger, Matthias; Muheim, Flavio; Bourgnon, Jean-Claude; Reichelt, Miko et al. (2012): Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. In: *Swiss medical weekly* 142, S. w13648. DOI: 10.4414/smw.2012.13648.

Daigle, M. S. (2005): Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution: a critical review and synthesis. In: *Accident Analysis and Prevention* 37 (4), S. 625–632.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. (2012): Häusliche Gewalt und Tatmittel Schusswaffe. Häusliche Gewalt - Informationsblatt 4. Hg. v. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. Disponible en ligne sur le lien suivant: <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>, zuletzt aktualisiert am 07.09.2015.

Fässler, Sarah; Hanimann, Anina; Lauberau, Birgit; Oetterli, Manuela (2015): Literaturstudie und Bestandesaufnahme zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. unveröffentlicht. INTERFACE. Luzern.

Gauthier, Salskia; Reisch, Thomas; Bartsch, Christine (2015): Swiss Prison Suicides between 2000 and 2010. Can we develop prevention strategies based on detailed knowledge of suicide methods? In: *Crisis* 36 (2), S. 110–116. DOI: 10.1027/0227-5910/a000302.

Grabherr, S.; Johner, S.; Dilitz, C.; Buck, U.; Killias, M.; Mangin, P.; Plattner, T. (2010): Homicide-suicide cases in Switzerland and their impact on the Swiss Weapon Law. In: *American Journal of forensic medicine and pathology* 31 (4), S. 335–349.

Gysin-Maillart, Anja; Michel, Konrad (2013): Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual. Bern: Hans Huber.

Haas, Adriana; Schibli, Daniela (2015): Einschränkung der Verfügbarkeit suizidaler Mittel. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. unveröffentlicht. Hg. v. GDK Zentralsekretariat.

Haemmerle, Patrick (2007): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz - Ist-Zustand und Perspektiven. Master-Thesis zur Erlangung des Master of Public Health.

Hollstein, Walter (2015): Der Suizid, die SBB und die Männer. Eine öffentliche Problematisierung findet nicht statt. In: *Basler Zeitung*, 27.05.2015.

Hostettler, Stefanie; Hersperger, Martina; Herren, Daniel (2012): Ärztliches Wohlbefinden beeinflusst die Behandlungsqualität. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (18).

Kaeser, Martine (2012): Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Unter Mitarbeit von Mario Storni. Hg. v. Bundesamt für Statistik. Bundesamt für Statistik. Neuenburg.

Keller-Guglielmetti, Elvira; Walter, Esther (2015): Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Unter Mitarbeit von Amina Trevisan. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. Disponible en ligne sur le lien suivant: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=de>, zuletzt aktualisiert am 02.09.2015.

Killias, M.; Dilitz, C.; Bergerioux, M. (2006): Familiendramen - ein schweizerischer "Sonderfall". In: *Crimiscope* 33 ((Dezember 2006)).

Küchenhoff, Bernhard (2013): Migration und Suizidalität. In: *Psychiatrie & Neurologie* (4), S. 12–15.

Kupferschmid, Stephan; Gysin-Maillart, Anja; Bühler, Salome K.; Steffen, Timur; Michel, Konrad; Schimmelmann, Benno G.; Reisch, Thomas (2013): Gender differences in methods of suicide attempts and prevalence of previous suicide attempts. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41 (6), S. 401–405. DOI: 10.1024/1422-4917/a000256.

Maier, Thomas; Schmidt, Martina; Mueller, Julia (2010): Mental Health and healthcare utilisation in adult asylum seekers. In: *Swiss medical weekly* (140). DOI: 10.4414/smw.2010.13110.

Mascherek, Anna (2015): Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung. In: *Schweizerische*

*Ärztezeitung* 96 (38), S. 1355–1357.

Meister, Barbara; Böckelmann, Christine (2015): Suizid und Schule. Prävention Früherkennung Intervention. Hg. v. Bildungsdirektion Kanton Zürich & Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich.

Michel, Konrad; Arestegui, G.; Spuhler, T. (1994): Suicide with psychotropic drugs in Switzerland. In: *Pharmacopsychiatry* 27 (3), S. 114–118.

Minder, Jacqueline; Harbauer, Gregor (2015): Suizid im Alter. In: *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 166 (3), S. 67–77.

Muheim, Flavio; Eichhorn, Martin; Berger, Pascal; Czernin, Stephanie; Stoppe, Gabriela; Keck, Merle; Riecher-Rössler, Anita (2013): Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *Swiss medical weekly* 143, S. w13759. DOI: 10.4414/smw.2013.13759.

Nationales Suizidprogramm für Deutschland NaSPro (2015): Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter., zuletzt geprüft am 20.06.2015.

Niederkrotenthaler, Thomas; Voracek, Martin; Herberth, Arno; Till, Benedikt; Strauss, Markus; Etzersdorfer, Elmar et al. (2010): Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 197 (3), S. 234–243. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.074633.

Nordt, Carlos; Warnke, Ingeborg; Seifritz, Erich; Kawohl, Wolfram (2015): Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. In: *The Lancet Psychiatry* 2 (3), S. 239–245. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00118-7.

Nosetti, Laura; Jossen, Anja (2012): Die Sprechstunde für MigrantInnen - ein multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen. Hg. v. Univerversitäre Psychiatrische Dienste Bern und Bundesamt für Gesundheit. Bern.

Reisch, Thomas (2011): Die Schweiz im glücklichen Sinkflug. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 92 (1/2), S. 11–13.

Reisch, Thomas (2012): Wo kann Suizidprävention ansetzen? Vorschlag eines 6-Phasen-Modells suizidaler Krisen. In: *Psychiat Prax* (39), S. 257–258.

Reisch, Thomas; Bartsch, Christine; Ajdacic-Gross, Vladeta (2015): Nationalfondsstudie 32003B\_133070. Suicide in Switzerland: A detailed national survey of the years 2000 to 2010.

Reisch, Thomas; Schuster, U.; Jenny, C. Michel, K. (2006): Suizidprävention bei Brücken: Grundlagen. Forschungsbericht zum Forschungsauftrag AGB 2003/013 (Arbeitsgruppe Brückenforschung). Hg. v. VSS. VSS. Zürich.

Reisch, Thomas; Schuster, U.; Michel, Konrad (2008): Suicide by jumping from bridges and other heights: social and diagnostic factors. In: *Psychiatry research* 161 (1), S. 97–104.

Reisch, Thomas; Steffen, Timur; Eggenberger, N. (2014): Suizidprävention bei Brücken: Follow-Up. Forschungsauftrag 2009/014 auf Antrag der Arbeitsgruppe Brückenforschung (AGB).

Reisch, Thomas; Steffen, Timur; Habenstein, Astrid; Tschacher, W. (2013): Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. In: *American journal of psychiatry* 170 (9), S. 977–984.

Richardson, G. E.; Waite, P. J. (2002): Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. In: *International Journal of Emergency Mental Health* (4), S. 65–75.

Rüegger, Heinz (2013): Zur Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen zum Alter im Blick auf Alterssuizide. Gerontologisch-ethische Überlegungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Ethik* 4, S. 9–38.

- Schuler, Daniela; Burla, Laila (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. obsan (obsan Bericht, 52).
- Seiden, R. H. (1978): Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. In: *Suicide Life Threat Behaviour* 8 (4), S. 203–216.
- Stack, S. (2003): Media coverage as a risk factor in suicide. In: *Journal of epidemiology and community health* 57 (4), S. 238–240.
- Staubli, Silvia; Killias, M. (2011): Long-term outcomes of passive bullying during childhood: Suicide attempts, victimization and offending. In: *European Journal of Criminology* 8 (5), S. 377–385.
- Steck, Nicole; Egger, Matthias; Schimmelmann, Benno; Kupferschmid, Stephan: Suicide in Children and Adolescents: Findings from the Swiss National Cohort. In: *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* in press.
- Steck, Nicole; Egger, Matthias; Zwahlen, Marcel (2016): Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population. In: *British Journal of Psychiatry* 208, S. 1–7. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160416.
- Steffen, Timur; Maillart, Anja; Michel, Konrad; Reisch, Thomas (2011): Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Stop Suicide (2012): La médiatisation du suicide dans la presse écrite romande. Janvier à juin 2012. Stop Suicide. Disponible en ligne sur le lien suivant: [http://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/rapport\\_mediatisation\\_suicide.pdf](http://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/rapport_mediatisation_suicide.pdf), zuletzt geprüft am 02.08.2015.
- Stop Suicide (2014): LA MÉDIATISATION DU SUICIDE DANS LA PRESSE ÉCRITE ROMANDE : RAPPORT 2013. Hg. v. Stop Suicide. Disponible en ligne sur le lien suivant: <http://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/La%20Mediatisation%20du%20suicide%20en%202013.pdf>, zuletzt geprüft am 02.08.2015.
- Stoppe, Gabriela (2011): Strategien zur Suizidprävention im Alter. Risikopatienten aktiv ansprechen. In: *Der Neurologe & Psychiater* 12 (11), S. 2–5.
- Stoppe, Gabriela (2012): Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (39), S. 1413–1415.
- Tox Info Suisse (2015): Suizidale Intoxikationen. Fallauswertung 1995-2014. Hg. v. Tox Info Suisse. Tox Info Suisse.
- Tschannen, Pierre; Buchli, Martin (2004): Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention. Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern. Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=de>, zuletzt geprüft am 28.07.2015.
- Walti, Hanspeter; Blattmann, Regula; Hess-Candinas, Claudia; Glanzmann Neutzler, Sonya (2009): Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug. 2010-2015. Hg. v. Kanton Zug.
- Wohner, J.; Schmidtke, A.; Sell, R. (2005): Ist die Verhinderung von Hot-spots suizidpräventiv. In: *Suizidprophylaxe* (32), S. 114–119.
- Wolfersdorf, Manfred (2008): Suizidalität. In: *Der Nervenarzt* 79 (11), S. 1319–1336. DOI: 10.1007/s00115-008-2478-2.
- World Health Organization WHO (2008): Preventing Suicide. A Recourse for Media Professionals. Hg. v. World Health Organization WHO und International Association for Suicide Prevention IASP. Genf, Schweiz. Disponible en ligne sur le lien suivant: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_media.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf).

World Health Organization WHO (2014): Preventing suicide - A global imperative. Hg. v. World Health Organization WHO.

World Health Organization WHO; International Association for Suicide Prevention IASP (2007): Suizidprävention. Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes. Hg. v. World Health Organization WHO und International Association for Suicide Prevention IASP. Genf, Schweiz, zuletzt geprüft am 17.12.2015.

Yilmaz, Tarik A.; Riecher-Rössler, Anita (2008): Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. In: *Neuropsychiatrie* 22 (4).