

# Le suicide des jeunes

STOP SUICIDE   
Pour la prévention du suicide des jeunes



# Table des matières

Introduction	1
Qu'est-ce que le suicide?	2
Le risque suicidaire	4
Les facteurs de protection	7
Les signaux d'alerte	8
Les mythes sur le suicide	9
Comment prévenir le suicide des jeunes ?	11
Références	14
A propos de STOP SUICIDE	15



# Introduction

Parler du suicide n'est pas chose facile, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'aborder le suicide d'un-e jeune. Certain-e-s argumentent souvent que cette question relève du registre profondément intime et privé et qu'il est préférable de ne pas l'aborder. STOP SUICIDE, au contraire, privilégie l'approche de la parole face au silence. En effet, il est essentiel de permettre le dialogue autour de cette thématique qui représente un véritable fléau en Suisse : un-e jeune se donne la mort environ tous les trois jours. Parler du suicide est donc une partie intégrante de la prévention du suicide et en conséquence, essentiel pour la promotion de la santé mentale.

Par ailleurs, le dialogue permet de déconstruire les idées reçues et les mythes sur le suicide. Ceux-ci se créent dans l'imaginaire collectif précisément à cause d'un manque de dialogue et d'information. Le tabou qui entoure la problématique du suicide des jeunes participe donc à la méconnaissance générale du sujet. Pour faire tomber le tabou, seule la connaissance et l'information apparaissent comme des solutions valables. Ainsi, STOP SUICIDE propose cette brochure d'information sur le suicide des jeunes, pour que toutes les personnes qui désirent en apprendre un peu plus sur cette problématique en aient la possibilité. Connaître les facteurs de risque et les signaux d'alerte, avoir conscience des facteurs de protection et disposer d'informations factuelles sur le suicide permet effectivement d'appréhender ce sujet et de pouvoir communiquer de manière juste.

Parce que le suicide d'un-e jeune représente un véritable problème de société, il est essentiel que le public soit informé sur ce qui constitue la première cause de mortalité chez les jeunes suisses âgés de 15 à 24 ans.

# Qu'est-ce que le suicide?

Le suicide est rarement une recherche de la mort, il vise d'abord la fin d'une souffrance. Ainsi, les tentatives de suicide sont à comprendre comme des tentatives de vivre : « les tentatives de suicide visent à la restauration de soi, à l'effacement d'une souffrance, non à la destruction », affirme le sociologue David Le Breton, spécialiste des conduites à risque (Le Breton 2008 :12). En outre, il s'agit rarement de se tuer pour mourir; mais plutôt de se tuer pour devenir un-e autre, se défaire de ses tourments.

Par ailleurs, l'acte suicidaire découle dans la plupart des cas d'une situation de crise et est le résultat de l'enchaînement de plusieurs facteurs (Rapport Widmer 2005 :18).

Dans le but d'illustrer l'importance de la prévention, le suicide et les tentatives de suicide peuvent être comparés au sommet d'un iceberg. La partie émergée représente ce qui est visible pour la société (les suicides ainsi que les tentatives de suicide) et la partie immergée représente les crises psychiques, suicidaires ou non. Il apparaît que la partie immergée que la société ne voit pas est très importante.

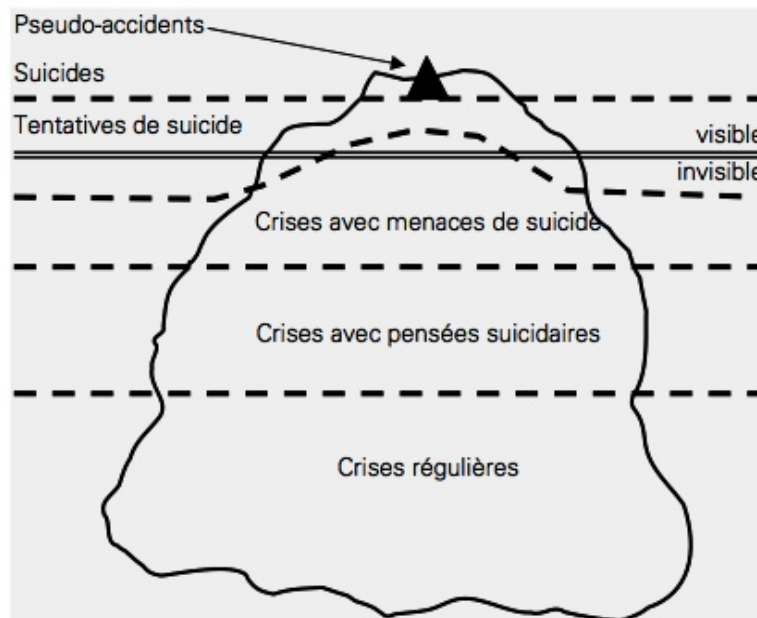


Figure 1 : le paradigme de l'iceberg et de la suicidalité (d'après Jeanneret 1982)

Selon les statistiques globales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le suicide est une des cinq causes principales de mortalité pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans.

Dans beaucoup de pays, le suicide apparaît même comme la première ou la seconde cause de décès pour cette tranche d'âge (OMS 2002 :7).

Chaque année dans le monde, une personne se suicide toutes les 40 secondes. En Suisse, près de 1300 personnes mettent fin à leurs jours chaque année, dont environ 120 jeunes (15-24 ans). Ceci représente près d'un suicide de jeune tous les 3 jours. Le nombre de suicides par année est à considérer parallèlement aux tentatives de suicide; celles-ci sont nombreuses et difficiles à comptabiliser car seule une minorité de personnes faisant une tentative de suicide reçoit un traitement médical. Selon l'Office fédéral de la santé publique, on estime qu'il y a environ 10 tentatives de suicide par année pour chaque suicide enregistré.

Des différences de comportement existent entre les femmes et les hommes. Les femmes font deux à trois fois plus de tentatives de suicide que les hommes, alors que près de 75% des suicides enregistrés concernent des hommes. Cette différence peut notamment s'expliquer par les méthodes de suicide utilisées par les hommes et les femmes. Les hommes ont recours le plus souvent à des méthodes radicales telles que la pendaison et les armes à feu. Les femmes privilégient d'autres méthodes de suicide telles que l'usage de médicaments qui permettent une intervention médicale. Ces chiffres s'expliquent aussi par le fait que les femmes ont plus de facilité à parler autour d'elles de ce qui les préoccupe et à chercher de l'aide auprès de professionnel-le-s, alors que les hommes ont tendance à garder leur souffrance pour eux jusqu'au dernier moment. Toutefois, cette différence constatée de comportement entre hommes et femmes ne vise en aucun cas à entretenir les stéréotypes de genre. En effet, il apparaît essentiel de s'interroger sur la place de ces comportements dans la prise en charge médicale des jeunes suicidaires: si les hommes attendent tous le dernier moment pour parler de leur souffrance, comment les faire bénéficier d'un suivi médical?

En comparaison internationale, la Suisse affiche un taux de suicide annuel relativement élevé de 28.1 suicides d'hommes et de 8.7 suicides de femmes pour 100'000 habitants. Le Royaume-Uni et l'Espagne affichent par exemple des taux relativement bas de respectivement 10.4 et 12.0 suicides d'hommes et 3.2 et 3.8 suicides de femmes pour 100'000 habitants. Le Japon et la Lituanie illustrent le cas contraire avec respectivement 36.1 et 68.1 suicides d'hommes et 12.9 suicides de femmes pour 100'000 habitants par an (chiffres de l'OMS, 2005).

On ne dispose malheureusement pas de connaissances scientifiques expliquant pourquoi le taux de suicide est toujours élevé en Suisse par rapport aux pays voisins (Rapport Widmer 2005 :18).

# Le risque suicidaire

## Facteurs de risque

Les facteurs de risques sont multiples, étant donné que le suicide est considéré comme un processus cumulatif. Le passage à l'acte suicidaire peut être déclenché par une rupture amoureuse ou un échec scolaire par exemple. Mais ce genre d'événement ne peut être considéré comme l'unique raison d'un suicide car il vient s'ajouter à une série d'éléments complexes, suivant le principe de la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Il est donc primordial de ne pas considérer chacun des facteurs suivants comme le seul motif qui pousserait un jeune à se suicider. C'est bel et bien le cumul et/ou la répétition de plusieurs facteurs (voir liste ci-dessous) qui conduit un jeune à entrer dans une crise suicidaire.

Certains facteurs sociaux, psychologiques, familiaux ou personnels affaiblissent l'état de santé mentale d'un individu et le rendent plus vulnérable au suicide. STOP SUICIDE se réfère à la littérature scientifique sur les facteurs de risques suicidaires chez les jeunes pour en élaborer une liste non-exhaustive. Le rapport Widmer est une des sources principales de cette littérature. Publié en 2005 par l'Office fédéral de la santé publique, ce rapport traite du suicide et de la prévention du suicide en Suisse. Il répond au postulat déposé par le conseiller national Hans Widmer.

- Tentative de suicide dans le passé
- Suicide dans la famille
- Dépression ou trouble psychiatrique
- Maladie physique chronique
- Dépendance à l'alcool ou à la drogue
- Questionnement sur l'orientation sexuelle
- Impulsivité ou hypersensibilité
- Instabilité familiale
- Victime de violence ou d'abus
- Solitude ou rejet par les pairs depuis l'enfance
- Longue histoire d'échecs scolaires

Ce qu'il faut retenir d'une crise suicidaire à l'adolescence, au-delà des facteurs de risque, c'est avant tout la présence d'une souffrance insupportable qui efface les notions rationnelles de vie et de mort. Les jeunes, aveuglé-e-s par leur souffrance, ne voient plus d'autre issue que le suicide pour faire cesser une douleur trop vive. En ce sens, le suicide n'est donc pas un choix mais bien un non-choix. La mort



n'est alors pas perçue comme définitive, mais comme une étape vers une autre période de leur vie. Il ne s'agit donc pas de se tuer pour mourir, mais plutôt pour vivre autrement.

Les facteurs de risque suicidaire peuvent être regroupés en différents ensembles thématiques, comme développés ci-dessous.

### ***Les relations familiales pénibles***

Les études mettent en avant la qualité des liens familiaux comme une composante importante des risques de suicide des jeunes (Choquet, Pommereau, Lagadic 2001 :4). La violence entre les parents ou entre les parents et les enfants, de même qu'une maladie psychique chez les parents constituent en outre des facteurs de risque connus en tant qu'ils participent à la dégradation des liens familiaux (Devaux 2008: 10). De mauvaises relations familiales ont des conséquences surtout sur l'estime de soi des jeunes. En effet, lorsque les parents souffrent d'une maladie psychique ou que l'usage de la violence est fréquent au sein de la famille, la capacité des parents à gérer les conflits se trouve altérée. En conséquence, la place de chacun est rendue floue au sein de la famille. (Choquet, Pommereau, Lagadic 2001 :4).

### ***La présence de troubles psychiques***

Les spécialistes de la question du suicide des jeunes sont divisé-e-s sur la présence de troubles psychiques chez les jeunes suicidant-e-s (jeunes ayant commis une tentative de suicide). Certaines études post-mortem canadiennes, américaines et européennes démontrent qu'environ 80 à 90% des jeunes suicidé-e-s (jeunes décédé-e-s par suicide) dans ces régions souffraient d'une maladie mentale préexistante (Devaux 2008: 9, Rapport Widmer 2005: 19). Le risque est d'autant plus élevé que le trouble est précoce. Les principaux troubles sont la dépression majeure et la maladie affective bipolaire, l'abus de substance et les troubles de la conduite (Renaud J., dans Chavagnat J.-J. 2005: 64). Au contraire, d'autres chercheurs en psychiatrie affirment qu'une affection mentale n'est avérée que dans 20 à 30% des cas (Xavier Pommereau). De manière plus tranchée, les Docteurs Meunier et Tixier avancent que 60 à 80% des jeunes suicidants ne présentent aucune pathologie psychique (2000:16).

En somme, un grand nombre de troubles du comportement se déclarent à l'adolescence mais les méthodes de diagnostique ne sont pas univoques. Ceci explique les différences de point de vue parmi les spécialistes de la santé mentale (Ehrenberg 2006).

### ***Le risque de répétition***

Les personnes qui ont déjà commis une tentative de suicide forment un groupe à risque particulier. Le risque de suicide est chez elles de quarante fois supérieur à la moyenne de la population et reste élevé pendant plusieurs années. Précisément, 40% des jeunes suicidant-e-s ont déjà fait une tentative dans le passé (Devaux 2008 : 11).

### ***Des événements de vie difficiles***

Certains éléments biographiques peuvent être considérés comme des facteurs de risque suicidaire. Les jeunes ayant vécu des événements douloureux, tels que le divorce des parents, un décès, une

maladie ou le suicide d'un-e proche sont ainsi considérés comme fragiles face au risque suicidaire. (Rapport Widmer 2005 : 18). Des traumatismes comme des abus ou des violences dans le passé constituent également des facteurs de risque importants. Par ailleurs, toute expérience douloureuse ou traumatisante vécue dans le présent est également à prendre en compte : violence ou harcèlement entre pairs, discrimination (homophobie, racisme, etc.) ou changement récent de lieu de vie qui implique une adaptation rapide.

### ***Les difficultés du passage à l'âge adulte***

Le fait de grandir implique de nombreux changements chez les jeunes. Le corps se transforme, les attitudes et les occupations évoluent, les responsabilités deviennent plus importantes. Ainsi, le passage à l'âge adulte représente un chemin difficile à emprunter et les difficultés rencontrées jouent un rôle particulièrement important dans les tentatives de suicide des adolescents et des jeunes adultes. On a par exemple pu observer que le détachement par rapport aux parents et la recherche de l'identité ou du rôle sexuel sont des facteurs qui peuvent favoriser le risque suicidaire (Rapport Widmer 2005:19). Précisons cependant que ces éléments sont des étapes normales du passage à l'âge adulte de n'importe quel-le adolescent-e. La séparation, la recherche de l'indépendance et le questionnement sur l'identité peuvent être des sources de difficultés et de crise pour tout-e jeune qui les expérimente. Ceci ne signifie pas que tout-e jeune traversera forcément une crise suicidaire, mais plutôt que ces difficultés peuvent être une source de souffrance à laquelle il faut être à l'écoute. En somme, bien que les difficultés du passage à l'âge adulte soient normales, elles n'en restent pas moins une épreuve à traverser.

### **Éléments déclencheurs**

Les éléments déclencheurs sont des événements qui provoquent la crise suicidaire. Il est important de ne pas les confondre avec les causes de la crise suicidaire qui sont elles associées aux facteurs de risque. Ceux-ci modèlent un terrain propice au risque suicidaire, alors que l'élément déclencheur est un seul événement qui fait basculer le jeune vers l'acte suicidaire. Ainsi, l'élément déclencheur d'une crise suicidaire peut être perçu comme insignifiant pour certain-e-s mais revêt une importance majeure pour le/la suicidant-e. En effet, l'élément déclencheur doit être suffisamment important pour déstabiliser la personne et la mener à envisager le suicide comme le seul moyen de faire cesser la souffrance ressentie. L'élément déclencheur est la goutte d'eau qui fait déborder le vase, lui-même rempli par les différents facteurs de risque. Ci-dessous se trouve une liste non-exhaustive de potentiels éléments déclencheurs. Précisons que les éléments déclencheurs dépendent du contexte et varient selon la personne.

- Rupture amoureuse, décès ou suicide d'un proche, séparation de la famille
- Échecs scolaires, abandon ou exclusion d'un programme
- Difficultés familiales
- Difficultés financières
- Problèmes relationnels ou amoureux
- Solitude, isolement

- Adaptation à une nouvelle ville, à un milieu scolaire parfois stressant et compétitif
- Insatisfaction face aux études, indécision face au choix de carrière, inquiétudes face à l'avenir

## Les facteurs de protection

Si les facteurs de risque sont nombreux, les facteurs de protection le sont tout autant. En effet, il existe un grand nombre d'éléments favorisant la protection face au risque suicidaire. Souvent, ces facteurs de protection se situent à l'opposé des facteurs de risque. Un des éléments essentiel à la protection face au risque suicidaire est l'estime de soi, elle-même encouragée par de nombreux éléments, comme par exemple un réseau social fort. Ainsi, les facteurs de protection peuvent être définis comme des caractéristiques personnelles et environnementales qui aident à diminuer le risque suicidaire. Il n'existe pas de liste exhaustive qui répertorie tous les facteurs de protection. En revanche, la littérature scientifique en aborde un certain nombre, regroupés ci-dessous.

### Caractéristiques et comportements individuels

- Bien-être psychologique et émotionnel, humeur positive
- Intelligence émotionnelle (capacité de percevoir, intégrer, comprendre et gérer ses propres émotions)
- Capacité d'adaptation
- Capacité de résolution de conflits
- Estime de soi
- Participation fréquente à des activités sportives
- Image positive de son corps, protection et soin

### Réseau social

- Soutien familial, implication des parents dans la vie du jeune, relations familiales fortes
- Amis ou membres de la famille proches
- Encouragement familial pour l'éducation et la scolarité

### Ecole

- Expériences scolaires positives
- Environnement scolaire sécurisant (spécialement pour les jeunes gays, lesbiennes, bisexuels-les et transgenre)
- Résultats scolaires acceptables
- Respect des différentes cultures de tous les étudiants

- Accès facilité aux structures de soin pour les troubles mentaux, les addictions et les problèmes physiques

### Accès limité aux moyens

- Accès restreint aux armes à feu
- Sécurisation des ponts et des lieux en hauteur
- Accès limité à l'alcool (le risque de suicide par arme à feu augmente lorsque la victime est en état d'ébriété)

Finalement, les facteurs de protection participent à réduire l'impact des facteurs de risque et aident les individus à s'outiller efficacement pour faire face aux obstacles de la vie.

## Les signaux d'alerte

Il est très rare qu'une personne qui se suicide n'en ait parlé à personne avant. Les jeunes qui pensent au suicide montrent le plus souvent des signes de leur volonté de passer à l'acte. Néanmoins, ces avertissements ne sont pas souvent perçus comme tels. Chaque jeune qui parle du suicide doit donc être pris au sérieux, même s'il/elle communique sous la forme du chantage, qu'il/elle exprime sa souffrance sur le ton de l'humour ou de la provocation. Les signes de détresse peuvent se manifester par des messages directs de la part du jeune, tout comme des signes indirects comme un brutal changement des habitudes par exemple. Une attention particulière doit être portée aux comportements qui témoignent d'une volonté de rupture et d'une recherche de fuite vis-à-vis de la réalité.

La présence d'un seul signe ne signifie pas que la personne désire mettre fin à ses jours, mais c'est bien l'accumulation et la persistance de signaux d'alerte qui peuvent présager d'un risque suicidaire.

### Messages verbaux directs

- « Je veux en finir »
- « La vie ne vaut pas le coup »
- « Je voudrais mourir »

### Messages verbaux indirects

- « Vous seriez bien mieux sans moi »
- « Je ne vous embêterai plus longtemps »

- « J'ai enfin trouvé la solution à tous mes problèmes »

### Indices comportementaux

- Absences répétées aux cours, baisse des résultats scolaires
- Consommation inhabituelle de drogues ou d'alcool
- Rupture des liens avec ses amis, tendance à l'isolement
- Fonctionnement familial perturbé
- Bonne humeur soudaine après une période dépressive
- Mise en ordre de ses affaires personnelles (faire son testament, lettres), distribution d'objets précieux
- Intérêt soudain pour les armes à feu ou les médicaments
- Perturbation de l'appétit
- Désintérêt pour son hygiène personnelle
- Accidents à répétition, prises de risque (conduite, sport, etc.)

### Indices émotionnels

- Tristesse, pleurs et découragement
- Agressivité, irritabilité
- Anxiété
- Apathie

## Les mythes sur le suicide

Les sujets tabous sont en général largement méconnus du grand public; le suicide est notamment un de ceux-ci. Ainsi, des informations de tous types circulent sur cette problématique et des mythes se sont construits avec le temps. Dans le but de faire tomber le tabou du suicide et de sensibiliser le grand public au fait que chacun peut être acteur de prévention, il est essentiel de divulguer une information fondée sur les questions liées au suicide.

### Le suicide est héréditaire

Il n'existe aucune recherche qui confirme l'hypothèse selon laquelle il existerait un gène du suicide. En revanche, certaines personnes peuvent présenter des prédispositions génétiques à des types de dépression qui, à leur tour, peuvent conduire au suicide. Il est important de préciser qu'avoir été confronté au suicide d'un-e proche agit comme un véritable traumatisme qui peut fragiliser une personne jusqu'à la rendre suicidaire.

## **Le suicide est limité à un milieu social**

Le suicide touche tous les milieux sociaux, les plus aisés comme les plus modestes. Le taux de suicide est différent selon les pays mais cette variation ne semble pas dépendre de la richesse, du taux de chômage ou du milieu socio-culturel de la personne. Le suicide apparaît donc comme un phénomène universel.

## **Parler du suicide encourage le passage à l'acte**

En premier lieu, permettre le dialogue en général autour du suicide permet de lever le tabou qui l'entoure et qui a tendance à renforcer les mythes. Le dialogue est donc un premier pas vers l'information et la connaissance, composantes essentielles de la prévention. De plus, parler du suicide avec une personne en souffrance lui donne la possibilité d'exprimer sa douleur. Enfin, le dialogue sur le suicide aide à montrer au jeune que l'on perçoit sa détresse et que l'on prend sa souffrance au sérieux. Cet échange peut ensuite mener à une démarche constructive de recherche d'aide.

## **Se suicider est un acte courageux ou au contraire, lâche**

Une personne suicidaire est avant tout une personne qui souffre énormément et qui voit le suicide comme l'unique solution pour soulager sa détresse. Cet état psychologique qui caractérise la crise suicidaire place la souffrance au premier plan avec le besoin urgent d'y mettre fin, en excluant toute autre notion rationnelle de recherche de solution. Il ne s'agit donc en aucun cas de courage ni de lâcheté.

## **Quelqu'un qui veut se suicider le fera de toute façon**

Les personnes qui veulent se suicider sont ambivalentes et ne sont pas décidées à mourir. En effet, elles envisagent la mort uniquement comme la fin de leur souffrance devenue insupportable. Pour leur venir en aide, il faut précisément mettre l'accent sur cette ambivalence ainsi que sur leur désir de cesser de souffrir. C'est également cette ambivalence qui explique notamment l'efficacité de mesures de prévention telle que la restriction de l'accès aux méthodes de suicide. En effet, les méthodes de suicide ne sont pas interchangeables. En cas d'indisponibilité immédiate de la méthode à laquelle pensait une personne en crise suicidaire, cette ambivalence peut permettre de faire tomber la crise temporairement et alors favoriser une démarche de recherche d'aide. Retirer une arme à feu du foyer d'une personne suicidaire, vider son armoire à médicaments, ou se débarrasser d'autres ustensiles telle qu'une corde sont des moyens d'empêcher le passage à l'acte.

# Comment prévenir le suicide des jeunes ?

La Suisse ne dispose pas de programme national de prévention du suicide. La prévention se concentre surtout sur le traitement avant et/ou après une tentative de suicide et relève essentiellement de l'initiative privée (Rapport Widmer 2005 :5). Il s'agit en outre surtout d'interventions de crise.

Parmi les mesures de prévention du suicide existantes, on fait la distinction entre celles relevant de la santé publique qui s'adressent à l'ensemble de la population, et celles du domaine des soins, adaptées à des groupes à risque spécifiques.

STOP SUICIDE développe à travers ses programmes une palette d'outils pour sensibiliser le public au suicide des jeunes dans une perspective globale. L'association vise à faire tomber le tabou qui entoure le suicide des jeunes et plaide pour un dialogue ouvert sur la question. L'association développe donc des outils destinés aux jeunes et d'autres destinés à leurs encadrant-e-s. Néanmoins, il est primordial dans tous les cas d'appréhender le dialogue de manière responsable et avec précaution.

Le risque d'imitation est en effet souvent évoqué lorsqu'il s'agit de s'adresser directement aux jeunes sur la question du suicide. Le traitement médiatique de la question du suicide des jeunes est crucial pour communiquer de manière responsable. Selon l'effet Werther, le nom scientifique de ce risque d'imitation, les jeunes ayant déjà l'idée de se suicider sont incités à la faire lorsque le suicide d'une autre personne a été médiatisé de manière détaillée et/ou valorisante. Le nom de l'individu qui s'est suicidé est par exemple rendu public, ce qui participe à la glorification de l'acte suicidaire. En effet, le fait que l'on puisse faire parler de soi grâce à une mort spectaculaire peut être perçu comme attirant par un jeune suicidaire qui se sentirait seul-e, exclu-e ou dévalorisé-e.

STOP SUICIDE met aussi l'accent sur l'accès à l'information et aux numéros d'aide pour permettre aux jeunes et à leur entourage de s'exprimer sur le sujet et de trouver un soutien en cas de besoin.

## Trouver de l'aide

**022 382 42 42 Centre d'Etude et Prévention du Suicide HUG 24h/24, 7j/7**

Des spécialistes de la prévention du suicide à disposition pour répondre à toutes les questions liées au suicide ou aux jeunes en difficultés, de manière gratuite et confidentielle, avec possibilité de consultation et de prise en charge. 15

### **143 La Main Tendue 24h/24, 7j/7**

La Main Tendue offre une écoute et un soutien à toutes les personnes désirant exprimer une difficulté ponctuelle ou chronique, dans le plus strict anonymat.

### **147 Ligne d'aide pour jeunes 24h/24, 7j/7**

Une écoute gratuite personnalisée par des professionnel-le-s qui aident à surmonter les situations de mal être et apportent un soutien psychologique.

### **www.ciao.ch Site d'information pour les jeunes**

Possibilité de poser des questions sur plusieurs thèmes avec la réponse d'un-e professionnel-le dans les 3 jours ouvrables.

### **www.telme.ch ou 021 324 24 15**

Telme offre un soutien psychologique aux jeunes adultes et aux parents avec possibilité de poser des questions en ligne de manière anonyme (délai de réponse maximum 72h) et propose des consultations à 10 CHF.

### **www.stopsuicide.ch**

Sur le site de STOP SUICIDE se trouvent des conseils, des numéros de téléphone d'aide et de la documentation générale sur la thématique du suicide.

## **Genève**

### **022 372 38 62 Urgences psychiatriques des HUG, 24h/24, 7j/7**

### **022 305 45 45 Alliance contre la dépression, lu-ve, 14h-18h**

Une ligne téléphonique gratuite d'information, de conseil et d'orientation sur la dépression répond à vos questions.

### **022 372 33 87 Consultation Santé Jeunes HUG**

Ce service, destiné aux 12-25 ans, propose des consultations personnalisées avec un médecin sur la santé des jeunes.

### **022 344 45 77 Trajectoires**

Informe et aide à l'orientation psychologique au moyen d'entretiens personnalisés.

## **Vaud**

### **0848 133 133 Centrale téléphonique des médecins de garde 24h/24, 7j/7**

Le numéro unique du canton de Vaud pour tous les appels « urgence psychiatrique ou détresse psychologique ». Permanence assurée par un-e infirmier-ère qui évaluera votre situation, vous conseillera et vous orientera vers un médecin de famille, une consultation pédiatrique ou le service de psychiatrie de votre région.



## Fribourg

### Réseau fribourgeois de santé mentale

**026 305 77 77** Numéro d'accueil et d'orientation

**026 305 78 00** Consultations d'urgence pour enfants, adolescent-e-s et familles pour les moins de 18 ans

## Neuchâtel

### Centre neuchâtelois de psychiatrie

**032 889 69 65** pour les moins de 18 ans

**032 722 12 21** dès 18 ans

Des professionnel-le-s reçoivent sur rendez-vous pour un suivi ou une consultation.

### **032 755 15 15** Centre d'urgences psychiatriques, 24h/24, 7j/7

Accueil et réponse aux demandes urgentes de soins psychiatriques, sans délai d'attente.

### **079 698 89 18** Parlons-en, [info@suicide-parlons-en.ch](mailto:info@suicide-parlons-en.ch)

Mardi à jeudi, de 16h à 19h. Des professionnel-le-s répondent aux questions liées au suicide et viennent en aide à l'entourage. Des groupes de parole sont régulièrement organisés.

## Jura

### Centre médico-psychologique de Delémont

**032 420 51 80** pour les moins de 18 ans

**032 420 51 60** pour les plus de 18 ans.

Le CMP fournit des consultations de psychiatrie pour adultes, enfants et adolescent-e-s.

## Valais

### **027 321 21 21** Parspas, 8h-20h

Des spécialistes de la prévention du suicide écoutent et répondent aux questions.

# Références

BEAUTRAIS, A. L. (2003). «Life course factors associated with suicidal behaviors in young people», in *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1137–1156.

LE BRETON, David (2008). « Détresse adolescente et tentative de suicide » in *Revue Médicale Suisse*, n°4, S12-S14.

CHOQUET, Marie & POMMEREAU Xavier (2001). «Les élèves à l'infirmerie scolaire: identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire», Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

CHAVAGNAT, Jean-Jacques (éd.) (2005). *Prévention du suicide*. John Libbey Eurotext: France.

DEVAUX, Diane (2008). «Prévention du suicide des jeunes à Genève: état des lieux en 2007», Bureau central d'aide sociale: Genève.

EHRENBERG, Alain (mai 2006). «Malaise dans l'évaluation de la santé mentale», in *Esprit*, 89-102

KING, C., & MERCHANT, C. R. (2008). «Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature», in *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196.

MEUNIER, Alain et Gérard TIXIER (2000). *Le grand blues: faire face à la tentative de suicide chez un jeune*. Payot: Paris.

Office fédéral de la santé publique (2005). « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse, Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251) ».

SHARAF, A. Y., THOMPSON, E. A., & WALSH, E. (2009). «Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents», in *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160–168.

U.S Department of Health and Human Services (2012), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. «Preventing Suicide, A Toolkit for High Schools».

# A propos de STOP SUICIDE

L'association STOP SUICIDE est née en 2000 à Genève. Suite au suicide d'un de leur camarade, un groupe de collégiens décide de se mobiliser contre l'inaction et le silence qui règnent après cet événement. Ils créent ainsi STOP SUICIDE et organisent une marche blanche contre le suicide. Au fil des ans, l'association a oeuvré à sensibiliser la société à cette problématique, pour qu'une prévention du suicide des jeunes soit faite et que la population soit informée sur ce véritable fléau. Pour remplir ces missions, 7 programmes d'activités sont mis en place.

STOP SUICIDE est donc un mouvement de jeunes engagés contre le suicide des jeunes. Basée à Genève, l'association est aujourd'hui active sur les cantons de Genève et Vaud. Elle est composée d'une équipe de collaboratrices et collaborateurs, d'un comité directeur et d'un large réseau de membres et de sympathisants.

Reconnu d'utilité publique, STOP SUICIDE est subventionné par l'Etat de Genève et l'Etat de Vaud, ainsi que par les communes romandes, des fonds privés et les cotisations de ses membres.

STOP SUICIDE  
C/o Maison des Associations  
Rue des Savoises 15  
1205 Genève

Tél.: +41 (0)22 320 55 67  
Mail: [info@stopsuicide.ch](mailto:info@stopsuicide.ch)  
CCP 17-296132-8

[www.stop-suicide.ch](http://www.stop-suicide.ch)



STOP SUICIDE