Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

La prévention du suicide en Suisse

Contexte, mesures à prendre et plan d'action

Dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad 2020

dialogue plate-forme
de la politique permanente de
nationale la confédération
de la santé et des cantons

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

Margreet Duetz Schmucki, Office fédéral de la santé publique

Chantale Bürli, Office fédéral de la santé publique (jusqu'en août 2016)

Fabienne Amstad, fondation Promotion Santé Suisse

Adriana Haas, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (jusqu'en décembre 2015)

Daniela Schibli, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (jusqu'en avril 2016)

Markus Kaufmann, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (jusqu'en novembre 2016)

Éditeur : Office fédéral de la santé publique

Date de publication : novembre 2016

Renseignements et commande :

Office fédéral de la santé publique
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
Internet : www.ofsp.admin.ch

Sommaire

1. Résumé 4

2. Introduction 6
2.1 De quoi s'agit-il ? 6
2.2 Mandat politique et approche 7
2.3 Définitions et précisions conceptuelles 9
2.4 Coûts sociétaux 10

3. Faits et chiffres sur les groupes de personnes et les méthodes de suicide 12
3.1 Introduction et aperçu 12
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

4. Le comportement suicidaire et ses facteurs 28
4.1 Le comportement suicidaire 28
4.2 Facteurs principaux 29

5. La prévention du suicide en Suisse : acteurs et activités 31
5.1 Introduction 31
5.2 Confédération 31
5.3 Cantons et communes 33
5.4 Fondation Promotion Santé Suisse 37
5.5 Organisations non gouvernementales 38

6. Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse 42
6.1 Mandat 42
6.2 Objectif 42
6.3 Objectifs et mesures 44
6.4 Mise en œuvre 62

7. Bibliographie 64

1. Résumé

Mandat

En 2014, le Parlement a adopté la motion Ingold 11.3973 « Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles »[1], qui charge la Confédération de présenter et de mettre en œuvre un plan d'action pour la prévention du suicide. Ce sujet concerne l'ensemble de la population et de nombreux acteurs du système de santé.

Élaboration commune

C'est pourquoi la Confédération a traité cette question dans le cadre du « Dialogue Politique nationale suisse de la santé »[2]. Ce dernier a ensuite donné mandat à 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 d'élaborer un plan d'action pour la prévention du suicide. Près d'une centaine d'experts, dont des personnes ayant été concrètement confrontées à la suicidalité[3], ont été consultés lors de l'élaboration d'une première version de ce document. Quelque 130 acteurs provenant du système de santé ou d'autres secteurs de la société ont pris part à la consultation au printemps 2016. Le présent plan d'action s'appuie sur les recommandations internationales concernant les programmes de prévention du suicide (Organisation mondiale de la santé 2014 ; Zalsman et al. 2016 ; Mann et al. 2005) tout en tenant compte du contexte suisse.

Contexte

Le plan d'action se concentre sur les suicides non assistés. Dans la thématique des suicides assistés, la Confédération et les cantons s'investissent notamment en promouvant la médecine palliative (cf. Complément, p. 11).

Entre 1980 et 2010, le taux de suicides non assistés a nettement diminué en Suisse ; on observe toutefois une stagnation depuis 2010. Le taux standardisé selon l'âge était en 2013 de 13,3 suicides pour 100 000 habitants[4], ce qui place la Suisse dans une position moyenne en comparaison européenne (Ill. 1, p. 8).

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 à la suite d'une tentative de suicide.

Objectif

Le plan d'action vise à réduire de manière durable le nombre de suicides non assistés et de tentatives de suicide. L'objectif est de réduire d'environ 25 % le nombre de suicides pour 100 000 habitants d'ici 2030. Cela permettait d'éviter environ 300 décès par année (Steck et Zwahlen 2016).

Teneur du plan d'action

De nombreux actes suicidaires sont le fait de personnes en détresse psychique. Le plan d'action doit contribuer à réduire les actes suicidaires lors d'une réaction aiguë – et souvent passagère – à un facteur de stress ou en cas de maladie psychique.

Le plan d'action pour la prévention du suicide comprend dix objectifs (voir ci-dessous). Le chapitre 6 montre l'avancement en Suisse de ces objectifs ainsi que des mesures-clés correspondantes. La procédure de consultation relative à ce plan d'action, menée au printemps 2016, a montré que la Suisse possède déjà nombre de bons projets de prévention du suicide. La mise en œuvre du plan d'action permettra de mieux faire connaître les exemples ayant fait leurs preuves dans la

---

[1] https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20113973 (consulté le 24.10.2016)

[2] Le « Dialogue Politique nationale suisse de la santé » représente la plate-forme permanente de la Confédération et des cantons. Elle leur permet de discuter de thèmes et de tâches ayant trait à la politique de la santé et de conclure les accords nécessaires. http://www.nationalegesundheit.ch/fr/index.html (consulté le 2.11.2016)

[3] Le terme « suicidalité » comprend l'ensemble des pensées, des impulsions et des actes qui, en raison d'une situation de crise aiguë ou d'une maladie psychique, peuvent amener au suicide (cf. chap. 2.3).

[4] Ces taux standardisés sont fondés sur l'European Standard Population (ESP) de 2010. L'Office fédéral de la statistique utilise l'ESP de 1976 pour certains de ses taux standardisés. Il peut en résulter des différences dans les taux de suicide publiés.

pratique et qui permettent des synergies. Ces projets sont menés principalement par les acteurs suivants : cantons, communes, ONG etc.

Les objectifs du plan d'action sont les suivants :

- renforcer les ressources personnelles et sociales ;
- sensibiliser à et informer sur la suicidalité ;
- proposer une aide rapidement et facilement accessible (p. ex., le numéro d'urgence proposé par la Main tendue) ;
- repérer à temps la suicidalité et intervenir précocement (p. ex., offres de formation pour les professionnels comme « faire face au risque suicidaire » en Suisse romande);
- soutenir de manière efficace les personnes suicidaires dans leur processus de guérison ;
- diminuer les actes suicidaires en rendant difficile l'accès aux moyens létaux ;
- soutenir les personnes ayant perdu un proche et celles concernées professionnellement par cette thématique (p .ex., des groupes d'entraide pour les proches, des offres pour les employeurs) ;
- favoriser un traitement médiatique et une utilisation d'Internet et des moyens de communication numériques à effet préventif ;
- encourager le monitorage et la recherche ;
- disséminer des exemples de bonnes pratiques appliquées en Suisse ou à l'étranger.

Pour atteindre ces dix objectifs, le plan d'action propose 19 mesures clés. Le plan d'action sera mis en œuvre à partir de 2017.

Mise en œuvre conjointe et coordonnée

La prévention du suicide est une responsabilité qui concerne l'ensemble de la société. Seul l'engagement commun de la Confédération, des cantons, des communes, des fournisseurs de prestations sanitaires et des organisations non gouvernementales peut garantir le succès du plan d'action.

Les activités découlant de la mise en œuvre seront développées par les acteurs sous la forme de partenariats et coordonnées entre elles. Dans cette optique, le plan d'action offre un cadre commun d'orientation et d'action. Les mesures de mise en œuvre se fondent, dans la mesure du possible, sur de bonnes pratiques nationales et internationales.

La Confédération (OFSP) soutient les acteurs – dans le cadre des ressources humaines actuelles – lors de la mise en œuvre du plan d'action en fournissant un travail de réseautage et de coordination tout en élaborant les bases factuelles. Grâce à son implication dans le plan d'action, la Confédération exploitera de façon plus efficace sa marge de manœuvre dans la prévention du suicide, répondant ainsi à la demande de la motion Ingold.

2. Introduction

2.1 De quoi s'agit-il ?

Trois suicides par jour

En 2014, 754 hommes et 275 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

Des personnes se suicident à tout âge, qu'elles soient jeunes, adultes, âgées ou très âgées. La plupart des actes suicidaires surviennent lors d'une réaction aiguë – et le plus souvent passagère – à un facteur de stress ou en cas de maladie psychique. Derrière chaque suicide ou tentative de suicide se cache une histoire toute personnelle : parfois une longue période difficile, 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[5] a des déterminants sociaux importants, comme 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. Souvent les personnes qui se suicident (ou tentent de le faire) ne parviennent pas à percevoir d'autre issue à une situation qui leur est intolérable. « On ne se suicide pas par choix, mais au contraire par manque de choix[6]. » Dans ces cas, elles n'arrivent pas à envisager d'autres options. Partant, le suicide ne relève donc souvent pas d'une réelle liberté de choix. Ceci dit, la prévention est dans nombre de cas utile en montrant qu'il existe des alternatives (cf ch. 6 du plan d'action.

Les suicides sont évitables

Une idée largement répandue est que l'on ne peut pas détourner les personnes du suicide, 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.

---

[5] Le terme « suicidalité» comprend l'ensemble des pensées, des impulsions et des actes qui, en raison d'une situation de crise aiguë ou d'une maladie psychique, peuvent amener au suicide.

[6] http://www.stopsuicide.ch/site/accueil (consulté le 24.10.1.2016)

Une responsabilité de la société	Soutenir les personnes qui traversent une crise suicidaire est une tâche qui concerne l'ensemble de la société et qui requiert l'engagement de particuliers, du monde professionnel et des milieux politiques.
Survivants	Tout suicide cause de grandes souffrances dans l'entourage proche. Les survivants ont un risque accru de se suicider à leur tour (Aguirre et Slater 2010). La prise en charge des survivants fait donc également partie de la prévention.

Extrait de : *« Darüber reden ». Perspektiven nach Suizid : Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen*[7]

Puis cette phrase a fait irruption dans sa vie : « Il est mort d'un suicide. » Elle l'avait lue dans un livre, et quelque chose s'est déclenché en elle. Se pourrait-il qu'il n'ait rien pensé, rien pris, rien remarqué, rien compris, rien voulu dire à ce moment-là – qu'il n'ait rien fait ? Cette nouvelle formulation a bridé son désespoir. Sa colère s'est estompée, et elle a dû marquer une pause pour réfléchir. Était-il mort d'un suicide comme on meurt d'une crise cardiaque ou dans un accident de voiture ? Quand bien même il avait aussi sa part de responsabilité, il était davantage victime que maître de son sort. Sa colère venait de ce qu'elle le considérait comme l'auteur de son geste. Depuis qu'elle ne voit plus les choses de cette façon, il lui est toujours plus difficile de provoquer cette colère présomptueuse. Seule reste la douleur.

Elle a reconnu l'élément de vérité dans l'affirmation selon laquelle une personne ne met pas fin à ses jours de sa propre volonté, mais parce que la douleur est si forte que la vie lui est simplement devenue insupportable ; l'affirmation selon laquelle le terme de « mort volontaire » ne rend pas correctement compte de ce qui se produit lorsqu'une personne meurt d'un suicide.

Cette phrase a changé son attitude ; soudain, l'équation ne s'appliquait plus. La question de la culpabilité n'avait plus lieu d'être ; sa colère ne pouvait plus être dirigée contre lui. Il n'avait rien fait.

Miriam Frisenda

2.2 Mandat politique et approche

Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action	En acceptant la motion Ingold[8], 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	L'élaboration du plan d'action a été placée sous la direction de l'OFSP, en collaboration avec la CDS et la fondation Promotion Santé Suisse. Le travail d'élaboration a été piloté par le Dialogue Politique nationale de la santé. Une centaine d'experts ont été consultés lors de l'élaboration d'une première version du plan d'action, notamment : • des spécialistes issus du domaine médical et non médical ; • des représentants de la Confédération et des cantons ; • des responsables de programmes de prévention du suicide d'autres pays européens et de l'Organisation mondiale de la santé ; • des personnes ayant une expérience personnelle de la suicidalité. Au printemps 2016, quelque 130 acteurs appartenant ou non au système de santé ont pris part à la consultation concernant cette première version du projet.
Objectif : réduire le nombre de suicides	Le plan d'action se concentre sur les suicides non assistés. Dans la thématique des suicides assistés, la Confédération et les cantons s'investissent notamment en promouvant la médecine palliative (cf. Complément, p. 11). Entre 1980 et 2010, le taux de suicides non assistés a nettement diminué ; on

[7] Weisshaupt 2013. Avec l'aimable autorisation de l'auteure et de l'éditeur. N.d.t. : transcription libre en français

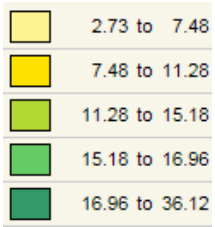
[8] https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20113973 (consulté le 24.10.2016).

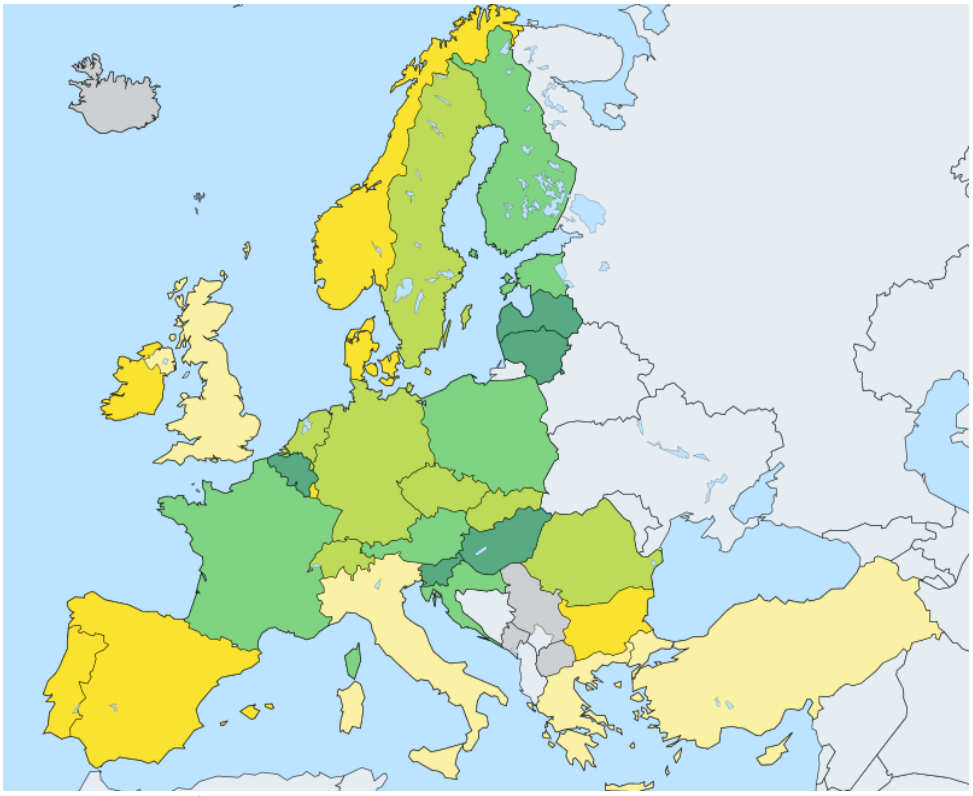
observe toutefois une stagnation depuis 2010. Le taux de suicide varie fortement selon le sexe et l'âge.
Le taux de suicide était de 13,3 pour 100 000 habitants en 2013, ce qui place la Suisse dans une position moyenne en comparaison européenne (figure 1).

1. Mortalité par suicide pour 100 000 habitants

Légende :

Mortalité par suicide pour 100 000 habitants





Source : Eurostat[9]

Chaque année, près d'un millier de personnes se suicident en Suisse. Le plan d'action vise à réduire de manière durable le nombre de suicides non assistés et de tentatives de suicide.

L'objectif est de réduire d'environ 25 % le nombre de suicides non assistés pour 100 000 habitants d'ici 2030. Cela permettait d'éviter environ 300 décès par année (Steck et Zwahlen 2016).

Adoption et mise en œuvre

Le plan d'action pour la prévention du suicide sera mis en œuvre à partir de 2017.

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 organisations non gouvernementales.

À l'échelle fédérale, de nombreux départements et services sont concernés par la prévention du suicide, et leur engagement est appelé à se poursuivre. La Confédération (OFSP) soutient les acteurs – dans le cadre des ressources humaines actuelles – lors de la mise en œuvre du plan d'action en fournissant un travail de réseautage et de coordination tout en élaborant les bases factuelles.

Les cantons s'impliquent eux aussi de différentes façons – et avec une intensité variable – dans la prévention du suicide. L'engagement des cantons devrait se

[9] http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/mapToolClosed.do?tab=map&init=1&plugin=1&language=fr&pcode=tps00122&toolbox=types (consulté le 24.10.2016)

renforcer à la faveur des programmes d'action cantonaux de la fondation Promotion Santé Suisse, en particulier dans le domaine de la prévention primaire du suicide (encouragement de la santé psychique).

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 besoin de coordination considérable.

Les activités découlant de la mise en œuvre seront développées par les acteurs sous la forme de partenariats et coordonnées entre elles. Dans cette optique, le plan d'action offre un cadre commun d'orientation et d'action. Les mesures de mise en œuvre se fondent, dans la mesure du possible, sur des bonnes pratiques nationales et internationales.

2.3 Définitions et précisions conceptuelles

Suicide

Le terme « suicide » vient du latin *sui caedere* : se tuer. Le suicide est donc avant tout un acte d'autodestruction, non une maladie (Organisation mondiale de la santé 2014, p. 12).

S'infliger des blessures…

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.

… de manière intentionnelle

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).

Suicidalité

La suicidalité comprend l'ensemble des pensées, des impulsions et des 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).

Tentative de suicide

Les tentatives de suicide sont encore plus difficiles à définir que les suicides (Organisation mondiale de la santé 2016). Les données les plus fiables en la matière proviennent des signalements par les 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).

Suicides non assistés

Le plan d'action et son objectif se concentrent sur les suicides non assistés, qualifiés de « suicides » par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans sa statistique sur les causes de décès. Dans le présent rapport, le terme « suicide » est généralement utilisé pour désigner les suicides non assistés.

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 : chacune de ces deux catégories est 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) : chaque tentative de suicide entraîne en moyenne des frais 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

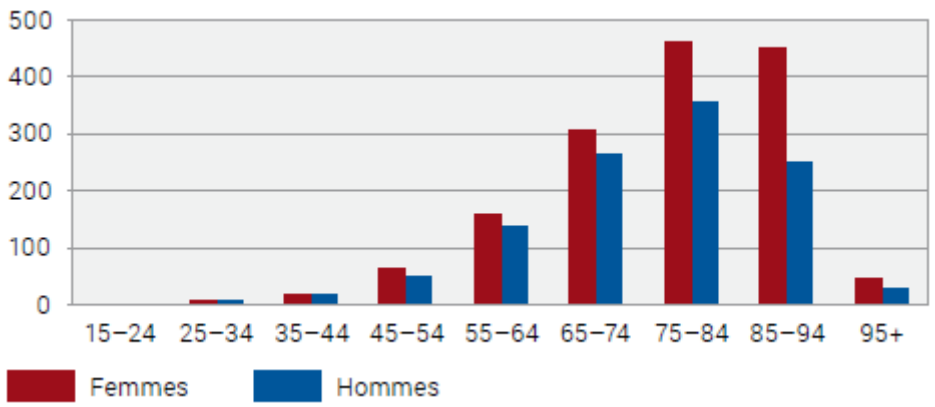
Suicides assistés

Pour l'année 2014, l'OFS (Office fédéral de la statistique 2016) a recensé 742 suicides assistés dans la population domiciliée en Suisse. Cela correspond à 1,2 % de tous les cas de décès et une augmentation de 26 % par rapport à l'année précédente. Le nombre de cas augmente chaque année depuis 2008.

Le suicide assisté concerne principalement des personnes souffrant d'une maladie somatique grave. Dans 42 % des cas, la maladie initiale était un cancer, dans 14 % une maladie neurodégénérative, dans 11 % une maladie cardiovasculaire et dans 10 % une maladie de l'appareil locomoteur. Les autres maladies comprennent notamment les syndromes douloureux et la multimorbidité. Une dépression a été mentionnée dans 3 %, et la démence dans 0,8 % des cas.

De 2010 à 2014, 94 % des personnes concernées étaient âgées de 55 ans ou plus. Sur ces cinq ans, treize personnes avaient moins de 35 ans, soit 0,5 % des cas d'assistance au suicide.

2. Suicides assistés selon l'âge et le sexe, période 2010-2014 (chiffres absolus)



Source : Suicide assisté et suicide en Suisse (Office fédéral de la statistique 2016)

Le Conseil fédéral prend diverses mesures visant à renforcer l'autodétermination en fin de vie, par exemple, une meilleure coordination de la prévention et de la détection précoce des maladies psychiques, la plate-forme Soins palliatifs ou l'amélioration de la coordination des soins. Le Conseil fédéral suit par ailleurs avec attention le Programme national de recherche « Fin de vie » (PNR 67) qui se poursuivra jusqu'à fin 2018, ainsi que les travaux de révision des directives médico-éthiques *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie* entrepris par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

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. À 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.

Statut socio-économique

La statistique des causes de décès établie par l'OFS ne fournit pas d'indicateurs fiables sur le statut socio-économique des auteurs de suicide. À ce titre, les études qui couplent la statistique des causes de décès avec les données de recensement (voir Swiss National Cohort[10]) 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 toutefois elles aussi touchées par la suicidalité. Les médecins, hommes et femmes, présentent, par exemple, un taux de suicide supérieur à la moyenne de la population (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 3 et figure 4). 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=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

[10] http://www.swissnationalcohort.ch (consulté le 24.10.2016)

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 5) ; les personnes âgées et très âgées en raison du nombre de suicides pour 100 000 habitants de ce groupe d'âge (voir figure 4). 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).

Évolution du taux de suicide

Le taux de suicide hors suicides assistés a nettement diminué ces vingt dernières années, même si une stagnation est observable depuis 2010. Le taux de suicide standardisé selon l'âge était de 13,3 pour 100 000 habitants en 2013 alors qu'il était de 20,2 pour 100 000 en 1995[11].

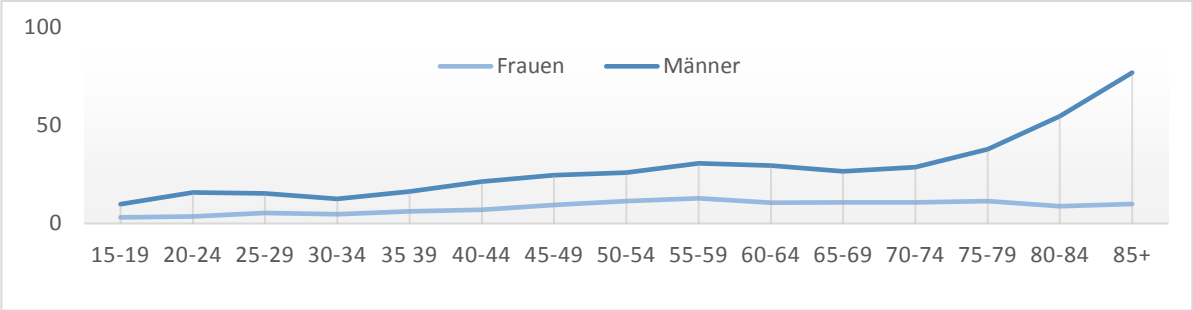
Pensées suicidaires

Parmi la population résidante permanente suisse, 2 % des jeunes âgés de 15 à 29 ans ont des pensées suicidaires tous les jours ou tous les deux jours[12]. Cela représente 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[13].

3. *Suicides : chiffres absolus (moyenne 2009-2013)*

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

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



5. *Part des suicides dans le total des décès (moyenne 2009-2013)*

Âge	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-59	70-79	80-89	90+	Total
Total	**6 %**	**28 %**	**19 %**	**12 %**	**6 %**	**2 %**	**1 %**	**<0.5 %**	**<0.5 %**	**2 %**
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 des données des graphiques ci-dessus : OFS, Statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

[11] Ces taux standardisés sont fondés sur l'European Standard Population (ESP) de 2010. L'OFS utilise l'ESP de 1976 pour certains de ses taux standardisés. Il peut en résulter des différences dans les taux de suicide publiés.

[12] L'Enquête suisse sur la santé effectuée en 2012 incluait pour la première fois une question concernant les pensées suicidaires : « Au cours des deux 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 ? »

[13] Il faut relever qu'un pourcentage élevé (15 %) de personnes âgées de 75 ans et plus ne répondent pas à la question (*missing value*).

3.2 Adolescents et jeunes adultes

Un suicide tous les trois jours

En moyenne, 133 jeunes (de moins de 30 ans, tableau 6) 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 5, p. 13).

6. Suicides – adolescents et jeunes adultes : moyenne 2009-2013 (chiffres absolus)

Âge	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	**1050**
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

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., à paraître).

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 ou 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 une fois et demi à trois 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. 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 d'une décision délibérée (Meister et Böckelmann 2015).

LGBT et intersexualité

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 personnes LGBT que chez les personnes hétérosexuelles (Organisation mondiale de la santé 2014). Une étude récente menée à l'Université de Zurich[14] 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. Trois enquêtes nationales menées en 2012 sur la suicidalité et l'orientation sexuelle avaient déjà produit des résultats similaires (Wang et al. 2012).

De nombreux enfants en bas âge dont le sexe ne peut pas être déterminé de façon univoque sur le plan biologique ont subi et subissent encore des interventions chirurgicales inutiles auxquelles ils n'ont pas consenti. Les souffrances physiques et psychiques qui en résultent peuvent provoquer chez le jeune adulte des crises psychosociales graves pouvant aller jusqu'au suicide[15].

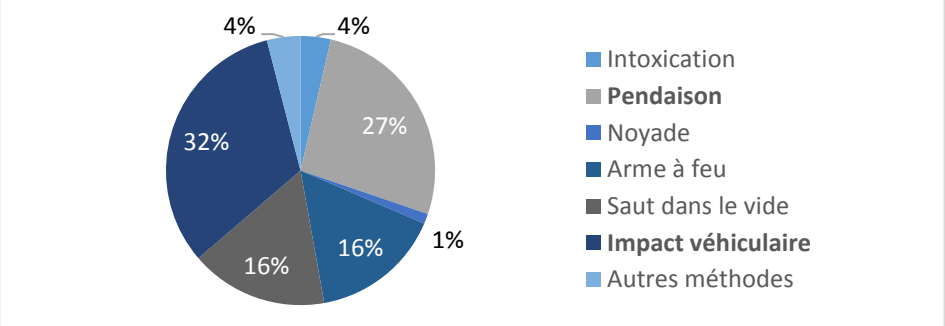
Adolescents de sexe masculin

Entre 2004 et 2013, 248 adolescents de sexe masculin (de 10 à 19 ans) 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 7).

7. 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 %.

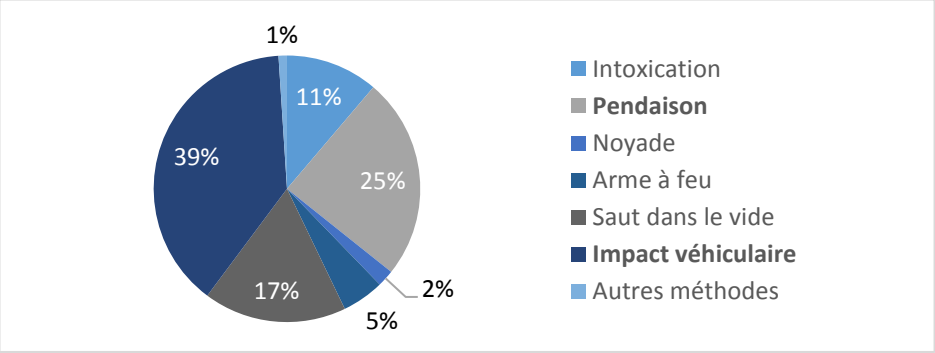


Source : OFS, Statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=25 par an

Adolescents de sexe féminin

Entre 2004 et 2013, 98 adolescentes (de 10 à 19 ans) ont mis fin à leurs jours. 39 % se sont suicidées par impact véhiculaire, 25 % par pendaison et 17 % par saut dans le vide (figure 8).

8. 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

[14] À 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.

[15] http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/fr/NEK_Intersexualitaet_Fr.pdf (consulté le 24.10.2016)

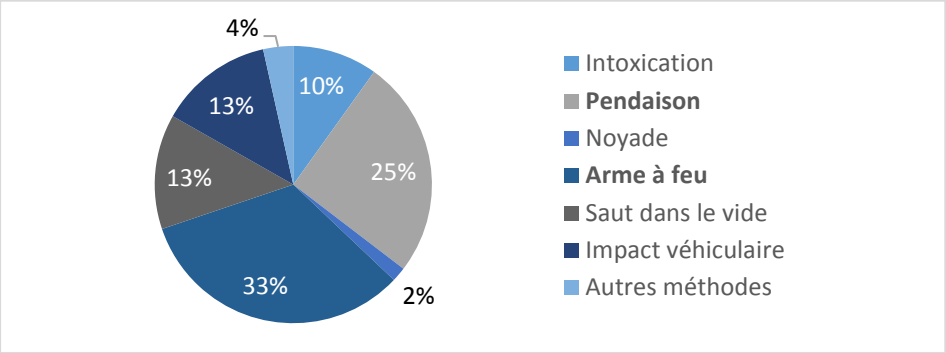
Jeunes hommes

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 9).

9. Méthodes de suicide : jeunes hommes de 20 à 29 ans (2004-2013)

Remarque :

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

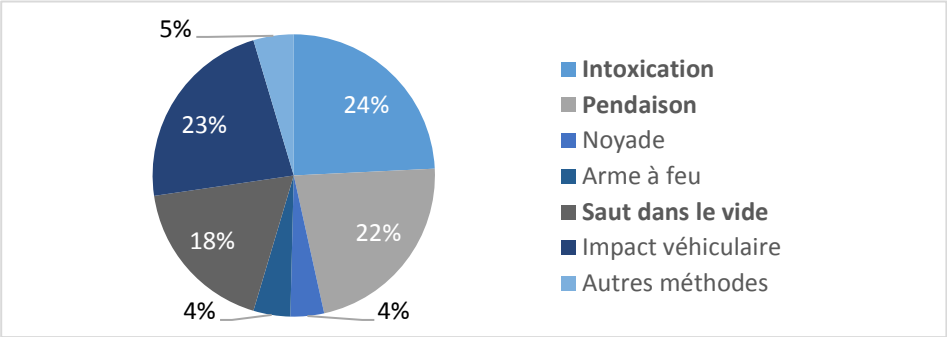


Source : OFS, Statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=83 par an

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 10).

10. 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 (âgés de 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 se 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.

3.3 Adultes

Deux suicides par jour

En moyenne, 691 adultes (âgés de 30 à 69 ans, voir tableau 11) ont mis fin à leurs jours chaque année en Suisse entre 2009 et 2013, dont 72 % d'hommes.

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 5, 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 4, 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).

11. Suicides – adultes : moyenne 2009-2013 (chiffres absolus)

Âge	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	**1050**
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[16].

[16] http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit treibt jährlich 45000 Menschen in den Tod (consulté le 24.10.1.2016)

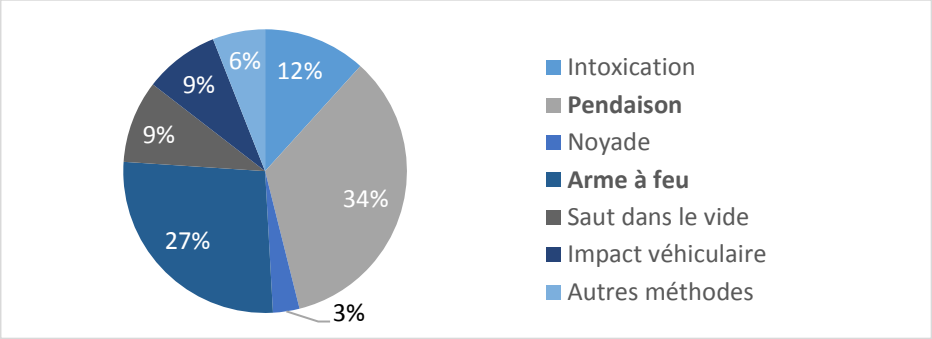
Hommes

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 12).

12. Méthodes de suicide : hommes de 30 à 69 ans (2004-2013)

Remarque :

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

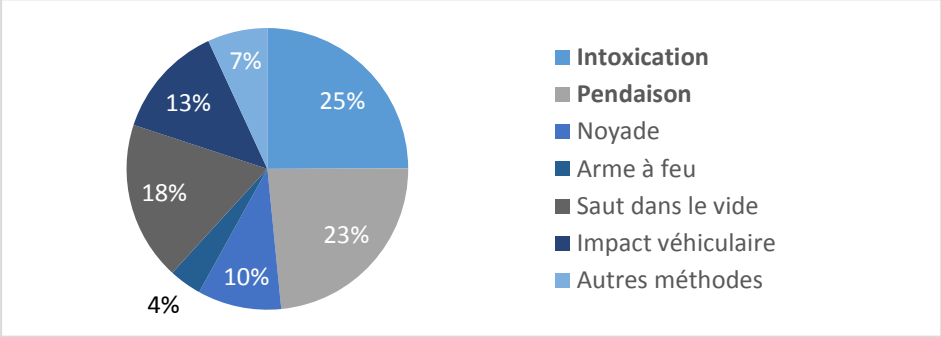


Source : OFS, Statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 201 N=503 par an

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 13).

13. Méthodes de suicide : femmes de 30 à 69 ans (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 (hors suicides assistés) chaque année en Suisse entre 2009 et 2013 (tableau 14), 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 5, p. 13). Trois suicides sur quatre dans cette classe d'âge sont le fait d'hommes.

14. Suicides – personnes âgées et très âgées : moyenne 2009-2013 (chiffres absolus)

Âge	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	**1050**
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). À 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 4, 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). À 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 protection

Nombre de personnes âgées et très âgées qui ont enduré des souffrances et 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 (Nationales Suizidprogramm für Deutschland NaSPro 2015). La façon dont la société conçoit la dignité et l'autonomie est également cruciale (Rüegger 2013 ; Minder et Harbauer 2015).

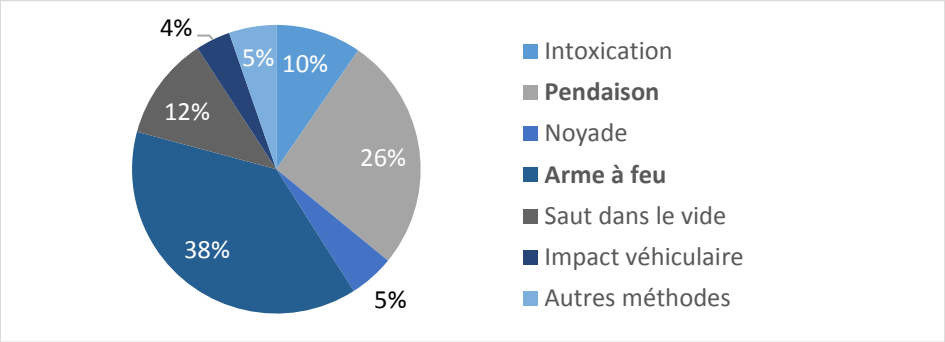
Hommes

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 15). Une différence existe entre les hommes de moins et de plus de 85 ans : les suicides sur la voie ferrée sont inexistants chez les hommes très âgés, tandis que la proportion de suicides par saut dans le vide augmente d'autant.

15. Méthodes de suicide : hommes de 70 ans et plus (2004-2013)

Remarque :

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



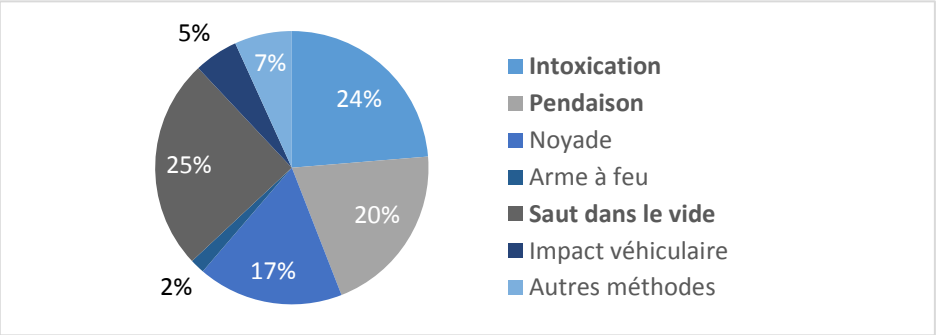
Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=168 par an

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 (figure 16). 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 met fin à ses jours en utilisant une arme à feu.

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

16. Méthodes de suicide : femmes de 70 ans et plus (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 (tableau 17), soit plus de deux par jour. Le nombre de femmes qui se suicident est nettement moins élevé. La proportion de suicides commis par des hommes oscille dans toutes les classes d'âge entre 70 % et 80 % ; elle se situe dans l'ensemble à 73 %.

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

Âge	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	**1050**
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 5, 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 4, 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 (voir 3.4. Personnes âgées et très âgées, p. 19).

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 présentent 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.

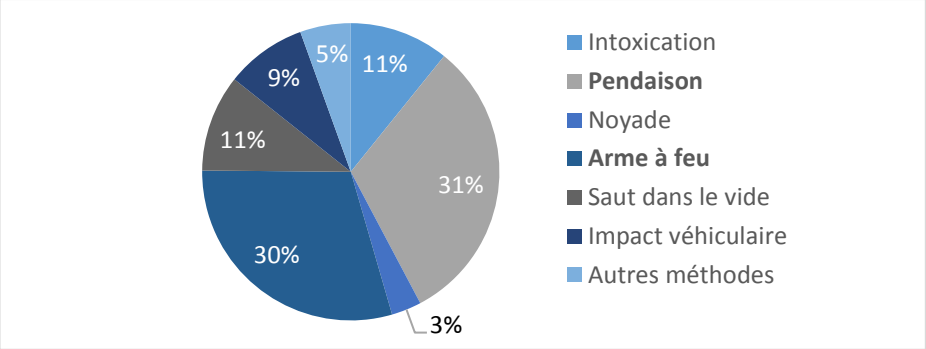
Hommes

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 18).

18. Méthodes de suicide : hommes (2004-2013)

Remarque :

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

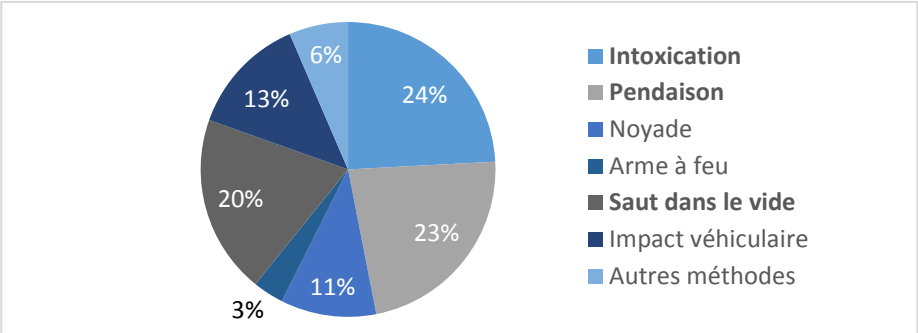


Source : OFS, Statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=778 par an

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 11 % par noyade (figure 19).

19. Méthodes de suicide : femmes (2004-2013)



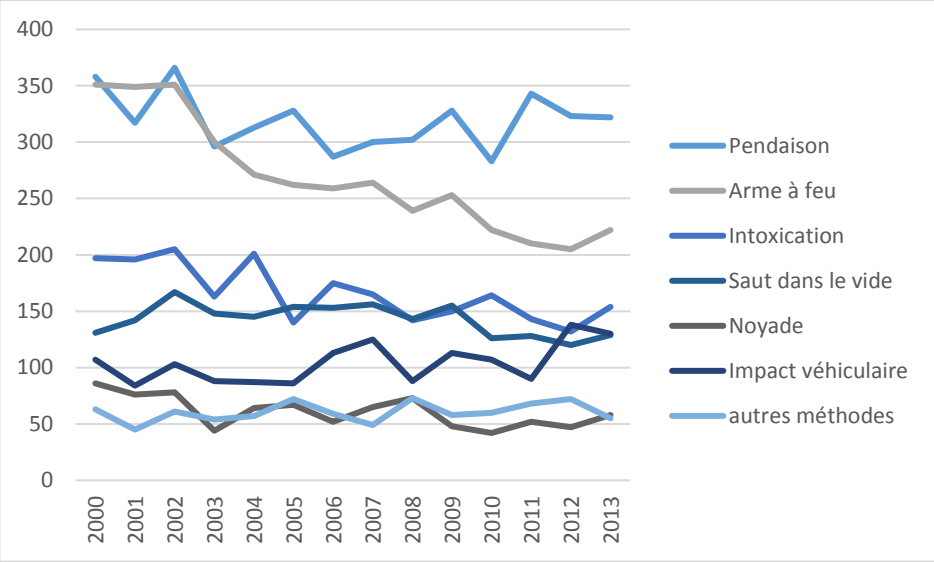
Source : OFS, Statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015 N=300 par an

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[17].

Les illustrations qui suivent montrent l'évolution au cours des dernières années, d'abord en chiffres absolus (figure 20), puis en chiffres relatifs (figure 21).

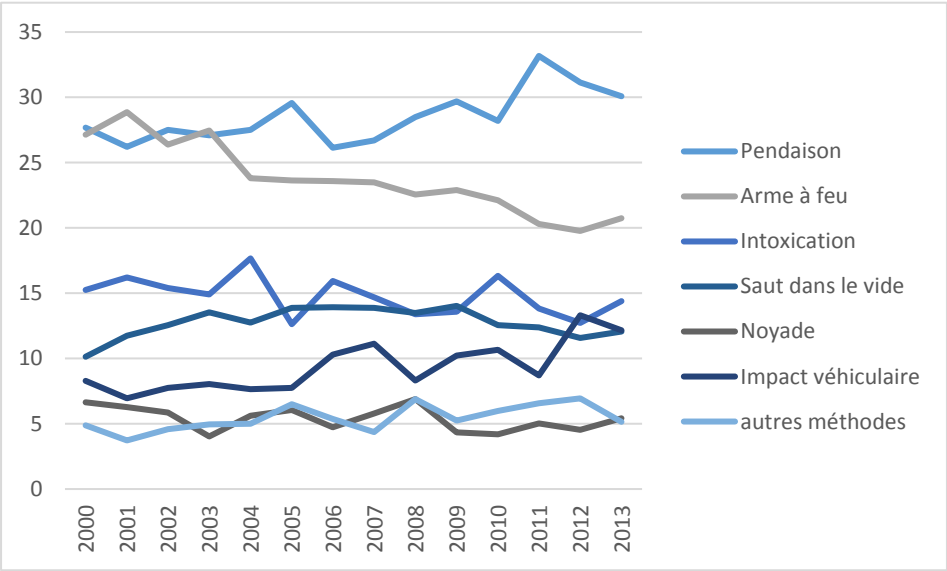
20. Méthodes de suicide, 2000-2013 (chiffres absolus, hors suicides assistés)



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

21. Méthodes de suicide, 2000-2013 (chiffres relatifs, hors suicides assistés)

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



[17] https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.assetdetail.262994.html (consulté le 24.10.2016) ; analyses : OFSP

La pendaison 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 20) comme en chiffres relatifs (figure 21). 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 auxquelles il est possible de restreindre l'accès. 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, par exemple 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[18]). 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. Confédération). En 2013, 2500 armes militaires sont passées en mains privées à l'issue du service obligatoire. Il était encore d'environ 7000 en 2007 et surtout de 32 000 en 2004.

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 22, p. 24).

22. Suicides par arme à feu (total 2009-2013)

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

* À 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

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

Intoxication

Les intoxications médicamenteuses représentent 85 % des auto-intoxications fatales et 80 % des tentatives de suicide par cette méthode[19] (suicides : Reisch et al. 2015[20] ; 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 23). Par contre, les femmes sont surreprésentées.

23. Suicides par intoxication (total 2009-2013)

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

* À 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 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 24).

[19] 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).

[20] L'étude se limite aux suicides qui ont été analysés par les instituts médico-légaux en Suisse entre 2000 et 2010.

24. Suicides par saut dans le vide (total 2009-2013)

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

* À 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, cette méthode est la plus utilisée, pour les hommes comme pour les femmes. À 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 des personnes qui se suicident sur la voie ferrée (tableau 25).

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

Âge	0-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70+ ans	Total
Hommes	118	119	118	35	**390**
Femmes	50	60	62	16	**188**
Total	168	179	180	51	**578**
Pourcentage*	**29 %**	**31 %**	**31 %**	**9 %**	**100 %**

* À 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'OFS sur les causes de décès fait apparaître une certaine augmentation des suicides sur la voie ferrée en 2012 et 2013 (figures 20 et 21, p. 23), une tendance confirmée par les statistiques de l'Office fédéral des transports (tableau 26).

26. 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**	**2015**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
126	103	140	140	151	140	14	14	18	16	9	12

Source : Office fédéral des transports[21].

[21] www.oft.admin.ch > Actualités > Rapports et études > Sécurité > Rapport sur la sécurité 2015 (consulté le 18.10.2016)

3.7 Bilan

Fréquence	Chaque année, 1000 personnes environ décèdent par suicide et 10 000 personnes sont prises en charge médicalement à la suite d'une tentative de suicide en Suisse.
Groupes de personnes	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. Toutefois, il apparaît que certains groupes de personnes présentent un risque de suicide supérieur à la moyenne, par exemple, les hommes très âgés, les personnes touchées par le chômage de longue durée, les jeunes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres) ou les personnes en détention. Il est donc également important de prévoir des mesures qui ciblent spécifiquement ces groupes.
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 dont il est également difficile de restreindre l'accès.

Extrait de : *« Darüber reden ». Perspektiven nach Suizid : Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen* (Weisshaupt 2013).

« Hier, je suis entrée à la clinique psychiatrique. Je m'y suis inscrite, et maman m'a accompagnée. L'entrée était pour le moins mouvementée. Le visage de maman était tellement baigné de larmes que le personnel ne savait pas de qui exactement il fallait s'occuper. Il faut la comprendre : la dernière fois qu'elle est venue en psychiatrie, c'était pour papa.

Quelques jours se sont écoulés à la clinique. Je remarque que je suis plus en phase avec mes émotions. Je me sens triste, faible, en colère et impuissante, mais je suis plus calme et moins agitée. J'aime la tranquillité. Or, je me fais tellement de bile pour tout. Ici, à la clinique, je me sens protégée.

Deux semaines ont passé. Avec des hauts et des bas. Je fais quantité de choses et lis beaucoup. Je me sens bien ici pour le moment, mais j'ai peur de quitter cette protection.

Une autre semaine s'est écoulée. Les cinq derniers jours étaient terribles. Je n'ai pas cessé de pleurer. Aujourd'hui, j'ai retrouvé un peu de sérénité et j'y vois plus clair.

Ce week-end, j'ai osé sortir de la clinique. Je suis allée camper avec ma merveilleuse amie Sandra. Le week-end prochain, j'essaierai d'aller chez ma sœur. Je rassemble mes affaires chez maman et souhaite clore cette période chez elle. Cette si lourde et si déprimante période. Tant de choses me manquent en ce moment. La vie, mes amis. Je commence à connaître chaque recoin de cette clinique. J'essaie de préparer l'examen d'entrée à la Haute école spécialisée. J'aimerais à nouveau arriver à faire des choses.

Mon dernier jour à la clinique est arrivé. Je me réjouis de ma nouvelle vie. Quantité d'émotions et de réflexions sont apparues depuis que je suis ici. J'ai appris à m'aimer. J'ai conscience que cette période difficile n'est pas encore terminée. Et je resterai habitée par la crainte d'avoir une nouvelle fois à surmonter une telle dépression. Mais je sais aujourd'hui que j'en suis capable. Encore et encore, si besoin est. Papa, tu as manqué tant de choses ! Pourquoi n'as-tu pas eu la force ? » Vera Rohner

(Avec l'aimable autorisation de l'auteure et de l'éditeur. N.d.t. : transcription libre en français)

4. Le comportement suicidaire et ses facteurs

4.1 Le comportement suicidaire

Maladies psychiatriques et crises psycho-sociales

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).

Les pensées suicidaires sont une réponse courante à un niveau élevé de souffrance. Mettre fin à ses jours est perçu comme une façon possible (voire comme l'unique façon) de sortir de la crise. Les personnes qui ont des pensées suicidaires ne souhaitent généralement pas mourir, mais cherchent une issue à la crise qu'elles traversent.

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 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).

Seule une petite partie des personnes ayant des pensées suicidaires les met en œuvre. Une tentative de suicide peut se produire lorsque la souffrance et le désespoir empêchent la personne de réfléchir à sa situation. Une crise suicidaire aiguë est dominée par l'idée que la seule solution aux problèmes rencontrés est de mettre fin à ses jours. La personne concernée n'arrive pas à trouver d'autre issue à cette crise ni à entrer en relation avec des personnes susceptibles de l'aider.

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, mésentente 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[22] (Organisation mondiale de la santé 2014). 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.

[22] 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).

Complément

Problèmes psychiques des migrants	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 (Office fédéral de la santé publique 2012). Or 45 % des personnes issues d'un État 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. 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[23]). 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, ces personnes d'asile 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.

[23] www.ofas.admin.ch > Thèmes > Questions de l'enfance et de la jeunesse > Droits de l'enfant (consulté le 24.10.2016)

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

5.1 Introduction

Acteurs de la prévention du suicide

La prévention du suicide est une responsabilité qui engage l'ensemble de la société. Les trois échelons institutionnels (Confédération, cantons et communes) sont impliqués dans la prévention du suicide. Les organisations non gouvernementales jouent, elles aussi, un rôle important.

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 (par exemple, par des contributions financières, cf. ch. 5.5), 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. Les services concernés par cette thématique sont l'OFSP, le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) et – en ce qui concerne les jeunes et les efforts visant à intégrer les personnes souffrant de troubles psychiques – l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

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)[24] ;
- postulats 13.3370 « Mesures envisagées dans le domaine de la santé psychique en Suisse »[25], 10.3255 « Avenir de la psychiatrie »[26], 14.3191 « Intégration sur le marché du travail des personnes présentant des troubles psychiques »[27] et développement continu de l'AI ;
- Stratégie nationale Addictions ;
- éducation + santé Réseau Suisse ;
- Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (Stratégie MNT) ;
- coordination de la mise en œuvre de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant.

L'Office fédéral de la justice (OFJ) peut également contribuer à réduire le nombre de suicides par son travail législatif sur la violence domestique, l'aide aux victimes et l'exécution des peines et des mesures. L'Office fédéral des routes (OFROU) a, pour sa part, adopté des directives concernant la prévention du suicide depuis les ponts[28]. Avec la statistique sur les causes de décès, l'OFS réunit les données

---

[24] www.ofsp.admin.ch > Thèmes > La politique de la santé > Santé psychique > La santé psychique en Suisse (consulté le 24.10.2016)

[25] https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20133370 (consulté le 24.10.2016)

[26] https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20103255 (consulté le 24.10.2016)

[27] https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20143191 (consulté le 24.10.2016)

[28] 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 2014 ; Reisch et al. 2014).

pertinentes concernant les suicides. À 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, 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 entraînent 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. Cela a entraîné une baisse massive de la possession d'anciennes armes militaires par des particuliers. Les efforts 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, et 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

Homicides suivis d'un suicide

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 (Grabherr et al. 2010). La disponibilité des armes 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 (notamment dans le cas d'une folie meurtrière). 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 ; Markwalder et Killias).

Législation sur les produits thérapeutiques

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 influer sur le nombre de suicides ou de tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse. Restreindre l'accès à des médicaments souvent utilisés pour les suicides implique néanmoins d'analyser les conséquences sanitaires négatives qui peuvent en résulter.

Dans le cadre de la révision de la loi sur les produits thérapeutiques, l'objectif fixé par le Parlement de faciliter l'accès aux produits thérapeutiques est en contradiction avec les objectifs en matière de prévention du suicide. Le Conseil fédéral prendra toutefois en compte les intérêts de cette prévention dans la mise en œuvre de la

	loi. Le 4e train d'ordonnances sur les produits thérapeutiques visera à trouver un compromis satisfaisant pour les acteurs de la santé et pour la population.
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).
Complément	La statistique des causes de décès de l'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)[29] : • les instituts de médecine légale ; • la statistique médicale des hôpitaux ; • la statistique des hôpitaux ; • Tox Info ; • le système de déclaration Sentinella ; • la statistique policière de la criminalité ; • la statistique en matière de détention ; • l'Enquête suisse sur la santé ; • le Panel suisse de ménages ; • les enquêtes fédérales auprès de la jeunesse (ch-x) ; • la Swiss National Cohort (liée, par exemple, à la statistique sur les causes de décès).
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 importantes pour des études qualitatives.
Interventions factuelles et évaluation de l'efficacité	Des interventions factuelles en matière de prévention du suicide nécessitent obligatoirement des données solides. Le monitorage et la recherche permettent d'analyser les effets des interventions.

5.3 Cantons et communes

Engagement des cantons : aperçu	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 *Santé psychique en Suisse* offre un aperçu de ces activités (soutien à l'Alliance contre la dépression, p. ex.) (Bürli et al. 2015, p. 29).

[29] 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).

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.

Une enquête[30] 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.

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).

Collecte des données

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 pour la prévention du suicide apporte une solution à l'échelle nationale.

Soins médicaux

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.

Dans les soins somatiques, un repérage précoce des troubles psychiques, des crises, voire 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 des fonctions importantes de repérage et de triage. Une attention particulière doit être accordée aux personnes gravement malades ou polymorbides. Les soins palliatifs sont une composante importante de la prévention du suicide.

Les fonctions de repérage et de triage 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 qui traversent une crise suicidaire 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

[30] Enquête réalisée par le Réseau Santé Psychique Suisse au printemps 2015 ; réponses fournies par 25 cantons, complétées par les auteurs de l'enquête.

	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[31].
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[32]. 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 a été élaboré avec le concours d'experts dans le cadre du projet « La sécurité des patients en psychiatrie », réalisé par la fondation Sécurité des patients Suisse et financé en grande partie par la FMH. La prévention du suicide y occupe une place de premier plan (Mascherek 2015; Mascherek und Schwappach 2016).
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. Ces centres ont une fonction importante de repérage et d'intervention précoces. 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, les jeunes LGBT, 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)[33]. 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 (IP)[34] est inégalement répandu. Ce concept, développé dans les domaines de la prévention des addictions et de la violence, offre des

[31] Cf. *Avenir de la psychiatrie en Suisse*, rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255), mars 2016.

[32] http://www.hplus.ch/fr/chiffres_faits/moniteur_des_hopitaux_et_cliniques_de_h/psychiatrie/prestations/sortie/ (consulté le 11.1.2016)

[33] « Qui peut facilement être utilisé. Une structure ou un service à bas seuil d'accès doit bénéficier d'une accessibilité physique (géographique et organisationnelle) et financière, ainsi qu'être perçu comme acceptable, c'est-à-dire garantissant si nécessaire l'anonymat, efficace et sans barrières sociales ni culturelles (telles que la langue, l'âge, le sexe, la religion ou l'appartenance ethnique). »
Source : http://www.bag.admin.ch/glossar/index.html?action=id&id=501&lang=fr (consulté le 24.10.2016)

[34] http://www.bag.admin.ch/jugendprogramme/10043/10044/index.html?lang=fr (consulté le 24.10.2016)

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 à ce stade n'en est que plus grande. Or en Suisse, il n'existe que des projets ponctuels de prévention dans ces deux contextes de formation[35].

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 (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 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 (Organisation mondiale de la santé et International Association for Suicide Prevention IASP 2007). En décembre 2015, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté des révisions importantes de l'Ensemble de règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus[36]. Ces révisions, connues sous le nom de « règles Mandela », reprennent de nombreuses règles pénitentiaires du Conseil de l'Europe, mais vont plus loin sur le recours aux mesures d'isolement, un élément central pour la prévention du suicide.

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

[35] P. ex., pour les entreprises formatrices (en allemand) : *Zwischen Lebenslust und Lebensfrust – Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention*, rédigé par la Haute École 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'École polytechnique fédérale de Zurich.

[36] http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Brochure_on_the_UN_SMRs.pdf (consulté le 24.10.2016)

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)[37].

Il est rare que l'État soit aussi directement et entièrement responsable de la santé de ses citoyens que lorsqu'il les prive de leur liberté ou les emprisonne.

5.4 Fondation Promotion Santé Suisse

Mandat

La fondation Promotion Santé Suisse a pour mandat légal d'initier, de coordonner et d'évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Elle est soutenue par les cantons et les assureurs.

La santé psychique dans la gestion de la santé en entreprise

Depuis 2006, la santé psychique fait partie des priorités stratégiques de Promotion Santé Suisse. Jusqu'à présent, Promotion Santé Suisse a mis l'accent sur les mesures volontaires de gestion de la santé en entreprise : en effet, le travail joue un rôle fondamental pour la santé psychique, plus de la moitié de la population suisse exerce une activité professionnelle et la majorité des actifs travaillent sur une période de plus de 40 ans. Elle développe des mesures éprouvées dans la pratique et validées par les milieux scientifiques. Les entreprises reçoivent ainsi un soutien lors de la mise en œuvre des mesures de promotion de la santé pour leurs collaborateurs.

La santé psychique dans les programmes d'action cantonaux

Depuis 2007, Promotion Santé Suisse mène des programmes d'action cantonaux (PAC) pluriannuels qui regroupent et coordonnent plusieurs mesures axées sur les résultats. Ces programmes ont, jusqu'à présent, été exclusivement consacrés à l'alimentation et à l'activité physique des enfants et des adolescents. En juillet 2016, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décidé d'augmenter le supplément de prime d'assurance-maladie. Cette augmentation permettra d'étendre les PAC à la thématique de la santé psychique et au groupe cible des personnes âgées. La fondation Promotion Santé Suisse apportera ainsi une contribution à la réussite des projets du Dialogue Politique nationale de la santé et de la stratégie MNT.

Ces PAC proposent aux cantons intéressés un cadre uniforme garantissant à la fois une qualité comparable et une flexibilité suffisante pour les spécificités régionales. Les cantons ont en effet la possibilité d'adapter la portée des mesures à leurs besoins et à leurs capacités. Ils sont responsables du pilotage et de la mise en œuvre de ces mesures. Ils assurent la moitié au moins de la charge financière des PAC, le reste étant à la charge de Promotion Santé Suisse.

Sur la base des connaissances scientifiques, les mesures des PAC déployées pour la santé psychique viseront à renforcer les ressources des personnes directement concernées et celles de leurs proches. Elles devraient plus particulièrement cibler les enfants et les jeunes ainsi que les personnes âgées et leur entourage (parents, proches aidants, etc.). Les PAC contribuent ainsi à la prévention et au repérage précoce des maladies psychiques et du suicide.

[37] http://sante.prison.ch/fr (consulté le 24.10.2016)

5.5 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 27.

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

	Professionnels				Public	
Associations de prévention du suicide	Recherche	Mise en réseau	Formation continue	Matériel d'information	Information/ sensibilisation[38]	Conseil/aide[39]
CH : Ipsilon	✓	✓	✓	✓	✓	
AG : Suizid-Netz		✓	✓	v	✓	
BE : Fachgruppe Suizidprävention		✓	✓	✓	✓	
BE (partie francophone) : Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
FR : PréSuiFri		✓	✓	✓		
F-CH : STOP SUICIDE		✓	✓	✓	✓	
JU : Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
NE : Parlons-en		✓	✓	✓	✓	✓
VS : Parspas			✓	✓	✓	✓
ZH : FSSZ	✓	✓	(✓)	✓	✓	
D-CH : Organisation Trauernetz		✓	✓		✓	✓

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

Pour que les offres soient utilisées par les personnes qui traversent une crise suicidaire, 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. La Confédération, en l'occurrence, l'Office fédéral des assurances sociales, apporte un soutien financier à « Conseil + Aide 147 » et à STOP SUICIDE.

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 organisations privées, 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

[38] Il s'agit ici de fournir des informations sur la problématique du suicide et sur les maladies psychiques.

[39] À la personne concernée, aux proches ou aux deux.

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.

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 28 présente quelques activités d'organisations privées visant à lutter contre l'isolement et à encourager la participation sociale.

28. Activités d'organisations visant à lutter contre l'isolement et à encourager la participation sociale

Titre	Genre	Cantons / villes
Projet Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées	Programme	CH
Gesund altern	Programme	ZG
femmesTISCHE	Lieu de rencontre	AG/AR/BS/BE/GE/LU/NW/OW/SG/SO/SZ/TG
TAVOLATA – favorise les contacts	Lieu de rencontre	AG/BE/BS/BL/GR/JU/LU/NE/NW/OW/SG/SH/SZ/TG/TI/UR/ZG/ZH
Café Yucca	Lieu de rencontre	ZH
Café Balance	Lieu de rencontre	BS
Väter für Väter	Lieu de rencontre	Ville de Zurich
Service de visite et d'accompagnement, Croix-Rouge suisse	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 burn-out et la gestion du stress (Fässler et al. 2015).

Formation des professionnels non médicaux

La formation de multiplicateurs est essentielle pour permettre aux professionnels des établissements de formation, des services de l'emploi, des communes, des entreprises, des homes, des prisons, des églises, des associations, de l'armée, des forces de police, mais aussi des centres de consultation et des lignes téléphoniques d'urgence, de mener à bien leur fonction de repérage et d'intervention précoces. 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.

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. Les personnes qui traversent une crise suicidaire ont besoin d'interlocuteurs qui fassent preuve de beaucoup d'empathie.

Informations par les médias

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.

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[40]. D'autres acteurs ont depuis lors formulé des recommandations pour les professionnels des médias[41].

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.

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).

Complément

Effets positifs et négatifs du traitement médiatique du suicide	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 (Tomandl et al. 2014 ; Organisation mondiale de la santé 2014 ; Niederkrotenthaler et al. 2010). Les médias ont au contraire une influence négative (Organisation mondiale de la santé 2008 ; Tomandl et al. 2014) 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

[40] http://www.ipsilon.ch/fr/medias/directives_pour_medias.cfm (consulté le 24.10.2016)
[41] http://www.stopsuicide.ch/site/accueil (consulté le 24.10.2016)

	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).

Complément	
Cyber-intimidation & sexting	La cyberintimidation (également appelée cyberharcèlement ou *cyberbullying*) est perpétrée par des moyens de communication numériques. Il peut s'agir de textes, d'images ou de films diffusés pour dénigrer, compromettre ou harceler une personne de manière répétée ou sur une période relativement longue. Le Conseil fédéral a approuvé un rapport sur le sujet en 2010[42] et en 2015 ; selon ce document, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement touchés par ces actes, que ce soit en qualité de victimes ou de coupables. La cyberintimidation peut avoir des retombées dramatiques comme des états d'anxiété, des dépressions ou des pensées suicidaires. Dans l'étude suisse JAMES, 28 % des jeunes de 12 à 19 ans ont déclaré pendant le sondage que des photos ou des vidéos ont été téléchargés sans leur consentement (Willemse et al. 2014). 22 % des adolescents disent avoir été attaqués via Internet ; pour 12 % d'entre eux, des images ou des textes offensants les concernant ont été diffusés par téléphone, et 8 % ont déjà envoyé des photos érotiques ou suggestives d'eux-mêmes. Ces photos risquent d'être réutilisées à des fins abusives par le destinataire et retransmises sans le consentement de l'expéditeur (*sexting*). La cyberintimidation et le *sexting* ne tombent pas sous le coup d'une disposition explicite dans le droit suisse. Le Conseil fédéral[43] estime toutefois que les dispositions du droit pénal suffisent pour poursuivre ces actes. Les victimes d'atteintes à la personnalité peuvent en outre déposer une plainte civile. La loi sur la protection des données s'applique également. La Confédération et les cantons s'investissent contre la cyberintimidation dans le volet « Jeunes et médias ». Les instruments normatifs de protection ont toutefois leurs limites. Aussi faut-il mettre en place des mesures parallèles qui permettent aux responsables de l'éducation d'accompagner les enfants lors de l'utilisation des médias et, d'apporter leur soutien lors d'expériences pesantes. Les enfants et les adolescents, de leur côté, doivent être capables de comprendre et d'évaluer la portée et les conséquences de leurs actes. Par ailleurs, la Confédération et les cantons abordent aussi le sujet dans le volet « Jeunes et violence »[44] (Ribeaud et al. 2015).

[42] https://www.cybercrime.admin.ch/dam/data/fedpol/aktuell/news/informationen/ber-br-f.pdf (consulté le 24.10.2016)
[43] http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00071/index.html?lang=fr (consulté le 24.10.2016)
[44] http://www.jeunesetviolence.ch/fr.html (consulté le 15.9.2016)

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

6.1 Mandat

Mandat

En acceptant la motion Ingold 11.3973 « Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles », les Chambres fédérales ont 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 ». Ce sujet concerne l'ensemble de la population et de nombreux acteurs du système de santé.

Élaboration du plan d'action

C'est pourquoi la Confédération a traité cette question dans le cadre du « Dialogue Politique nationale suisse de la santé »[45]. Ce dernier a ensuite donné mandat à 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 d'élaborer un plan d'action pour la prévention du suicide.

Une centaine d'experts ont été consultés lors de l'élaboration d'une première version de ce document, notamment :

- des spécialistes issus des domaines médicaux et non médicaux ;
- des représentants de la Confédération et des cantons ;
- des responsables de programmes de prévention du suicide d'autres pays européens et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- des personnes ayant une expérience personnelle de la suicidalité.

Quelque 130 acteurs appartenant ou non au système de santé ont pris part à la consultation sur cette première version du projet au printemps 2016.

Le présent plan d'action reprend les recommandations internationales relatives aux programmes de prévention du suicide (World Health Organization WHO 2014 ; Zalsman et al. 2016 ; Mann et al. 2005) tout en tenant compte des particularités du contexte suisse.

Il a été approuvé par le Conseil fédéral et le Dialogue Politique nationale de la santé en novembre 2016. La phase de mise en œuvre débutera en 2017.

6.2 Objectif

Suicides et taux de suicide aujourd'hui

Chaque année, plus d'un millier de personnes mettent fin à leurs jours en Suisse (suicides assistés non compris). Le taux de suicide standardisé selon l'âge, hors suicides assistés, était de 13,3 suicides[46] pour 100 000 habitants en 2013 (20,3 pour les hommes et 6,3 pour les femmes) (Steck et Zwahlen 2016).

Le taux de suicide hors suicides assistés a nettement diminué ces vingt dernières années, même si une stagnation est observable depuis 2010. Cette tendance à la baisse est probablement liée à des facteurs généraux, comme la stabilité de la conjoncture économique, et au développement de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques en Suisse. En outre, plusieurs acteurs publics et privés ont développé ces dernières années des actions de prévention du suicide.

---

[45] Le « Dialogue Politique nationale suisse de la santé » représente la plate-forme permanente de la Confédération et des cantons. Elle permet à ces derniers de discuter de thèmes et de tâches ayant trait à la politique de la santé et de conclure les accords nécessaires. http://www.nationalegesundheit.ch/fr/index.html (consulté le 2.11.2016)

[46] Ces taux standardisés sont fondés sur l'European Standard Population (ESP) de 2010. L'Office fédéral de la statistique utilise l'ESP de 1976 pour certains de ses taux standardisés. Il peut en résulter des différences dans les taux de suicide publiés.

Objectif	Le plan d'action pour la prévention du suicide vise à amplifier et à pérenniser la baisse du taux de suicides non assistés (et de tentatives de suicide) à l'échelle nationale. La stagnation observée depuis 2010 montre qu'il est nécessaire d'intensifier les efforts en ce sens. Selon Steck et Zwahlen (2016), il est peu probable que le taux de suicide affiche au cours des vingt prochaines années une baisse comparable à celle observée au cours des vingt années précédentes. De manière générale, les efforts qui doivent être investis dans la prévention pour obtenir une baisse supplémentaire du taux de suicide sont d'autant plus importants que ce taux est bas. Si la tendance à la baisse observée de 1995 à 2013 se poursuivait dans les mêmes proportions, le taux de suicide des hommes pourrait chuter à environ 14 pour 100 000 habitants en 2030 et celui des femmes à environ 4 pour 100 000 habitants (Steck et Zwahlen 2016). Cela représenterait, entre 2013 et 2030, une réduction de 30 % du taux de suicide des hommes et de 40 % du taux de suicide des femmes. Cet objectif paraît trop optimiste.
Réduction du taux de suicide d'environ 25 % d'ici 2030	Le plan d'action a pour objectif de réduire d'environ 25 % le nombre de suicides pour 100 000 habitants d'ici 2030 (par rapport à 2013). Il vise par conséquent à faire passer le taux de suicide à environ 10 pour 100 000 habitants en 2030 (environ 15 pour 100 000 habitants dans la population masculine et 5 pour 100 000 habitants dans la population féminine). Une comparaison avec les taux de suicide d'autres pays européens[47] montre que cet objectif est réaliste. Ainsi, la Grande-Bretagne, l'Espagne, Italie et Luxembourg affichaient déjà en 2013 un taux de suicide de 15 pour 100 000 habitants dans la population masculine. La Norvège, le Portugal, les Pays-Bas et le Danemark se situaient juste au-dessus de ce seuil. En ce qui concerne la population féminine, la Grande-Bretagne, l'Espagne, l'Italie, le Portugal et la Grèce présentaient en 2013 un taux de suicide ne dépassant pas 5 pour 100 000 habitants.
Environ 300 suicides de moins par année	La réalisation de cet objectif permettait d'éviter environ 300 décès par année en Suisse à l'horizon 2030 et d'épargner de grandes souffrances à quelque 3000 parents et proches (Steck et Zwahlen 2016). Du fait de la croissance attendue de la population, le nombre de décès par suicide continuerait néanmoins de se situer autour d'un millier par année (Steck et Zwahlen 2016). Ces chiffres sont des estimations basées sur le scénario moyen de l'évolution démographique établi par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Selon ce scénario, la population résidante permanente devrait continuer d'augmenter en Suisse pour atteindre 9,5 millions de personnes en 2030, dont environ 2,2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus (dont le taux de suicide est le plus élevé).
Tentatives de suicide	En raison de l'absence de données pour l'ensemble de la Suisse, il n'est pas possible de formuler des objectifs précis en ce qui concerne les tentatives de suicide (Steck et Zwahlen 2016).

[47] http://ec.europa.eu/eurostat (consulté le 24.10.2016)

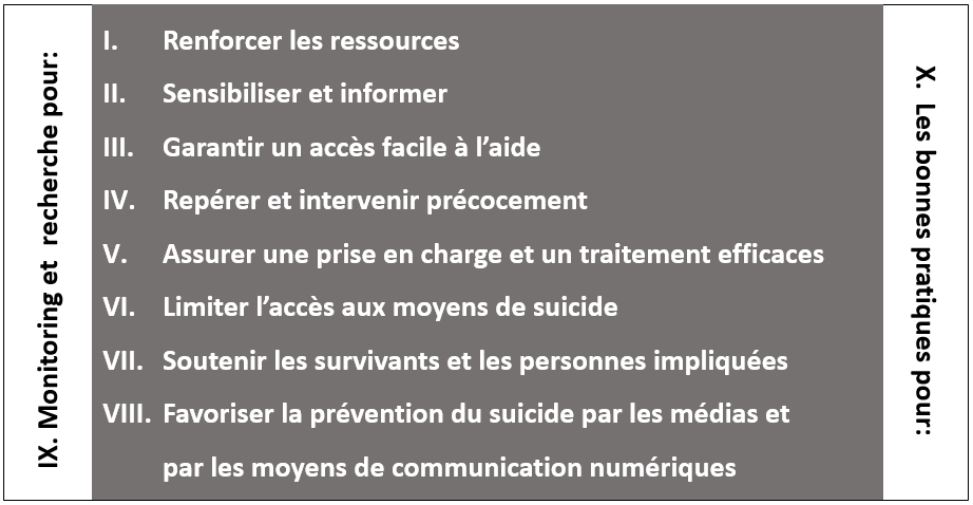
6.3 Objectifs et mesures

Avec le plan d'action, la Confédération et les cantons veulent contribuer à réduire les actes suicidaires lors de réaction aiguë – et souvent passagère – à un facteur de stress ou en cas de maladie psychique.

Dix objectifs

Le plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse formule dix objectifs (Ill. 29).

29. Aperçu des objectifs du plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse



À chaque objectif sont associées des mesures clés qui contribuent de façon significative à sa réalisation. Les objectifs IX et X sont des objectifs transversaux.

19 mesures générales et spécifiques

Ces mesures clés s'adressent à :

- la population dans son ensemble ;
- les personnes qui présentent des facteurs de risque de suicide ou ont déjà accompli des actions suicidaires ;
- leur entourage ;
- les professionnels et les multiplicateurs.

30. Les objectifs du plan d'action et les mesures clés correspondantes

Objectif I	Les personnes disposent en Suisse des ressources personnelles et sociales leur donnant une résistance psychique suffisante pour faire face au stress.
I.1	Développer les actions qui renforcent les ressources personnelles et sociales des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées.
Objectif II	La population est informée sur le thème de la suicidalité et sur les possibilités de prévention.
II.1	Concevoir une campagne nationale de prévention du suicide donnant des informations sur la suicidalité et sur les possibilités de prévention.
II.2	Développer les actions de sensibilisation au moyen desquelles les multiplicateurs en contact direct avec les groupes à risque donnent des informations sur la suicidalité et sur les possibilités de prévention.
Objectif III	Les personnes présentant un risque de suicide et leur entourage connaissent et utilisent les services d'aide et les consultations d'urgence.
III.1	Consolider les services d'aide et les consultations d'urgence, et en promouvoir l'utilisation.
Objectif IV	Les personnes avec une fonction importante de repérage et d'intervention précoces peuvent détecter la suicidalité et apporter l'aide nécessaire.
IV.1	Développer l'offre de formation sur la suicidalité et la prévention du suicide à l'intention des publics cibles dans les milieux médicaux et non médicaux.
IV.2	Établir dans les organisations et les institutions les structures et les processus qui facilitent le repérage et l'intervention précoces.
Objectif V	Les personnes qui présentent un risque de suicide ou qui ont tenté de se suicider bénéficient d'un suivi et de soins rapides, spécifiques et adaptés à leurs besoins.
V.1	Mettre en œuvre les mesures préconisées dans le rapport *Avenir de la psychiatrie en Suisse* ; tenir compte à cet égard des besoins spécifiques des personnes qui présentent un risque de suicide ou ont fait une tentative de suicide.
V.2	Consolider les recommandations concernant un suivi médical efficace de façon à prévenir les rechutes après une tentative de suicide et la sortie de l'hôpital.
V.3	Développer la prévention du suicide dans tous les établissements de privation de liberté.
Objectif VI	L'accès aux moyens et aux méthodes de suicide est réduit.
VI.1	Intégrer dans les directives et les normes du secteur de la construction les mesures de prévention du suicide qui y sont applicables, sensibiliser et informer les professionnels concernés.
VI.2	Tenir compte des intérêts de la prévention du suicide dans la loi et les ordonnances sur les produits thérapeutiques – après un examen minutieux des autres aspects de la santé publique.
VI.3	Tenir compte de la prévention du suicide lors de la prescription et de la remise de médicaments, développer les campagnes de retour et de collecte de médicaments.
VI.4	Instituer des collectes d'armes, associées à des campagnes d'information.
Objectif VII	Des offres de soutien sont à la disposition des survivants et des catégories professionnelles fortement concernées par les suicides pour les aider à surmonter leur traumatisme.
VII.1	Établir des offres de soutien adaptées aux besoins des survivants et des catégories professionnelles fortement concernées, informer sur l'existence de ces offres.
Objectif VIII	Les médias présentent les suicides de manière responsable et respectueuse afin de favoriser la prévention et de ne pas déclencher de suicides par imitation. Les moyens de communication numériques sont utilisés de manière responsable et respectueuse ; ils n'incitent pas à des actes suicidaires.
VIII.1	Sensibiliser et soutenir les journalistes et les porte-paroles pour le traitement des suicides.
VIII.2	Sensibiliser et soutenir les jeunes à une utilisation responsable et respectueuse d'Internet et des moyens de communication numériques.
Objectif IX	Les acteurs de la prévention du suicide disposent de bases scientifiques et de données pertinentes pour piloter et évaluer leur travail.
IX.1	Collecter et exploiter des données de routine qui permettent de piloter et d'évaluer les actions de prévention du suicide.
IX.2	Compléter les connaissances en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire par des études quantitatives et qualitatives.
Objectif X	Les acteurs de la prévention du suicide peuvent s'inspirer de bonnes pratiques.
X.1	Recueillir des exemples de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide et les mettre à la disposition des acteurs.

Objectif I **Renforcer les ressources**	**Les personnes disposent en Suisse des ressources personnelles et sociales leur donnant une résistance psychique suffisante pour faire face au stress.**
Contexte	Les réactions aiguës et les expositions chroniques à des facteurs de stress, par exemple, dans des situations de perte d'un proche ou de pauvreté, font partie de la vie. Les ressources personnelles (p. ex., l'empathie) ou les ressources sociales (p. ex., un tissu social solide) aident à préserver la santé psychique dans ces situations de stress et favorisent la santé psychique. Les ressources personnelles et les ressources sociales se renforcent mutuellement. Les individus ayant de bonnes aptitudes de communication ont, par exemple, de meilleures chances de constituer un cercle d'amis sur lequel ils pourront compter dans des situations difficiles. Les ressources personnelles et sociales sont ainsi des facteurs de protection qui peuvent aider à prévenir des épisodes suicidaires lors d'événements éprouvants ou de difficultés chroniques.
Objectif en détail	Les ressources personnelles à développer sont notamment les compétences de vie décrites par l'OMS : avoir conscience de soi, s'apprécier et avoir de l'empathie pour les autres, avoir une pensée créative et une pensée critique, savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles, savoir prendre des décisions et résoudre des problèmes, savoir gérer son stress et ses émotions. Les ressources sociales à renforcer sont notamment des relations sociales solides. Les ressources personnelles et sociales devraient être renforcées dans différents domaines de l'existence et durant toutes les phases de la vie.
Mesures clés	
I. 1 Actions visant à renforcer les ressources	Développer les actions qui renforcent les ressources personnelles et sociales des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées.
Mise en œuvre	Le renforcement des ressources personnelles et sociales est une préoccupation fondamentale de la promotion de la santé. De nombreux acteurs sont déjà actifs dans ce domaine, par exemple, dans le contexte de la prévention de la violence et des dépendances ou dans celui de la gestion de la santé au travail. Le plan d'action pour la prévention du suicide ne prévoit pas d'activités spécifiques dans ce domaine. Il s'appuie sur la mise en œuvre des initiatives existantes[48].
Acteurs principaux	Fondation Promotion Santé Suisse (principalement dans le cadre des programmes d'action cantonaux), cantons
Autres acteurs	Communes, organisations non gouvernementales (ONG) et services fédéraux concernés (OFSP, OFAS, SECO, BFEG), CDS et ses conférences techniques

[48] En particulier, sur la mise en œuvre des mesures préconisées par le rapport *Santé psychique en Suisse*, publié au printemps 2015 par le Dialogue Politique nationale suisse de la santé ou sur les recommandations du rapport *La santé psychique au cours de la vie*, publié par Promotion Santé Suisse.

Objectif II **Sensibiliser et informer**	**La population est informée sur le thème de la suicidalité et sur les possibilités de prévention.**
Contexte	Les idées erronées sur le suicide – par exemple, que les actes suicidaires sont la conséquence de décisions rationnelles et autonomes ou qu'il n'est pas possible de les éviter – sont largement répandues au sein de la population. Par ailleurs, les facteurs de risque de la suicidalité, tels que les troubles psychiques, font l'objet d'une stigmatisation sociale. Ces idées erronées et cette stigmatisation découragent les personnes concernées et leur entourage de demander et d'accepter de l'aide à un stade précoce.
Objectif en détail	Les actions de sensibilisation devraient contribuer à lutter contre les tabous et la stigmatisation associés à la suicidalité et informer sur les possibilités de prévention. Elles devraient mettre l'accent sur la capacité à surmonter les crises et contenir des informations sur les centres de contact facilement accessibles[49] (p. ex., numéros d'aide et d'urgence). Les campagnes et les actions de sensibilisation doivent exploiter les possibilités offertes par Internet et les médias sociaux. Les activités de sensibilisation devraient être destinées à l'ensemble de la population, mais cibler aussi les personnes qui présentent des facteurs de risque les exposant plus particulièrement à la suicidalité, ainsi que leur entourage. Selon l'OMS, les facteurs individuels, sociaux ou sociétaux d'un risque accru de suicide ou de tentative de suicide sont les 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, mésentente 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 (World Health Organization WHO 2014).

Mesures clés

II. 1 Campagne de prévention du suicide	Concevoir une campagne nationale de prévention du suicide donnant des informations sur la suicidalité et sur les possibilités de prévention.
Mise en œuvre	Des campagnes de sensibilisation sont ou ont déjà été menées de façon ponctuelle en Suisse sur le thème de la suicidalité (p. ex., la campagne « Là pour toi » destinée aux jeunes) ou sur les facteurs de risque (p. ex., la campagne « Comment vas-tu ? » ou la campagne « du-bist-du » destinée aux personnes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres).

[49] « Qui peut facilement être utilisé. Une structure ou un service à bas seuil d'accès doit bénéficier d'une accessibilité physique (géographique et organisationnelle) et financière, ainsi qu'être perçu comme acceptable, c'est-à-dire garantissant si nécessaire l'anonymat, efficace et sans barrières sociales ni culturelles (telles que la langue, l'âge, le sexe, la religion ou l'appartenance ethnique). »
Source : http://www.bag.admin.ch/glossar/index.html?action=id&id=501&lang=fr (consulté le 24.10.2016)

	Les campagnes pour les numéros d'aide et d'urgence (p. ex., les offres de La Main Tendue ou de Pro Juventute) sont également importantes pour la prévention du suicide. En 2015, les CFF ont décidé de lancer une première campagne de prévention du suicide à l'échelle nationale (entamée en automne 2016 pour une durée de trois ans). Un partenariat a été conclu par les CFF avec le canton de Zurich, qui avait également prévu une campagne de prévention du suicide à l'échelle cantonale. L'élaboration de la campagne a été suivie par un comité technique. Grâce à cet appui, les CFF et le canton de Zurich ont pu transformer de nombreux acteurs en multiplicateurs, une démarche qui permettra de mieux cibler les personnes plus particulièrement exposées au risque de suicide et leur entourage. Des échanges avec les différentes parties permettront de clarifier de quelle façon les outils mis en place pendant la campagne pourront être utilisés pour la prévention du suicide après 2018 (p. ex., site Internet, brochures, etc.).
Acteurs principaux	CFF (de 2016 à 2018), cantons de ZH et d'autres cantons intéressés.
Autres acteurs	Confédération (OFSP), organisations non gouvernementales (en particulier La Main Tendue et Pro Juventute en tant que partenaires pour les numéros d'appel d'urgence).
II. 2 Actions de sensibilisation	Développer les actions de sensibilisation au moyen desquelles les multiplicateurs en contact direct avec les groupes à risque donnent des informations sur la suicidalité et sur les possibilités de prévention.
Mise en œuvre	Outre les campagnes, surtout médiatiques, mentionnées sous II.1, il est indispensable d'utiliser des canaux de communication spécifiques pour sensibiliser les personnes présentant un risque de suicide accru et leur entourage. Ces actions de sensibilisation peuvent s'inscrire ou non dans des campagnes plus larges. Le recours à des multiplicateurs – si possible avec une communication directe (situations de face à face) – est indiqué. Des actions de sensibilisation sur le thème de la suicidalité et sur les possibilités de prévention peuvent prendre des formes diverses, dans un cadre tant médical (p. ex., dans l'offre de soins) que non médical (p. ex., écoles, homes, offices AI, armée). Lors de la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention du suicide, il faut continuer à développer des actions de sensibilisation. Le thème de la suicidalité et de la prévention du suicide doit, quant à lui, être mieux intégré aux actions existantes (p. ex., prévention de la violence et des dépendances, prévention du burnout, actions de prévention auprès des personnes âgées). Il est nécessaire d'éviter l'effet d'imitation que pourrait susciter ces actions de sensibilisation.
Acteurs principaux	Organisations non gouvernementales, sociétés de disciplines médicales, associations professionnelles, organisations faîtières en lien avec les groupes à risque.
Autres acteurs	Fondation Promotion Santé Suisse (principalement dans le cadre des programmes d'action cantonaux), cantons, communes et services fédéraux concernés (OFSP, OFAS, SECO, BFEG, Fedpol, Groupement Défense / Armée suisse), sociétés de tir et associations de chasseurs

Objectif III **Garantir un accès facile à l'aide**	**Les personnes présentant un risque de suicide et leur entourage connaissent et utilisent les services d'aide et les consultations d'urgence.**
Contexte	En cas de suicidalité, les numéros d'aide et d'urgence permettant de parler immédiatement à un interlocuteur jouent un rôle particulier. Ces offres sont gérées par des organisations non gouvernementales et des fournisseurs de prestations médicales. Les services d'aide par SMS ou par courriel ne répondent pas immédiatement aux demandes des personnes concernées ou de leurs proches, mais présentent l'avantage d'offrir une garantie d'anonymat encore plus grande. La surabondance de numéros d'urgence est coûteuse et préjudiciable à leur reconnaissance par la population.
Objectif en détail	Les services d'aide et les consultations d'urgence doivent répondre aux besoins des personnes concernées et de leur entourage. La collaboration entre les acteurs proposant des services d'aide et des consultations d'urgence doit être encouragée. La qualité de ces offres doit être garantie, en particulier lorsqu'elles font intervenir des jeunes ou des bénévoles.
III. 1 Services d'aide et consultations d'urgence	Consolider les services d'aide et les consultations d'urgence, et en promouvoir l'utilisation.
Mise en œuvre	Des numéros d'aide et d'urgence à l'échelle nationale, joignables 24 heures sur 24, sont proposés par La Main Tendue (pour les adultes, tél. 143) et Pro Juventute (pour les enfants et les jeunes, tél. 147). Les deux organisations continuent de chercher à faire connaître leur offre et en évaluent l'utilisation pour mieux l'adapter aux besoins des publics cibles. Les deux fournisseurs accordent de l'importance à la garantie de la qualité et sont ouverts aux mesures susceptibles de développer leur offre et d'en accroître l'utilisation (p. ex., dans le domaine des médias sociaux). Cependant, les informations nécessaires font parfois défaut (p. ex., les deux fournisseurs ne disposent pas de données actuelles sur le degré de reconnaissance de leurs numéros de téléphone par la population). La garantie de la qualité est un objectif plus difficile pour les ONG de plus petite taille, dont les ressources sont souvent limitées. Des critères de qualité possibles sont, par exemple, la formation et la supervision des conseillers ainsi que l'étendue de leurs attributions (dans le cas des bénévoles et en particulier des jeunes), la notoriété de l'offre, son utilisation, la joignabilité, les capacités et le délai de réponse ou la collaboration avec les offres des cantons, des communes ou des ONG..
Acteurs principaux	La Main Tendue, Pro Juventute.
Autres acteurs	Autres organisations qui exploitent des lignes téléphoniques d'urgence ou des offres par SMS et courriel, services fédéraux concernés (OFAS)

Objectif IV **Repérer et intervenir précocement**	**Les personnes avec une fonction importante de repérage et d'intervention précoces[50] peuvent détecter la suicidalité et apporter l'aide nécessaire.**
Contexte	Le repérage précoce des personnes à risque et l'évaluation correcte de ce risque sont difficiles, même pour les professionnels. Si un suicide ou une tentative de suicide est souvent précédé de signes avant-coureurs (verbaux ou comportementaux), il existe aussi de nombreux suicides sans signes avant-coureurs, surtout chez les jeunes. La connaissance de ces signaux avertisseurs peut permettre de repérer de façon précoce la suicidalité et d'apporter l'aide nécessaire. Afin que cette tâche exigeante ne repose pas sur un acteur à titre individuel, des structures et des processus de soutien doivent être mis en place à l'interne ou à l'externe (p. ex., plans de prévention du suicide dans les services de psychiatrie, les prisons etc.). Le repérage et l'intervention précoces jouent un rôle central, dans des contextes tant médicaux que non médicaux. Le repérage et l'intervention précoces en matière de suicidalité sont importants pour toutes les classes d'âge.
Objectif en détail	Une condition préalable importante pour le repérage précoce est la connaissance des facteurs de risque et des signes avant-coureurs. Cette connaissance devrait plus particulièrement être développée chez les personnes sans contact régulier avec des personnes présentant un risque de suicide. Dans le cas de l'intervention précoce, la connaissance des bases juridiques revêt une importance particulière, par exemple, en ce qui concerne les droits et obligations de signaler les cas. Idéalement, un module de sensibilisation devrait être intégré à la formation de base des publics cibles. La thématique devrait ensuite être approfondie dans la formation post-grade et la formation continue. Outre l'inscription de la suicidalité et de la prévention du suicide dans les cursus de formation, il sera judicieux d'organiser des manifestations à bas seuil destinées aux professionnels et favorisant notamment la collaboration interprofessionnelle.

Mesures clés

IV. 1 Offres de formation	Développer l'offre de formation sur la suicidalité et la prévention du suicide à l'intention des publics cibles dans les milieux médicaux et non médicaux.
Mise en œuvre	Les offres de formation peuvent être intégrées au programme des filières de formation ou proposées dans le cadre de manifestations à bas seuil.

[50] Dans des **contextes non médicaux** par exemple, travailleurs sociaux, conseillers dans les ORP et les offices AI, personnel des offices des poursuites, personnel en milieu carcéral. Dans des contextes médicaux par exemple, médecins, en particulier les généralistes, médecins psychothérapeutes et psychologues psychothérapeutes, personnel des services de secours, pharmaciens. Une attention particulière devrait être accordée aux professionnels de la santé qui prennent en charge des personnes âgées.

	Il existe déjà de nombreuses offres de formation destinées à des publics différents. En Suisse romande, la formation continue interprofessionnelle « Faire face au risque suicidaire » est bien établie. Plusieurs hautes écoles spécialisées développent actuellement des cours pour les professionnels de la santé ou du travail social. Des manifestations à bas seuil qui favorisent la mise en réseau régionale et interprofessionnelle sont organisées dans plusieurs villes et régions en Suisse (p. ex., les « *Suizidrapporte* » à Zurich, Winterthour, Saint-Gall et Bienne, les offres du Réseau Entraide Valais et le dispositif « aiRe d'ados »). Dans la mesure du possible, les offres de formation tiennent compte des perspectives des professionnels, des proches et des personnes concernées. Le fait que les crises et les signes avant-coureurs s'expriment différemment selon l'origine culturelle doit également être pris en considération. Le rôle de la formation, dans des contextes tant médicaux que non médicaux, est de transmettre des connaissances, mais aussi de travailler sur la conduite d'entretiens et sur les valeurs personnelles. La mise en œuvre du plan d'action doit s'appuyer sur les offres existantes. L'initiative incombe principalement aux responsables de la formation des groupes professionnels énumérés. Au lieu d'élaborer de nouvelles offres, les acteurs devraient pouvoir profiter des initiatives et des expériences existantes. La Confédération peut apporter un soutien aux acteurs, par exemple, en mettant à leur disposition des bases de connaissances ou en organisant des symposiums qui favorisent les échanges.
Acteurs principaux	Responsables publics ou privés des offres de formation dans les contextes tant médicaux que non médicaux
Autres acteurs	
IV. 2 Structures et processus de soutien	Établir dans les organisations et les institutions des structures et des processus qui facilitent le repérage et l'intervention précoces.
Mise en œuvre	Dans les organisations et les institutions, des structures et des processus internes ou externes doivent soutenir les spécialistes et les professionnels dans leur fonction de repérage et d'intervention précoces. Des dispositifs internes utiles sont des plans de prévention du suicide par exemple dans les établissements médico-sociaux, les centres de détention. Des structures externes utiles qui existent déjà sont, par exemple, des permanences téléphoniques pour les professionnels (comme la police) ou des services de psychiatrie de consultation et de liaison par exemple pour les médecins. Des services d'interprétariat communautaire doivent être sollicités en cas de barrières linguistiques. Une culture du dialogue peut, de façon générale, avoir une influence positive sur le repérage et l'intervention précoces. La prévention sur le terrain, par exemple, dans le cadre du travail social de proximité, est pertinente afin que les personnes présentant un risque de suicide puissent être identifiées et recevoir de l'aide en dehors des organisations ou des institutions.

Acteurs principaux	Différentes institutions et organisation (p. ex., établissements médico-sociaux, hôpitaux, centres de détention, armée etc.) ainsi que les organisations faîtières correspondantes.
Autres acteurs	Organisations non gouvernementales ainsi que services concernés de la Confédération (Groupement Défense / Armée suisse, Fedpol, SEM) et des cantons (CDS, CDIP, CDAS, CCDJP)
Objectif V **Assurer une prise en charge et un traitement efficaces**	**Les personnes qui présentent un risque de suicide ou qui ont tenté de se suicider bénéficient d'un suivi et de soins rapides, spécifiques et adaptés à leurs besoins.**
Contexte	Il est essentiel que les personnes présentant un risque de suicide bénéficient, après une tentative de suicide, d'une prise en charge et de traitements psychiatriques et socio-psychiatriques qui soient à la fois rapides, spécifiques et adaptés à leurs besoins. En effet, selon la littérature scientifique, la grande majorité des personnes concernées souffrent d'une maladie psychique. Le plus souvent, ce constat ne s'applique pas aux personnes dont la conduite suicidaire est imputable à une maladie incurable mortelle ou à des douleurs chroniques.
Objectif en détail	La prise en charge et le traitement devraient dans la mesure du possible être adaptés aux besoins de la personne qui présente un risque de suicide. Ils devraient tenir compte de sa capacité de discernement. La sécurité des personnes concernées et des tiers se passe, si possible, de mesures de contrainte. Les personnes de confiance doivent être associées aux soins et informées des offres de soutien existantes. L'expérience des personnes qui ont réussi à se défaire de leurs pensées suicidaires doit également être prise en considération. Les hospitalisations devraient être évitées, sauf s'il n'existe pas de solution de substitution. Il est donc nécessaire que tous les groupes d'âge puissent avoir accès à des offres intermédiaires (services ambulatoires, centres d'intervention en cas de crise, cliniques de jour, équipes sur le terrain). Les lacunes (p. ex., après la sortie de l'hôpital) et les ruptures dans l'offre de soins (p. ex., changement de psychothérapeute) devraient être évitées. Une attention particulière sera accordée aux adolescents qui présentent un risque de suicide et qui, une fois adultes, changent de structure de soins. Après une tentative de suicide et un séjour en institution, la prise en charge et le traitement des personnes concernées devraient se poursuivre conformément à des modèles d'intervention efficaces (suivi). Un spécialiste des soins palliatifs devrait être associé à un stade précoce lors de la prise en charge d'une personne exposée à un risque de suicide en raison d'une maladie incurable mortelle ou de douleurs chroniques. La prévention du suicide devrait être développée dans les établissements de privation de liberté. Les autorités cantonales ont un devoir d'assistance particulier à l'égard des personnes en détention.

Mesures clés

V. 1 Soins psychiatriques et socio-psychiatriques	Mettre en œuvre les mesures préconisées dans le rapport *Avenir de la psychiatrie en Suisse* ; tenir compte à cet égard des besoins spécifiques des personnes qui présentent un risque de suicide ou ont fait une tentative de suicide.
Mise en œuvre	Le rapport du Conseil fédéral *Avenir de la psychiatrie en Suisse*[51], adopté au printemps 2016, arrive à la conclusion que la Suisse dispose d'une offre psychiatrique de qualité garantissant un traitement adéquat à un grand nombre de patients. Les réponses à ce besoin d'action contribueront également à la prévention du suicide : • amélioration des données statistiques nécessaires à la planification de l'offre ; • développement de la qualité et meilleure coordination de l'offre ; • financement à long terme des structures de soins intermédiaires ; • soutien à la formation qualifiante de spécialistes dans le domaine de la psychiatrie. Avec le concours d'experts, la fondation Sécurité des patients Suisse a élaboré un plan d'action dans le cadre du projet « La sécurité des patients en psychiatrie ». La prévention du suicide y occupe une place de premier plan.
Acteurs principaux	Cantons (CDS), Confédération (OFSP, OFS), Obsan.
Autres acteurs	Fournisseurs de prestations du domaine de la santé.
V. 2 Actions de suivi	Consolider les recommandations concernant un suivi médical efficace de façon à prévenir les rechutes après une tentative de suicide et la sortie de l'hôpital.
Mise en œuvre	Le suivi est destiné aux personnes après une tentative de suicide (p. ex., aux urgences) et à celles qui présentent un risque après un séjour en clinique (avec ou sans tentative de suicide). L'échange de connaissances entre professionnels sur les méthodes ayant fait leurs preuves[52] peut améliorer le suivi.
Acteurs principaux	Fournisseurs de prestations du domaine de la santé.
Autres acteurs	Organisations de personnes concernées et de proches.
V. 3 Prévention du suicide en milieu carcéral	Développer la prévention du suicide dans tous les établissements de privation de liberté.
Mise en œuvre	Pour améliorer la santé dans les institutions suisses de prévention de liberté, la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) et la CDS ont instauré, en 2013, le service Santé Prison Suisse (SPS). Ce service œuvre à une harmonisation des soins dans les

[51] http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14150/14168/index.html?lang=fr (consulté le 10.9.2016)
[52] z.B. Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP (Gysin-Maillart et al. 2016)

	institutions pénitentiaires suisses et encourage un dialogue interdisciplinaire entre les professionnels de la santé et ceux du domaine pénitentiaire. Les maladies psychiques et la prévention du suicide forment un champ d'action reconnu. En 2016, un groupe d'experts mandaté par la CCDJP a formulé des recommandations concernant les soins psychiatriques dans le domaine pénitentiaire.
Acteurs principaux	Cantons, concordats sur l'exécution des peines et des mesures.
Autres acteurs	Santé Prison Suisse.
Objectif VI **Limiter l'accès aux moyens de suicide**	**L'accès aux moyens et aux méthodes de suicide est réduit.**
Contexte	Entraver l'accès aux moyens létaux permet de donner du temps aux personnes concernées. En effet, les réactions aiguës à un facteur de stress ou les maladies psychiques ne conduisent souvent à la suicidalité que de façon passagère. De plus, l'entourage a de meilleures chances de pouvoir intervenir. Restreindre l'accès aux moyens de suicide est efficace, car les personnes qui envisagent de mettre fin à leurs jours privilégient le plus souvent une méthode particulière ou même un lieu précis. Ces restrictions peuvent en principe prendre la forme de mécanismes réglementaires et de mesures applicables aux constructions (prévention contextuelle). Elles peuvent également prendre la forme de mesures de sensibilisation auprès de la population et chercher à éviter que des moyens suicidaires (en particulier des armes à feu et des médicaments) soient conservés à portée de main (prévention comportementale). Les mesures efficaces de prévention du suicide sont parfois en tension avec d'autres intérêts sociétaux (conservation des monuments historiques, responsabilité individuelle des citoyens, p. ex., en ce qui concerne la possession d'armes ou l'accès aux produits thérapeutiques).
Objectif en détail	Pour réduire les suicides par saut dans le vide, les possibilités de prévention dans le domaine des constructions doivent être prises en considération (en particulier, pour les hauts bâtiments, les ponts, les tours, les plates-formes panoramiques et les installations ferroviaires, mais aussi pour les cliniques psychiatriques, les hôpitaux, les établissements de privation de liberté). En ce qui concerne les suicides par intoxication, l'accent est mis sur l'accès aux produits thérapeutiques sans pour autant négliger les produits chimiques qui peuvent également être utilisés comme moyens de suicide mais ne jouent pas un rôle aussi déterminant que les médicaments. Dans le domaine des armes à feu, les possibilités de la prévention comportementale doivent être poursuivies et renforcées. Des actions d'information doivent sensibiliser et informer les groupes à risque spécifiques et leur entourage ainsi que certaines catégories professionnelles (voir mesures clés III.1, III.2, IV.1 et IV.2). Les mesures réglementaires visant à limiter l'accès des particuliers aux armes à feu ont été rejetées à plusieurs reprises par le peuple et le Parlement. C'est pourquoi elles ne figurent pas dans le plan d'action

pour la prévention du suicide en Suisse. Les organisations et les institutions ayant un lien avec cette thématique devraient être encouragées à contribuer à la prévention du suicide sur une base volontaire.

Pour réduire le nombre de suicides par impact véhiculaire, les possibilités de prévention doivent en particulier être renforcées dans le transport ferroviaire, les suicides en lien avec la circulation routière étant relativement rares. Les mesures structurelles sont mentionnées avec la mesure clé VI.1 (prévention contextuelle). Les mesures de prévention comportementale sont, quant à elles, mentionnées avec la mesure clé IV.1.

Il est quasiment impossible de prendre des mesures de prévention contre le suicide par pendaison dans l'espace public et l'espace privé.

Mesures clés

VI. 1 Prévention du suicide dans le secteur de la construction	Intégrer dans les directives et les normes du secteur de la construction les mesures de prévention du suicide qui y sont applicables, sensibiliser et informer les professionnels concernés.
Mise en œuvre	Plusieurs « lieux sensibles » (*hotspots*) souvent utilisés lors de suicides ont été sécurisés sur la base des travaux réalisés sur mandat de l'Office fédéral des routes (OFROU) par le groupe de travail Recherche en matière de ponts. L'OFROU a, pour sa part, adopté des directives concernant la prévention du suicide depuis les ponts. Ces directives s'appuient sur les résultats de la première étude réalisée sur les ponts en Suisse[53]. La deuxième étude (de suivi) contient d'autres recommandations,[54] qui n'ont pas encore pu être reprises dans les normes applicables en matière de construction. Afin que les possibilités de la prévention soient prises en compte dans les nouvelles constructions, les maîtres d'ouvrage de bâtiments privés et publics doivent être sensibilisés et conseillés. La sécurisation des « lieux sensibles » suppose un travail de recensement et de sensibilisation, ainsi des conseils techniques à l'intention des exploitants ou des propriétaires concernés. Les mesures structurelles pour la prévention du suicide sont importantes dans le transport ferroviaire, en particulier pour les CFF. L'accès aux voies a été rendu plus difficile à proximité des cliniques psychiatriques, et des projets pilotes innovants sont en cours d'élaboration sur cette question. L'Office fédéral des transports (OFT) apporte un soutien aux entreprises de transport dans le domaine de la sécurité. La concrétisation de ces mesures nécessite d'exploiter les synergies avec les acteurs de la prévention des accidents dans le secteur de la construction.
Acteurs principaux	services fédéraux concernés (OFROU, OFT), Conférence suisse des directeurs cantonaux des travaux publics, de l'aménagement du territoire et de l'environnement (BPUK), Bureau de prévention des accidents, CFF.
Autres acteurs	

[53] Reisch et al. 2006
[54] Reisch et al. 2014

VI. 2 Prévention du suicide dans la loi sur les produits thérapeutiques	Tenir compte de manière adéquate des intérêts de la prévention du suicide dans la loi et les ordonnances sur les produits thérapeutiques – après un examen minutieux des autres aspects de la santé publique.
Mise en œuvre	La prévention du suicide est prise en compte dans la révision de la loi sur les produits thérapeutiques (2e étape) et dans les dispositions d'exécution correspondantes du 4e train d'ordonnances sur les produits thérapeutiques. Du point de vue de la prévention du suicide, la remise de certains médicaments qui, selon les données disponibles, sont souvent utilisés lors de suicides ou de tentatives de suicide devrait être restrictive (réglementation par le biais des différentes catégories de remise). Toutefois, un tel durcissement des conditions de remise entre en tension avec un des objectifs de la révision de la loi sur les produits thérapeutiques qui est de faciliter l'automédication. Un compromis entre ces deux objectifs sera recherché.
Acteurs principaux	OFSP, Swissmedic
Autres acteurs	Sociétés de disciplines médicales, associations professionnelles, fournisseurs de prestations du domaine de la santé.
VI. 3 Devoir de diligence et reprise des médicaments	Tenir compte de la prévention du suicide lors de la prescription et de la remise de médicaments, développer les campagnes de retour et de collecte de médicaments.
Mise en œuvre	Le devoir de diligence des médecins et des pharmaciens est inscrit dans la loi sur les produits thérapeutiques. Un examen approfondi est à mener avec les acteurs concernés pour déterminer s'il est possible, sans charge administrative supplémentaire, d'optimiser la prévention du suicide en matière de prescription et de remise des médicaments. Les cantons sont responsables de la collecte des déchets spéciaux provenant des ménages (p. ex., les médicaments). Les médicaments périmés ou qui ne sont plus utilisés peuvent être rapportés aux services habilités pour leur élimination. Si les cabinets médicaux et les pharmacies ne sont pas tenus de reprendre ces médicaments, ils rendent souvent ce service, parfois sur mandat des cantons ou des communes. Le canton de Zoug, par exemple, encourage activement les actions de collecte.
Acteurs principaux	Sociétés de disciplines médicales, associations professionnelles, fournisseurs de prestations du domaine de la santé
Autres acteurs	Confédération (OFSP)
VI. 4 Reprise des armes	Instituer des collectes d'armes, associées à des actions de sensibilisation.
Mise en œuvre	Des actions de sensibilisation concernant les armes à feu visent à restreindre de façon préventive et volontaire la conservation d'armes à feu par des particuliers.

	Dans le canton de Genève, l'organisation Stop Suicide a élaboré en 2016 des recommandations en ce sens avec des représentants de l'armée, de la police, des pompiers et des sociétés de tir. Les résultats de ces initiatives devraient être communiqués aux acteurs intéressés.
Acteurs principaux	Confédération (Fedpol, Groupement Défense / Armée suisse) et cantons (CCDJP), commandants d'arrondissement.
Autres acteurs	Organisations non gouvernementales, sociétés de tir et associations de chasseurs.

Objectif VII	
Soutenir les survivants et les personnes impliquées	**Des offres de soutien sont à la disposition des survivants et des catégories professionnelles fortement concernées par les suicides pour les aider à surmonter leur traumatisme.**
Contexte	Les suicides provoquent de grandes souffrances chez les survivants et les personnes concernées au niveau professionnel. Les suicides dans le contexte familial comportent le risque de provoquer d'autres actes suicidaires. Pour chaque suicide, jusqu'à dix proches peuvent être exposées à un stress psychique important.
Objectif en détail	Les survivants devraient, en fonction de leurs besoins, avoir accès à des offres de soutien à court et à long terme. L'aide à surmonter le traumatisme commence dès la communication du suicide. Les survivants devraient bénéficier d'un soutien psychologique d'urgence lorsqu'ils sont informés du suicide. Cela vaut également pour la prise en charge des proches lorsqu'une personne souffrant de maladie psychique est portée disparue. Les professionnels concernés devraient eux aussi avoir accès, en fonction de leurs besoins, à des offres de soutien à court et à long terme. Cela concerne notamment le personnel des services d'urgence et des compagnies de chemin de fer (conducteurs de locomotive, agents d'accompagnement des trains ou personnel de nettoyage).

Mesures clés

VII. 1 Offres de soutien pour les survivants et les catégories professionnelles concernées	Établir des offres de soutien adaptées aux besoins des survivants et des catégories professionnelles fortement concernées, informer sur l'existence de ces offres.
Mise en œuvre	Les offres de soutien professionnelles (p. ex., une psychothérapie ambulatoire individuelle ou de groupe) ou des groupes d'entraide peuvent aider les survivants à faire face à un suicide. Les besoins des mineurs doivent tout particulièrement être pris en considération. À Berne, Zurich et Bienne, un groupe d'entraide nommé Mer de brouillard s'adresse aux jeunes dont un parent a mis fin à ses jours. L'association Arc-en-ciel organise quant à elle des groupes d'entraide pour les parents ayant perdu un enfant (pas uniquement à la suite d'un suicide). L'association est présente dans de nombreuses régions de Suisse. En Suisse alémanique, l'association Refugium propose des groupes

	d'entraide aux survivants après un suicide, tandis que l'association Trauernetz offre des conseils après un décès traumatisant tout en mettant en place un réseau et une formation des professionnels sur le thème du suivi après un suicide. En Suisse romande, la fondation As'trame propose différentes offres de soutien après une perte. Des offres professionnelles ayant fait leurs preuves ou des groupes d'entraide devraient être établis dans toute la Suisse, et les survivants devraient être systématiquement informés de leur existence. Les employeurs sont tenus de protéger et de favoriser la santé non seulement physique mais aussi psychique de leurs employés. La loi sur le travail et la protection de la santé les obligent à prendre des mesures appropriées pour éviter que les employés confrontés à un suicide n'aient à en souffrir sur le plan psychique.
Acteurs principaux	Pour les survivants : fournisseurs de prestations du domaine de la santé, organisations non gouvernementales, églises. Pour les professionnels concernés : sociétés concernées, services fédéraux compétents (SECO).
Autres acteurs	Cantons.
Objectif VIII **Favoriser la prévention du suicide par les médias et par les moyens de communication numériques**	**Les médias présentent les suicides de manière responsable et respectueuse afin de favoriser la prévention et de ne pas déclencher de suicides par imitation.** **La communication sur les supports numériques est responsable et respectueuse ; elle n'incite pas à des actes suicidaires.**
Contexte	La médiatisation des suicides peut déclencher des suicides par imitation ou au contraire avoir un effet préventif (« effet Werther » contre « effet Papageno »[55]). Cela vaut pour la presse écrite, la télévision, la radio, ainsi que pour Internet et les médias sociaux. Internet offre la possibilité de s'adresser à des personnes à risque et qui sont difficilement atteignables par les canaux traditionnels. Si Internet et les moyens de communication numériques sont en règle générale utilisés au service de la prévention du suicide, ils peuvent aussi renfermer des dangers.
Objectif en détail	Les journalistes, les rédactions et les responsables des relations avec les médias devraient être davantage sensibilisés à leur rôle lorsqu'ils traitent du suicide ; ils peuvent être soutenus dans leur travail. Les responsables de la formation des journalistes devraient être davantage sensibilisés à la prévention du suicide. Les jeunes en particulier devraient être davantage sensibilisés à une utilisation

[55] La parution en 1774 du roman *Les souffrances du jeune Werther*, écrit par J. W. Goethe, aurait entraîné le suicide de nombreux jeunes hommes. Dans *La Flûte enchantée* de Mozart, l'oiseleur Papageno, en proie à des idées suicidaires, est sauvé par trois jeunes garçons qui lui présentent des possibilités de résoudre ses problèmes autrement qu'en mettant fin à ses jours.

responsable et respectueuse d'internet et des médias sociaux, afin d'éviter qu'ils ne deviennent les auteurs ou les victimes d'incitations à accomplir des actes suicidaires.

Mesures clés

VIII. 1 Favoriser la prévention du suicide par les médias	Sensibiliser et soutenir les journalistes et les porte-paroles pour le traitement des suicides.
Mise en œuvre	Le travail de sensibilisation et de soutien devrait s'adresser aux journalistes, aux rédactions et aux responsables des relations avec les médias (p. ex., dans les domaines de la santé, du social, de la police et de la justice). Les membres de ces catégories professionnelles devraient pouvoir s'appuyer sur des directives et des recommandations concises et pertinentes, mais aussi sur des interlocuteurs et des illustrations. Les procédures appliquées dans les rédactions devraient favoriser un traitement médiatique à effet préventif. Des contacts personnels doivent être développés entre les journalistes et les spécialistes de la prévention du suicide. En Suisse romande, l'organisation genevoise Stop Suisse a effectué un travail systématique de sensibilisation et d'accompagnement auprès des professionnels ayant une influence sur la couverture médiatique des suicides. En Suisse alémanique, un tel travail n'a lieu que de façon ponctuelle, principalement grâce à l'engagement personnel de spécialistes de la prévention du suicide. Différentes organisations non gouvernementales suisses ont élaboré des directives et des recommandations pour un traitement médiatique du suicide à effet préventif (p. ex., Ipsilon, Stop Suicide, association LEBE). L'expérience montre que la collaboration entre journalistes et spécialistes de la prévention du suicide est difficile en raison des divergences d'intérêts. Lors de l'élaboration du plan d'action pour la prévention du suicide, Stop Suicide a formulé avec des journalistes des recommandations pour améliorer cette collaboration. Ces recommandations devraient être concrétisées lors de l'application du plan d'action.
Acteurs principaux	Organisations non gouvernementales, acteurs du domaine des médias.
Autres acteurs	
VIII. 2 Favoriser la prévention du suicide lors de la communication numérique	Sensibiliser et soutenir les jeunes à une utilisation responsable et respectueuse d'Internet et des moyens de communication numériques.
Mise en œuvre	L'Assemblée fédérale et le Conseil fédéral ont traité à maintes reprises d'interventions et d'interpellations politiques sur ces questions (cyberharcèlement, protection de la jeunesse face aux médias, cybercriminalité, etc.). En 2015, le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion qu'aucune réglementation explicite du cyberharcèlement n'est pas nécessaire, car les dispositions pénales et civiles existantes sont suffisantes pour sanctionner les actions constitutives

	du cyberharcèlement. La protection des enfants et des jeunes face aux médias est soutenue en Suisse par diverses initiatives publiques et privées, par exemple, dans le cadre de la plate-forme nationale de promotion des compétences médiatiques. Le plan d'action pour la prévention du suicide mise sur la poursuite des actions existantes.
Acteurs principaux	Confédération et cantons (OFAS, Office fédéral de la communication, Service national de coordination de la lutte contre la criminalité sur internet, Prévention suisse de la criminalité).
Autres acteurs	Organisations non gouvernementales.

Objectif IX **Monitorage et recherche**	**Les acteurs de la prévention du suicide disposent de bases scientifiques et de données pertinentes pour piloter et évaluer leur travail.**
Contexte	Des données probantes sont indispensables pour faire évoluer la prévention primaire, secondaire et tertiaire du suicide de manière à atteindre les objectifs fixés et à contrôler son efficacité.
Objectif en détail	La disponibilité de données de routine quantitatives, de qualité et portant sur l'ensemble de la Suisse, doit être garantie à long terme. Ces données doivent couvrir les suicides non assistés, les suicides assistés et les tentatives de suicide ; elles doivent permettre de détecter précocement les nouvelles méthodes de suicide. Des études quantitatives et qualitatives doivent compléter les connaissances. Il est important de tenir compte des connaissances empiriques acquises par les personnes concernées, les proches et les survivants pour donner un fondement probant aux interventions. Ces dernières doivent faire l'objet d'une évaluation.

Mesures clés

IX. 1 Données de routine sur les suicides et les tentatives de suicide	Collecter et exploiter des données de routine qui permettent de piloter et d'évaluer les actions de prévention du suicide.
Mise en œuvre	Par la statistique sur les causes de décès, l'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte des données concernant les suicides. Les chercheurs souhaiteraient toutefois disposer d'informations plus détaillées. Les tentatives de suicide ne sont pas recensées de façon régulière en Suisse. Dans le cadre des études multicentriques de l'OMS, les hôpitaux universitaires de Berne et de Bâle ont participé à des enquêtes sur les tentatives de suicide (de 2004 à 2010). Un monitoring des tentatives de suicide est en préparation en Suisse romande. Des questions sur les pensées suicidaires ont été intégrées pour la première fois en 2012 à l'Enquête suisse sur la santé (ESS) ; des questions sur les tentatives de suicide ont été ajoutées en 2017. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) traite déjà de la thématique du suicide dans son monitoring sur la santé psychique en Suisse.

Acteurs principaux	Confédération et cantons (OFSP, OFS, Obsan).
Autres acteurs	
IX. 2 Études sur la prévention du suicide	Compléter les connaissances en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire par des études quantitatives et qualitatives.
Mise en œuvre	Il existe en Suisse de nombreuses recherches sur le suicide et les tentatives de suicide. S'ils travaillent parfois en groupe, les chercheurs mènent le plus souvent leurs travaux de manière isolée. Ipsilon, l'organisation faîtière pour la prévention du suicide en Suisse, a institué un groupe de chercheurs sur le sujet. Dans le cadre de son activité de recherche, la Confédération peut soutenir ponctuellement des travaux utiles à la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention du suicide. Son programme de soutien aux proches aidants (2017-2021) offre l'occasion d'étudier différentes possibilités de soutenir ou de soulager les proches de personnes présentant un risque de suicide.
Acteurs principaux	Confédération et cantons (OFSP, OFS, Obsan).
Autres acteurs	Organisations non gouvernementales, hautes écoles spécialisées et hautes écoles, cliniques et hôpitaux universitaires.
Objectif X **Disséminer les bonnes pratiques**	**Les acteurs de la prévention du suicide peuvent s'inspirer de bonnes pratiques.**
Contexte	Les projets de prévention du suicide menés en Suisse et à l'étranger se caractérisent par une grande diversité. La consultation sur la première version du plan d'action a confirmé ce constat. La diffusion de bonnes pratiques permet aux acteurs d'exploiter les synergies et d'appliquer des stratégies efficaces.
Objectif en détail	Des pratiques ayant fait leurs preuves en Suisse ou à l'étranger ont été recensées pour différents objectifs et mesures clés du plan d'action ; elles sont mises à la disposition des acteurs. Dans la mesure du possible, il conviendra de trouver des experts disposés à conseiller les acteurs durant la phase de développement et de mise en œuvre ou à intervenir en tant que conférenciers. Des personnes ayant une expérience personnelle de la suicidalité et des proches sont représentées au sein de ce pool d'experts.

Mesures clés

X. 1 Bonnes pratiques	Recueillir des exemples de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide et les mettre à la disposition des acteurs.
Mise en œuvre	Les bonnes pratiques ont été recueillies sur la base de l'état des lieux réalisé durant la consultation du projet de plan d'action au printemps 2016. Le recensement doit être systématique et mis à la disposition des acteurs sous une forme appropriée. Des bonnes pratiques venant de l'étranger ont été ajoutées.
Acteurs principaux	Confédération (OFSP).
Autres acteurs	Ensemble des acteurs et des multiplicateurs de la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la prévention du suicide.

6.4 Mise en œuvre

Une responsabilité sociétale

La prévention du suicide est une responsabilité qui engage l'ensemble de la société. L'implication conjointe de la Confédération, des cantons, des communes, de fournisseurs de prestations médicales, des sociétés de disciplines médicales, des associations professionnelles, des organisations faîtières et des organisations non gouvernementales est essentielle au succès de la mise en œuvre du plan d'action.

La consultation du projet de plan d'action au printemps 2016 a montré que de nombreux acteurs sont prêts à soutenir cette mise en œuvre.

Confédération

Si l'action de la Confédération dans ce domaine a jusqu'à présent surtout été indirecte, elle peut aussi prendre une forme directe de façon ponctuelle (voir 5.2).

La prévention du suicide est une tâche qui mobilise plusieurs domaines politiques. À l'échelle fédérale, les départements et les services concernés sont les suivants :

- Département fédéral de l'intérieur : OFSP, OFS[56], OFAS, Swissmedic, BFEG ;
- Département fédéral de justice et police : OFJ, Fedpol, SEM ;
- Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports : Groupement Défense / Armée suisse ;
- Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche : SECO, SEFRI ;
- Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication : OFT, OFROU, OFCOM, OFEV.

La Confédération (OFSP) soutient les acteurs – dans le cadre des ressources humaines actuelles – lors de la mise en œuvre du plan d'action en fournissant un travail de réseautage et de coordination tout en élaborant les bases factuelles. Dans le domaine de la mise en réseau et de la coordination, l'OFSP collabore étroitement avec le Réseau Santé Psychique Suisse, qui bénéficie du soutien de la Confédération, des cantons et de Promotion Santé Suisse.

[56] ainsi que l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), dont le mandat de prestations est défini par la Confédération et les cantons.

En ce qui concerne les mesures clés, l'OFSP veille à la mise en œuvre des mesures relevant des deux objectifs transversaux « Développer le monitoring et la recherche » (objectif IX) et « Disséminer les bonnes pratiques » (objectif X). En fournissant et en exploitant des données, ainsi qu'en mettant des exemples de bonnes pratiques à la disposition des acteurs, la Confédération soutient la mise en œuvre du plan d'action dans son ensemble. Comme indiqué à la section 6.3, la plupart des mesures clés associées aux objectifs I à VIII du plan d'action concernent un ou plusieurs services fédéraux.

Grâce à son implication dans le plan d'action, la Confédération exploitera de manière plus efficace sa marge de manœuvre dans la prévention du suicide, répondant ainsi à la demande de la motion Ingold.

Cantons

Plusieurs domaines de la prévention du suicide relèvent de la compétence des cantons (voir 5.3). Les principaux acteurs à ce niveau sont, par le biais des différentes conférences des directeurs, les départements cantonaux de justice et police, de la santé, des affaires sociales, de l'instruction publique et des constructions.

Les cantons sont des partenaires importants pour la réalisation de nombreux objectifs du plan d'action :

- objectif I, par exemple avec le soutien au programme Alliance contre la dépression ;
- objectif II, par exemple avec le soutien aux campagnes « Comment vas-tu ? » ou « Parler peut sauver » ;
- objectif III, par exemple avec le soutien ou les mandats de prestations avec les numéros d'urgence de La Main Tendue 143 et de Pro Juventute 147 ;
- objectif IV, par exemple avec des projets dans des écoles ou des offres de formation continue pour les multiplicateurs ;
- objectif V, dans le cadre du système de santé et lors de l'exécution des peines et des mesures ;
- objectif VI, par le biais des lois ou de disposition concernant l'accès aux moyens et aux méthodes de suicide.

Promotion Santé Suisse

La contribution de Promotion Santé Suisse à la mise en œuvre des mesures clés du plan d'action se concentre principalement sur les mesures visant à favoriser la santé psychique pendant les différentes phases de la vie. Elle s'inscrit pour l'essentiel dans les programmes d'action cantonaux et des activités liées à la gestion de la santé au travail. Elle passe aussi par le soutien financier et technique aux cantons et aux organisations non gouvernementales.

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. Grundlagendokument 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. Online verfügbar unter 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. Online verfügbar unter 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. Online verfügbar unter 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. Online verfügbar unter 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? Online verfügbar unter 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. Online verfügbar unter 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-suidice 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.

Gysin-Maillart, Anja; Schwab, Simon; Soravia, Leila; Megert, Millie; Michel, Konrad (2016): A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). In: *PLoS medicine* 13 (3), S. e1001968. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001968.

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.

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.

Mann, J. John; Apter, Alan; Bertolote, Jose; Beautrais, Annette; Currier, Dianne; Haas, Ann; Hegerl, Ulrich (2005): Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review.

Markwalder, Nora; Killias, M.: Homicide in Switzerland. In: Handbook of European Homicide Research, S. 343–354.

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

Ärztezeitung 96 (38), S. 1355–1357.

Mascherek, Anna; Schwappach, David (2016): Patient safety priorities in mental healthcare in Switzerland: a modified Delphi study. In: *BMJ open* 6 (8), S. e011494. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011494.

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 Nerology 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.

Office fédéral de la statistique (2016): Statistique des causes de décès 2014: Suicide assisté et suicide en Suisse. Hg. v. Office fédéral de la statistique. Office fédéral de la statistique. Neuchâtel (OFS 1258-1400).

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 (2014): Ergebnisse der Schweizer Brückenstudie. Deutsche Gesellschaft für Soziologie. Reisensburg, 2014.

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.

Ribeaud, Denis; Lucia, Sonja; Stadelmann, Sophie (2015): Évaluation et ampleur de la violence parmi les jeunes. Résultats d'une étude comparative entre les cantons de Vaud et de Zurich. Hg. v. Office fédéral des assurances sociales OFAS. Lausanne & Zurich (Rapport de recherche, 17/15). Online verfügbar unter http://www.jeunesetviolence.ch/fileadmin/user_upload_jug/7_Nationales_Programm/17-15f_eBericht_neu.pdf, zuletzt geprüft am 14.10.2016.

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 coutcomes of passive bullying during childhood: Suicide attempts, victimization and offending. In: *Euopean 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 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.

Steck, Nicole; Zwahlen, Marcel (2016): Quantifizierung der Ziele des Aktionsplans Suizidprävention. im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit.

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. Online verfügbar unter 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. Online verfügbar unter 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.

Tomandl, Gerald; Sonneck, Gernot; Stein, Claudius; Niederkrotenthaler, Thomas (2014): Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid. Online verfügbar unter http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf, zuletzt geprüft am 03.12.2015.

Tox Info Suisse (2015): Suizidale Intoxikationen. Fallauswertung 1995-2014. Hg. v. Tox Info Suisse. Tox Info Suisse.

Walti, Hanspeter; Blattmann, Regula; Hess-Candinas, Claudia; Glanzmann Neutzler, Sonya (2009): Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug. 2010-2015. Hg. v. Kanton Zug.

Wang, Jen; Dey, M.; Soldati, L.; Weiss, Mitchell G.; Mohler-Kuo, Meichun (2014): Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. In: *European Psychiatry* 29 (8), S. 514–522. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.05.001.

Wang, Jen; Häusermann, Michael; Wydler, Hans; Mohler-Kuo, Meichun; Weiss, Mitchell G. (2012): Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. In: *Journal of Psychatric Research* 46 (8), S. 980–986. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.014.

Wang, Jen; Plöderl, Martin; Häusermann, Michael; Weiss, Mitchell G. (2015): Understanding Suicide Attempts Among Gay Men From Their Self-perceived Causes. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 203 (7), S. 499–506. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000319.

Weisshaupt, Jörg (Hg.) (2013): Darüber reden. Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen. Basel: Johannes Petri.

Willemse, I.; Waller, G.; Genner, S.; Suter, L.; Oppliger, S.; Huber, A. L.; Süss, D. (2014): JAMES - Jugend, Aktivitäten, Medien - Erhebung Schweiz. Hg. v. ZHAW Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. ZHAW Departement Angewandte Psychologie.

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.

Word Health Organization (2016): Practical manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Hg. v. World Health Organization WHO. World Health Organization WHO. Geneva, Switzerland.

World Health Organization WHO (2008): Preventing Suicide. A Recource for Media Professionals. Hg. v. World Health Organization WHO und International Association for Suicide Prevention IASP. Genf, Schweiz. Online verfügbar unter 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).

Zalsman, Gil; Hawton, Keith; Wasserman, Danuta; van Heeringen, Kees; Arensman, Ella; Sarchiapone, Marco et al. (2016): Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. In: *The Lancet Psychiatry* 3 (7), S. 646–659. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.