



Bundesamt
für Gesundheit

Office fédéral
de la santé publique

Ufficio federale
della sanità pubblica

Uffizi federal
da sanadad publica

Le suicide et la prévention du suicide en Suisse Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)

Avril 2005

Impressum

Equipe rédactionnelle : Salome von Greyerz, Elvira Keller-Guglielmetti (Office fédéral de la santé publique)

Collaboration scientifique : Vladeta Ajdacic-Gross (Hôpital Universitaire Psychiatrique PUK, Zurich), Martin Eichhorn (Hôpital Universitaire Psychiatrique PUK, Bâle), Konrad Michel (Services Psychiatriques Universitaires UPD, Berne), Regula Ricka (Office fédéral de la santé publique)

Etat des lieux «Activités de prévention du suicide en Suisse» : Beat Stoll (Institut de Médecine Sociale et préventive IMSP Genève), Barbara Weil (Initiative pour la prévention du suicide en Suisse IPSILON)

Pour de plus amples informations

Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Politique de santé, téléphone +41 (0)31 322 65 99, gesundheitspolitik@bag.admin.ch; <http://www.bag.admin.ch/gespol/d/index.htm>

Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

Sommaire

Résumé	4
Introduction	6
1 Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide en Suisse	8
1.1 Suicides	8
1.2 Tentatives de suicide	13
Paranthèse I : suicides avec l'aide d'organisations d'assistance au décès	17
2 Facteurs qui influencent les suicides ou les tentatives de suicide	18
2.1 Facteurs individuels	18
2.2 Facteurs environnementaux	19
2.3 Facteurs de protection	20
Paranthèse II : coûts économiques des suicides et des tentatives de suicide	21
3 Possibilités de prévention du suicide	22
3.1 Mesures de santé publique	23
3.2 Mesures de prise en charge médicale	24
3.3 Monitoring, recherche et évaluation	25
4 Contexte international et programmes de prévention à l'étranger	26
4.1 Recommandations de l'OMS et de l'ONU	26
4.2 Quelques programmes de prévention	26
5 Efforts de prévention de la Confédération, des cantons et d'organisations privées	30
5.1 Bases constitutionnelles et bases légales de la Confédération dans le domaine de la prévention du suicide	30
5.2 Projet de «Stratégie nationale pour la santé psychique»	31
5.3 Prévention du suicide en Suisse – état des lieux	31
5.4 Quelques projets régionaux et nationaux	34
6 Récapitulatif des mesures nécessaires	37
7 Conclusion du point de vue de la Confédération	38
8 Bibliographie	40

Liste des figures

Figure 1 : le paradigme de l'iceberg de la suicidalité	6
Figure 2 : comparaison internationale : taux de suicides pour 100 000 habitants	9
Figure 3 : comparaison internationale: évolution du taux de suicides entre 1970 et 2000	10
Figure 4 : comparaison intercantonale des taux de suicides	10
Figure 5 : taux de suicides en fonction de l'âge et du sexe	11
Figure 6 : évolution historique du taux de suicides en Suisse de 1880 à 2000	12
Figure 7 : taux de tentatives de suicide en fonction de l'âge et du sexe en Europe	14
Figure 8 : taux de tentatives de suicide pour 100 000 dans l'agglomération de Berne	15
Figure 9 : possibilités de prévention du suicide	22
Figures 10a et 10b : champs d'activité des acteurs dans le domaine de la prévention du suicide	33

Liste des tableaux

Tableau 1 : causes de décès en l'an 2000 (source: statistique des causes de décès OFS)	8
Tableau 2 : méthodes de suicide en Suisse de 1969 à 2000	12
Tableau 3 : résumé des données de suicidalité des enquêtes SMASH	14
Tableau 4 : méthodes des tentatives de suicide dans l'agglomération de Berne en 1989 et 1990	16
Tableau 5 : quelques programmes nationaux et projets de prévention du suicide étrangers	27
Tableau 6 : taux de participation à la collecte d'informations sur la «Prévention du suicide en Suisse»	32
Tableau 7 : projets de prévention du suicide lancés ou soutenus par la Confédération	34
Tableau 8 : projets locaux ou régionaux de prévention du suicide	35
Tableau 9 : mesures nécessaires	37

Résumé

Epidémiologie et facteurs de risque

Le suicide est la cause de 1 à 2 % des décès enregistrés en Suisse. 10 % des Suisses commettent une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur existence, et une personne sur deux fait état, dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques rétrospectives, de pensées suicidaires.

Entre 1300 et 1400 personnes décèdent chaque année dans notre pays suite à un suicide (env. 1000 hommes et 400 femmes), ce qui représente quatre décès dus au suicide chaque jour, soit un taux de suicide de 19,1 pour 100 000 habitants. Ces chiffres placent la Suisse parmi les pays présentant un taux de suicide supérieur à la moyenne, derrière la Russie, la Hongrie, la Slovénie, la Finlande et la Croatie, et correspondent à ceux relevés en Autriche, en Belgique et en France. Avec la diminution des décès dus aux accidents de la route et de ceux liés au sida, le suicide est devenu la première cause de mortalité chez les hommes âgés de 15 à 44 ans. Comme le risque de suicide augmente avec l'âge et compte tenu du vieillissement démographique de la population, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de suicides chez les personnes âgées au cours des prochaines décennies.

On estime que 15 000 à 25 000 personnes font une tentative de suicide chaque année, dont 10 000 seulement (env. 4000 hommes et 6000 femmes) sont recensées et traitées sur le plan médical.

Les facteurs qui exposent les individus à un risque plus élevé de tentative de suicide ou de suicide sont complexes et concomitants. Les suicides et tentatives de suicide sont rarement des actes décidés après mûre réflexion (« suicides de bilan »). Non seulement des facteurs démographiques tels que l'âge et le sexe, mais aussi des facteurs psychiques, biologiques, sociaux et environnementaux et autres liés à l'histoire personnelle d'un individu influent sur le risque de passer à l'acte. Ni le suicide ni les tentatives de suicide ne constituent une maladie ; ils n'en sont pas nécessairement le reflet non plus. Toutefois, ils sont souvent induits par des maladies psychiques, surtout par les dépressions, les psychoses et les dépendances.

On ne dispose guère de connaissances scientifiques permettant d'expliquer pourquoi la Suisse enregistre un taux de suicide relativement élevé par rapport à ses voisins ; il n'existe pas d'explication unanimement admise sur ce phénomène.

Mesures possibles pour prévenir les suicides

Parmi les mesures de prévention du suicide, 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.

Les mesures de santé publique tentent d'influencer les conditions de vie et l'environnement de la population générale, de certains groupes et d'individus. Elles visent, d'une part, la promotion de la santé en améliorant l'aptitude individuelle à gérer les problèmes et la détection précoce dans le domaine de la prévention du suicide, et, d'autre part, à sensibiliser la population aux maladies psychiques, à créer et à promouvoir des structures à bas seuil, à rendre plus difficile l'accès aux moyens et méthodes permettant de mettre fin à ses jours, ainsi qu'à établir un code de conduite sur le traitement du suicide par les médias.

Les mesures de soins - c'est-à-dire les soins médicaux dans le domaine de la prévention du suicide - comprennent l'amélioration du traitement, de l'accompagnement et de la réinsertion des patients psychiatriques, des personnes qui ont fait une tentative de suicide, sont en situation de crise et/ou ont des pensées suicidaires.

Prévention du suicide dans le monde

Tant l'Organisation mondiale de la santé que les Nations Unies encouragent les programmes nationaux de prévention du suicide, car ces organisations estiment que celle-ci n'est pas uniquement du

ressort médical. Seules la coopération et la coordination d'un grand nombre d'acteurs permettent la mise en place d'un programme national de prévention par les gouvernements. Plusieurs pays, comme l'Australie, la Finlande, la Grande-Bretagne, le Canada ou la Suède, se sont déjà dotés d'un tel programme.

Stratégies de prévention du suicide en Suisse

La Suisse ne dispose pas encore d'un programme national de prévention du suicide. Il ressort de l'état des lieux effectué par l'association « Initiative pour la prévention du suicide en Suisse » (IPSILON) que l'éventail des mesures visant à prévenir les suicides proposé en Suisse est restreint et ne concerne qu'un petit nombre de centres régionaux (principalement situés en Suisse romande). Elles sont destinées en premier lieu aux adolescents et aux jeunes adultes, sont centrées avant tout sur le traitement (intervention de crise) avant et/ou après une tentative de suicide et relèvent essentiellement de l'initiative privée. Dans le domaine de la prévention du suicide, les offres destinées aux personnes âgées sont insuffisantes. Par ailleurs, il faudrait améliorer la coopération et la coordination dans le cadre des projets de prévention existants.

Il est nécessaire d'agir dans les domaines suivants : monitoring et recherche, évaluation et transfert des connaissances, coordination et assurance de la qualité, contacts avec le public, lancement de projets concrets pour la prévention du suicide.

Bilan du point de vue de la Confédération

Etant donné que les suicides et tentatives de suicide ne peuvent être englobés dans la notion de maladie au sens de l'art. 118, al. 2, let. b Cst., les possibilités pour la Confédération d'agir dans le domaine de la prévention du suicide sont très limitées. En effet, c'est principalement aux cantons qu'incombe la prévention du suicide, partie intégrante du domaine des soins de santé et de la promotion de la santé.

Suicide et tentatives de suicide ne sont pas des problèmes limités au seul individu, mais un thème relevant de la santé publique, et leur prévention représente un enjeu pour la société toute entière. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), et notamment l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), sont donc chargés par le Conseil fédéral d'examiner et de mettre sur pied, en coordination avec les services fédéraux concernés, les cantons et les institutions privées oeuvrant dans le domaine de la prévention du suicide, la réalisation des mesures suivantes :

- intégrer la thématique du suicide et des tentatives de suicide dans le rapport sur la santé établi par la Confédération et les cantons ;
- compléter les instruments de monitoring actuels dans le domaine de la santé (p. ex. enquête suisse sur la santé, monitoring de la santé de la population migrante) par des questions ayant trait aux tentatives de suicide et pensées suicidaires ;
- intégrer la thématique du suicide et des tentatives de suicide dans les programmes de promotion de la santé et de prévention des dépendances de la Confédération existant dans les domaines de l'école et de la formation (p. ex. éducation + santé Réseau suisse, supra-f) et dans les projets prévus dans le domaine « vieillissement et santé » ;
- intégrer la thématique du suicide et des tentatives de suicide dans la formation de base, postgrade et continue des professions médicales (projet de LPMéd)
- poser les jalons pour l'élaboration de mesures d'assurance de la qualité dans le domaine intervention de crise (diagnostic et thérapie des maladies psychiques) ;
- élaborer un projet de programme national de recherche (PNR) sur le thème de la santé psychique et du risque suicidaire.

Parallèlement, il conviendra d'institutionnaliser de manière appropriée la collaboration et les échanges entre la Confédération - les cantons - et IPSILON. En outre, il s'agira, dans le cadre des autres études préliminaires du DFI (OFSP) relatives à une modification de la législation en matière de prévention, d'examiner la possibilité et la nécessité d'introduire, dans la législation fédérale, une base légale pour la prévention des troubles psychiques.

Introduction

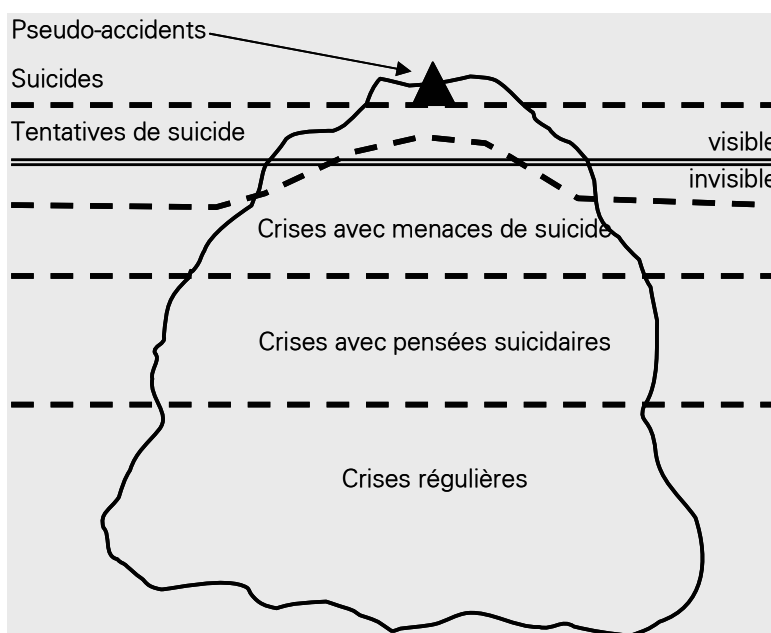
Le présent rapport a été rédigé en réponse au postulat sur la prévention du suicide déposé au Conseil national le 13 juin 2002 par le député Hans Widmer¹. Ce postulat est l'initiative parlementaire la plus récente sur ce sujet et fait référence par son contenu à des interventions parlementaires précédentes². Toutes ces initiatives demandent au Conseil fédéral, vu le taux de suicides élevé en Suisse, de développer des activités dans le domaine de la prévention du suicide de manière analogue aux campagnes effectuées par la Confédération (ou avec l'aide de la Confédération) afin de prévenir les accidents de la route ou les infections au VIH.

Presque tout un chacun est confronté, une fois dans sa vie, à un ou plusieurs suicides ou tentatives de suicide, que ce soit dans la famille, chez les amis, à l'école ou sur le lieu de travail. Mais l'individu est tout aussi démuni face au suicide que la société dans son ensemble. A l'instar des maladies psychiques, le suicide est, lui aussi, un sujet de société porteur d'un fort tabou. Préjugés et erreurs de jugement sont donc très répandus.

Les suicides et les tentatives de suicide peuvent se développer à partir de situations et de vies très différentes. Outre les facteurs individuels, biologiques et psychologiques, les facteurs socioculturels jouent eux aussi un rôle décisif. Le suicide peut être comparé au sommet d'un iceberg (voir fig. 1).

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

Représentation schématique sans relation quantitative avec les données épidémiologiques; la ligne double représente la «surface de l'eau», c'est-à-dire la limite entre les événements visibles et les événements invisibles pour la société.



¹ 02.3251 Postulat Widmer: Prévention du suicide. Texte:

La Suisse étant un des pays qui enregistre le taux de suicides le plus élevé au monde, je prie le Conseil fédéral:

1. d'adresser un rapport aux Chambres fédérales sur:
 - a. les mesures prises jusqu'à présent par la Confédération pour prévenir les suicides;
 - b. les efforts de prévention déployés par les cantons et les particuliers;
 - c. les connaissances scientifiques expliquant le taux de suicides élevé que connaît notre pays;
2. d'étudier des mesures permettant d'obtenir, par ses propres moyens ou en collaboration avec les cantons et les particuliers, une baisse du taux de suicides à l'aide d'une prévention efficace.

² 84.655 Question ordinaire Robbiani: Suicides d'enfants et d'adolescents; 95.3182 Interpellation Weyenet: Prévention du suicide; 01.1105 Question ordinaire Gross Andreas: Suicides et tentatives de suicide. Statistiques.

Bien que les causes de suicides et de tentatives de suicide soient complexes, la prévention est possible. Plusieurs pays ont réussi au cours des dernières années à diminuer le taux de suicides au moyen de programmes nationaux, d'initiatives régionales et de projets locaux ou suprarégionaux.

La prévention du suicide n'est cependant possible que si elle est abordée de manière interdisciplinaire avec la participation de tous les groupes professionnels concernés ainsi que des profanes et des proches. Les progrès de la médecine et de la psychologie ne peuvent pas à eux seuls faire baisser le taux de suicides; la prévention du suicide est en premier lieu une mission de société.

Ce rapport expose dans les deux premiers chapitres l'épidémiologie des suicides et des tentatives de suicide en Suisse – en comparaison internationale – et propose un aperçu des facteurs qui influencent les suicides ou tentatives de suicide. Les chapitres 3 et 4 présentent brièvement différentes possibilités de prévention du suicide ainsi que des programmes et projets de prévention du suicide réalisés dans d'autres pays. Le chapitre 5 résume les activités de la Confédération, des cantons et des organisations privées dans le domaine de la prévention du suicide. Sur la base des actions nécessaires présentées au chapitre 6, le chapitre 7 tire un bilan du point de vue de la Confédération.

Ce rapport ne fait pas état des formes diverses de comportements autodestructeurs ou autoagressifs comme la consommation de tabac, la consommation excessive d'alcool, les automutilations, les troubles des conduites alimentaires (anorexie ou surpoids important), les comportements sexuels à risque, l'exercice de sports violents, l'imprudence au volant, etc.

1 Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide en Suisse

En Suisse, dans 1 à 2% des cas de décès, la cause de décès indiquée est un suicide. 10% de la population suisse commettent au cours de leur vie une ou plusieurs tentatives de suicide et une personne sur deux fait état de pensées suicidaires dans les enquêtes épidémiologiques rétrospectives.

1.1 Suicides

D'après les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 815 000 personnes dans le monde sont décédées par suicide en l'an 2000. Ceci correspond à un taux de suicides de 14,5 pour 100 000 personnes – ou à un suicide toutes les 40 secondes [OMS 2002].

En Suisse, 1 378 personnes ont commis un suicide en 2000 (979 hommes et 399 femmes). Ceci correspond à environ quatre décès par suicide par jour ou à un taux de suicides de 19,1 pour 100 000 habitants.³ Le taux de suicides en Suisse est donc nettement supérieur à la moyenne mondiale.

En comparaison avec d'autres causes de décès, on s'aperçoit que les décès par suicide sont, à eux seuls, plus fréquents que l'ensemble des décès causés par les accidents de la route, le sida et les drogues (voir tableau 1). Après le recul du nombre de décès par accidents de la route et la diminution des décès des suites du sida en raison de l'amélioration des traitements médicamenteux, le suicide est aujourd'hui la cause de décès la plus fréquente chez les hommes de 15 à 44 ans.

Tableau 1 : Causes de décès en l'an 2000

(source : statistique des causes de décès, Office fédéral de la statistique, OFS)

Cause de décès	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès
suicide	1 378	2,2%	979	3,2%	399	1,2%
sida	127	0,2%	83	0,3%	44	0,1%
consommation de drogues	222	0,3%	177	0,6%	45	0,1%
accidents de la circulation	578	0,9%	419	1,4%	159	0,5%
décès dus à l'alcool *	2 200	3,5%	1 300	4,3%	900	2,8%
décès dus à la consommation de tabac*	8 800	14,7%	6 500	21,4%	2 300	7,2%
total	62 545	100%	30 411	100%	32 134	100%

*Estimations de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies pour 2001 (alcool) et 1999 (tabac)

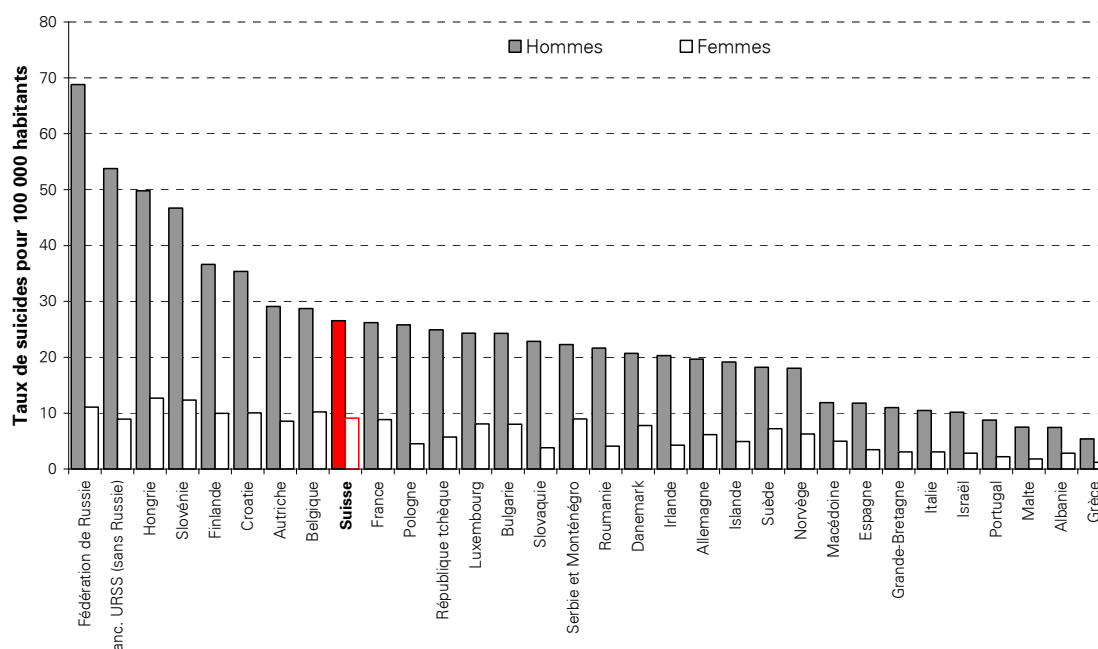
³ La qualité des données statistiques sur la fréquence des suicides a souvent été discutée car il n'est pas exclu que les suicides ne soient pas correctement relevés dans les registres des décès. Les classifications erronées les plus fréquentes sont probablement que les suicides passent pour des accidents ou sont classés dans la rubrique «mort violente de cause indéterminée» (c'est-à-dire qu'on ne sait pas si la cause est un accident, un suicide ou un homicide). Cependant, les analyses de données ont montré que le nombre de décès ayant une cause indéterminée est nettement inférieur au nombre de décès par suicide, le rapport étant de 1 pour 6. Ceci signifie que même si la fréquence absolue des suicides est probablement légèrement supérieure à la fréquence relevée, les principaux rapports et tendances restent identiques.

Le suicide est la cause d'un nombre important de décès précoces. Ainsi, en 2000, sur les années de vie perdues en raison d'un décès précoce (c'est-à-dire avant l'âge de 70 ans révolus), 14,1% l'ont été en raison d'un suicide chez les hommes et 9,1% chez les femmes. Les chiffres du suicide correspondent donc à plus du double des chiffres des accidents de la route (hommes : 7,1% des années de vie perdues précocement, femmes : 3,9%) et à peu près identiques à ceux des maladies cardio-vasculaires. Seuls les cancers ont une importance plus marquée, en particulier chez les femmes (43% des années de vie perdues précocement).

La Suisse en comparaison internationale

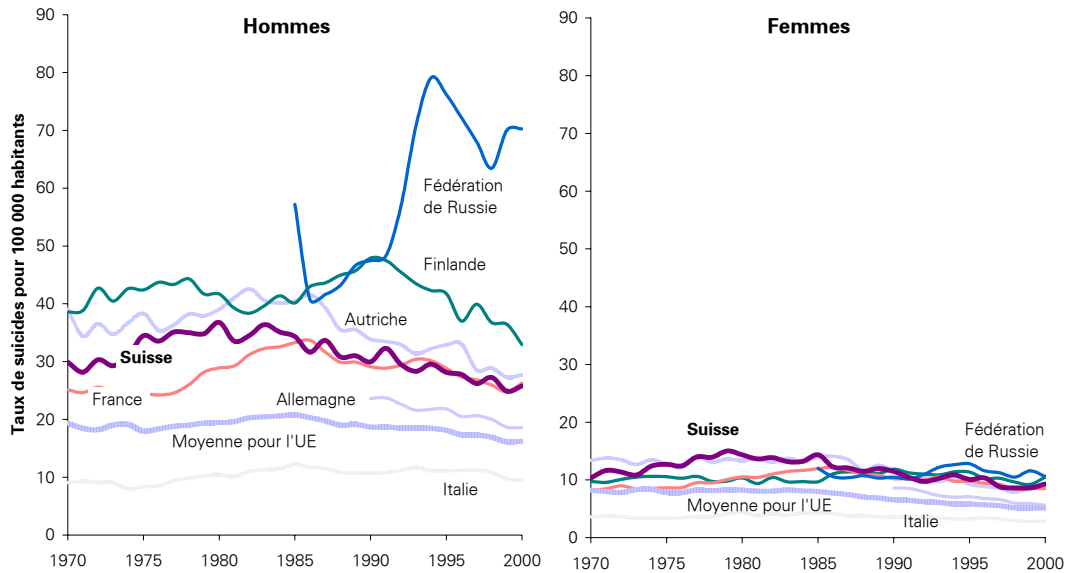
En comparaison internationale, la Suisse a un taux de suicides supérieur à la moyenne, après la Russie, la Hongrie, la Slovénie, la Finlande et la Croatie, et au même niveau que l'Autriche, la Belgique et la France (voir figure 2).

Figure 2 : Comparaison internationale : taux de suicides pour 100 000 habitants (valeur moyenne de 1996 à 2000 ; source : Office fédéral de la statistique, OFS)



Dans l'Union Européenne (UE), le taux de suicides des hommes a atteint un maximum entre 1980 et 1985 avec 16,1 pour 100 000 et a baissé à 14,1/100 000 de 1995 à 1998. Chez les femmes, ce taux a baissé au cours de la même période de 6,5/100 000 à 4,6/100 000. Les taux de suicides ont augmenté dans de nombreux pays de l'est, mais aussi en Irlande. En Russie tout particulièrement, on constate une augmentation de 55% des suicides des jeunes hommes, c'est-à-dire de 37,7/100 000 entre 1985 et 1989 à 58,3/100 000 entre 1995 et 1998 [Levi 2003].

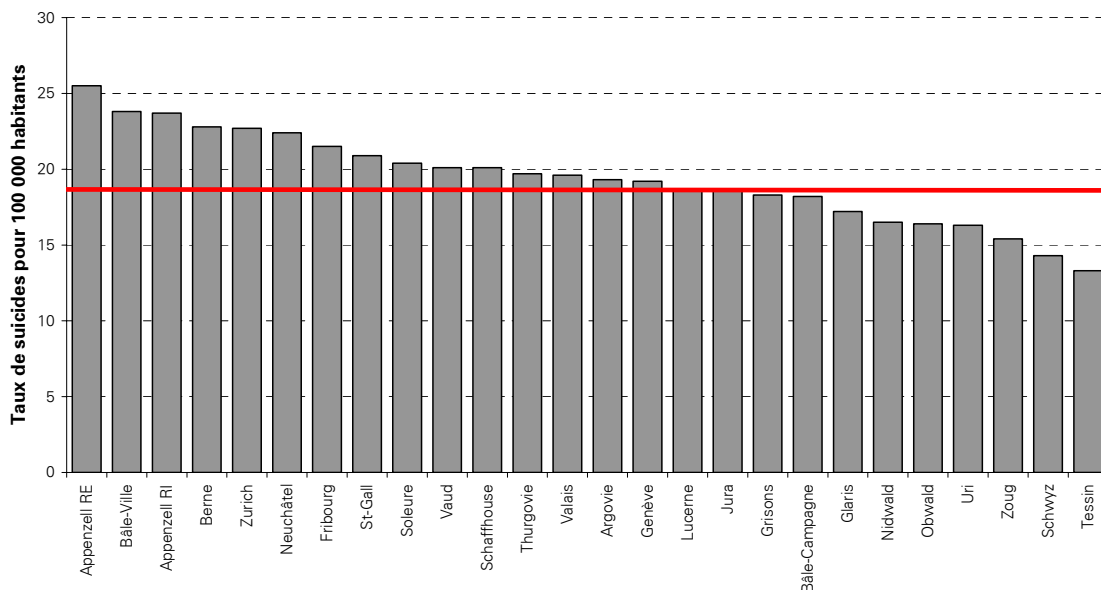
Figure 3 : Comparaison internationale : évolution du taux de suicides entre 1970 et 2000
 (source : Health for all Database, Organisation mondiale de la santé OMS)



Différences entre les cantons

En Suisse, le taux de suicides annuel varie de 15/100 000 habitants (Tessin, Suisse Centrale) à 25/100 000 (Appenzell, Bâle, Berne). Comme le montre la figure 4, les cantons réformés ont généralement un taux de suicides plus élevé que les cantons catholiques. La proportion de population urbaine se reflète également dans le taux, c'est-à-dire que plus un canton est urbain, plus le taux de suicides est élevé. Un phénomène particulier et mal compris jusqu'à présent est le taux de suicides élevé dans les cantons d'Appenzell Rhodes extérieures et Appenzell Rhodes intérieures. Depuis les années 1970, le décalage intercantonal des taux de suicides a cependant nettement diminué.

Figure 4 : Comparaison intercantonale des taux de suicides
 (valeur moyenne de 1990 à 1999; ligne de référence : taux moyen en Suisse ; source : OFS)

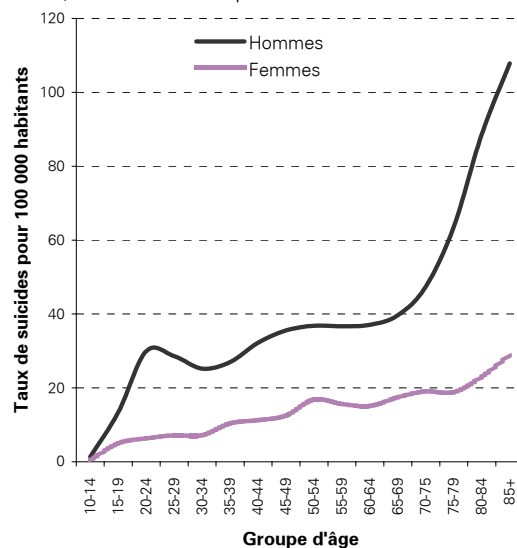


Caractéristiques sociodémographiques

Les suicides sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes : ainsi, le taux de suicide moyen pour les années 1995 à 2000 était chez les hommes de 26,7/100 000 et chez les femmes de 9,3/100 000. Le suicide a un facteur de fréquence de 2,9 chez les hommes par rapport aux femmes (c'est-à-dire un rapport de 3:1). Au début du XX^e siècle, le rapport était encore de 5:1. Chez les adolescents et les jeunes adultes, mais aussi chez les personnes âgées de plus de 75 ans, le rapport entre les sexes est encore plus marqué puisque le facteur est de 3,5 à 4. Des différences nettes entre les deux sexes se retrouvent également au niveau des méthodes employées pour le suicide (voir ci-dessous).

Les taux et chiffres spécifiques à l'âge ont une évolution légèrement différente chez les hommes et les femmes (voir figures 5a et 5b). On constate que les taux augmentent rapidement chez les hommes jeunes (15 à 24 ans) et chez les hommes âgés (plus de 75 ans). D'une manière générale, le taux de suicide des personnes âgées a augmenté au cours des 15 dernières années. Au cours des décennies à venir, le vieillissement démographique fera aussi nettement augmenter le nombre absolu de suicides chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Figure 5 : Taux de suicides en fonction de l'âge et du sexe
(valeurs moyennes de 1996 à 2000; source : statistique des causes de décès OFS)



L'état civil a une nette influence sur le risque de suicide. Les personnes seules, divorcées ou veuves ont un risque de suicide de 1,5 à 2 fois supérieur à celui des personnes mariées, l'influence de l'état civil étant plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Une influence moins nette est celle du niveau d'études, de la profession et des revenus. L'Enquête suisse sur la santé (1993) fait état d'un risque légèrement plus élevé pour les métiers manuels et les personnes sans formation professionnelle [Weiss 1993].

On ne dispose pas de données relatives à l'influence de la nationalité et du statut de séjour des étrangers vivant en Suisse sur le risque de suicide.

Méthodes de suicide

La classification en fonction des méthodes de suicide (tableau 2) montre que chez les hommes, les méthodes telles que pendaison et arme à feu sont les plus fréquentes (25% des cas chacune), tandis que chez les femmes, les méthodes les plus fréquentes sont intoxication, pendaison, noyade et saut dans le vide. Si on compare les données relatives aux méthodes de suicide sur les cent dernières

années, on s'aperçoit que les intoxications ont gagné en importance, tandis que la pendaison est aujourd'hui beaucoup plus rare qu'autrefois. Si l'utilisation d'armes à feu comme moyen de suicide a nettement varié au cours du XX^e siècle, elle a augmenté au cours des dernières décennies. On ne connaît pas les raisons de ce phénomène.

Tableau 2 : Méthodes de suicide en Suisse de 1969 à 2000
(source : statistique des causes de décès OFS)

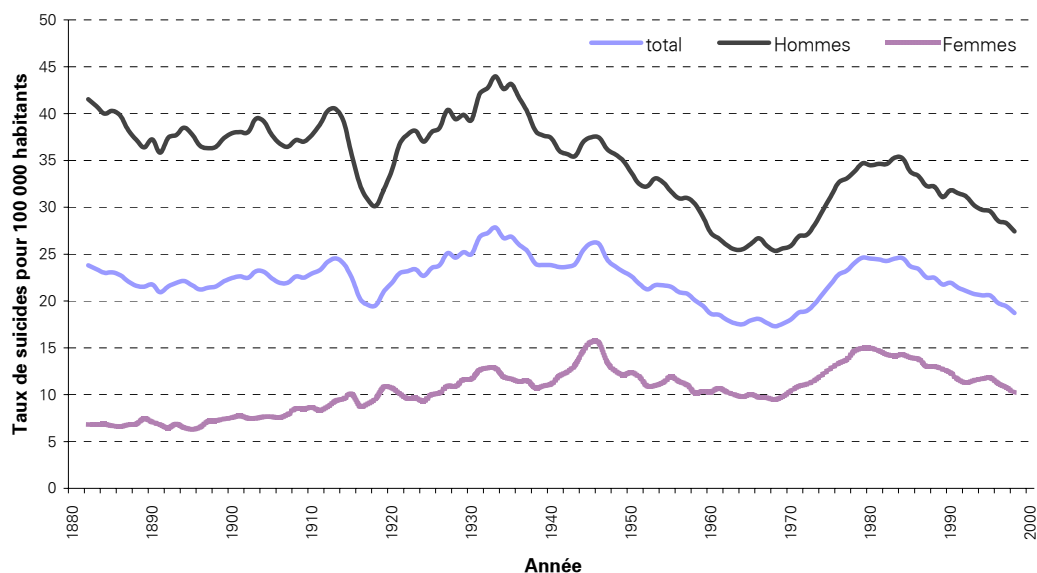
Méthode de suicide	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
intoxication par des substances solides ou liquides	6 336	13,9%	3 046	9,4%	3 290	24,5%
intoxication par gaz	2 954	6,5%	2 436	7,5%	518	3,9%
pendaison	11 635	25,5%	9 061	28,1%	2 574	19,2%
noyade	4 177	9,1%	1 799	5,6%	2 378	17,7%
emploi d'armes à feu	10 902	23,9%	10 390	32,2%	512	3,8%
emploi d'armes tranchantes ou acérées	862	1,9%	630	2,0%	232	1,7%
saut dans le vide	4 664	10,2%	2 404	7,4%	2 260	16,9%
heurt par un train	3 079	6,7%	1 871	5,8%	1 208	9,0%
autres méthodes	1 088	2,3%	657	2,0%	431	3,2%
total	45 697		32 294		13 403	

Evolution historique

Les taux de suicides sont relevés en Suisse depuis 1876, c'est-à-dire depuis l'introduction de la statistique des causes de décès. Comme le montre la figure 6, les taux ont atteint des sommets au tournant du XX^e siècle ainsi que dans les années 1930 et 1980, périodes marquées par des crises économiques.

Les taux de suicides reflètent donc les variations de la conjoncture à court, moyen et long termes. Pendant les phases de récession, le taux de suicides augmente, pendant les périodes de prospérité, il baisse; le taux de suicides des hommes est en forte corrélation avec les ventes forcées, les faillites et le chômage – donc avec des variables qui révèlent des crises économiques [Ajdacic-Gross, 1999].

Figure 6 : évolution historique du taux de suicides en Suisse de 1880 à 2000
(source : statistique des causes de décès OFS)



Tandis que la tendance du taux de suicides est à la hausse chez les femmes au cours des cent dernières années, elle est stable ou légèrement à la baisse chez les hommes.

Contrairement à ce qui se passe en Suisse, le taux de suicides d'autres pays d'Europe de l'ouest, p. ex. l'Allemagne, a nettement diminué au cours des dernières décennies (de 24/100 000 habitants en 1982 à moins de 14/100 000 habitants en 2000) [Fiedler 2003]. On observe néanmoins en Suisse un léger recul entre 1987 et 1997, de 24/100 000 à 18,9/100 000; en 2000, le taux était de 19,1/100 000 habitants.

1.2 Tentatives de suicide

Il est difficile de relever avec exactitude les tentatives de suicide. Les données récoltées à l'aide de questionnaires anonymes par écrit peuvent varier fortement même si les questions ne diffèrent qu'à peine. Les données relevées par questionnaires d'autoévaluation donnent en outre des valeurs différentes de celles que révèlent les analyses de tentatives de suicide pour lesquelles on dispose d'une trace en raison d'un traitement médical. Les données les plus fiables proviennent des enquêtes sur les tentatives de suicide donnant lieu à une prise en charge médicale. On peut en particulier se baser sur les données de l'étude multicentrique OMS/EURO d'analyse des comportements suicidaires [OMS 1999]. Cette enquête relève toutes les tentatives de suicide de régions choisies dans différents pays européens sur la base d'une définition de l'OMS⁴. Pour la Suisse, on dispose pour les années 1989 à 1995 de données pour l'agglomération de Berne, et depuis 2003 de données pour le canton de Bâle-ville.

L'estimation effectuée à partir des données sur les tentatives de suicide relevées dans l'agglomération de Berne dans le cadre de l'étude multicentrique OMS/EURO laisse présumer que, chaque année en Suisse, plus de 9 000 personnes font l'objet d'une intervention médicale en raison d'une tentative de suicide. Le nombre total de tentatives de suicide relevées est de 7 à 16% supérieur en raison des tentatives multiples de suicide. En tout, chaque année, plus de 10 000 tentatives de suicide font l'objet d'une intervention médicale (environ 4 000 hommes et 6 000 femmes). Par rapport à la perspective de vie, cela signifie que près de 10% des habitants de la Suisse vont commettre une tentative de suicide au cours de leur vie.

Pour ce qui est des tentatives de suicide, on dispose principalement de chiffres d'enquêtes concernant les adolescents et les jeunes adultes. Ainsi, des enquêtes telles que l'étude SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health Study) de 1992 et de 2002 ou l'enquête de 1997 auprès des recrues montrent que 3,4 à 3,9% des jeunes femmes et 1,6 à 2,6% des jeunes hommes déclarent avoir commis une tentative de suicide dans les 12 mois précédant l'enquête (voir tableau 3).

Comme la puberté est une phase critique du point de vue psychologique, on ne peut pas reporter ces chiffres à l'ensemble de la population. Cependant, on peut supposer que le nombre total de tentatives de suicide est nettement supérieur aux 10 000 tentatives précitées ayant fait l'objet d'une intervention médicale. En raison de la difficulté à quantifier l'envergure des tentatives non découvertes, les estimations varient fortement (de 20 000 à 25 000 par an en Suisse). Ce chiffre ne tient pas compte des comportements autodestructeurs ou autoagressifs habituels, comme la consommation excessive d'alcool, le tabagisme, la surcharge pondérale importante ou l'imprudence au volant.

⁴ «Une action n'aboutissant pas à la mort, par laquelle un individu entame un comportement non habituel dont les conséquences seraient autodestructrices en cas de non-intervention d'un tiers, ou par laquelle il ingère sciemment une substance à une dose dépassant la dose prescrite ou communément reconnue comme thérapeutique dans le but de provoquer des modifications par le biais des effets immédiats ou escomptés» [OMS, 1986].

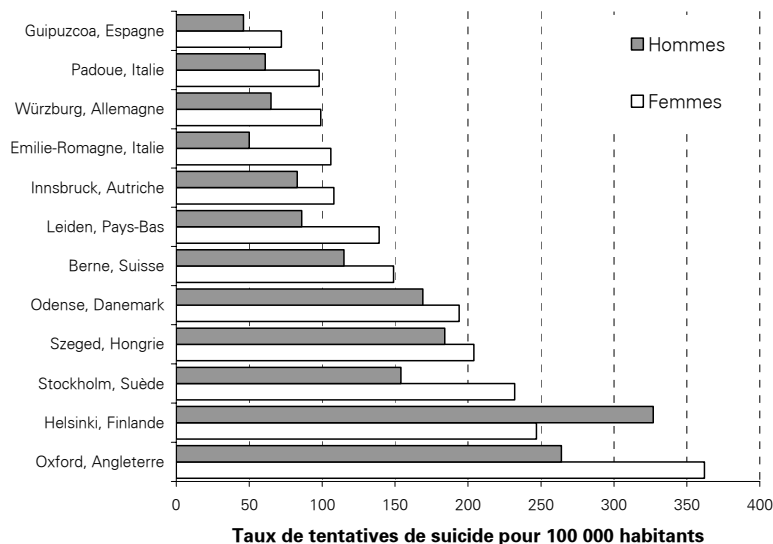
Tableau 3 : Résumé des données de suicidalité des enquêtes SMASH
[Rey Gex 1998, Narring 2003]

Questions	1992		2002	
	Femmes de 15 à 20 ans n=3993	Hommes de 15 à 20 ans n=5275	Femmes de 15 à 20 ans n=3380	Hommes de 15 à 20 ans n=4040
Au cours des 12 derniers mois :				
• Avez-vous pensé au suicide?	37,3%	27,3%	21,4%	15,4%
• Avez-vous envisagé le suicide?	26,8%	20,8%		
• Y a-t-il eu des moments où vous vouliez vous suicider?	21,9%	13,6%	16,7%	9,8%
• Vous seriez-vous suicidé(e) si vous en aviez eu l'occasion?	5,4%	4,2%	4,9%	3,2%
• Avez-vous pensé à une méthode que vous pourriez employer pour vous suicider?			22,4%	17,9%
• Avez-vous commis une tentative de suicide?	3,9%	2,3%	3,4%	1,6%
• Avez-vous parlé de cette tentative de suicide à des amis ou à des proches?	39,0%	38,3%	34,0%	29,0%
Avez-vous, au cours de votre vie, déjà commis une tentative de suicide?			8,2%	3,2%

La Suisse en comparaison internationale

Une comparaison des données des différentes régions de l'étude multicentrique OMS/EURO révèle une importante variation des taux de tentatives de suicide entre les différentes régions étudiées (figure 7). Ainsi, à Helsinki (Finlande) le taux de tentatives de suicide chez les hommes est de 327 pour 100 000 habitants, c'est-à-dire 7 fois plus important que le taux le plus bas relevé à Guipuzcoa (Espagne), que est de 46 tentatives de suicide/100 000 habitants. Il est également frappant de constater qu'à Helsinki, le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Dans toutes les autres régions d'Europe, y compris en Suisse, le rapport entre le taux des femmes celui et des hommes est de 1,5:1.

Figure 7 : Taux de tentatives de suicide en fonction de l'âge et du sexe en Europe (moyenne des années de l'enquête 1989 à 1992 [Schmidtke 1994])



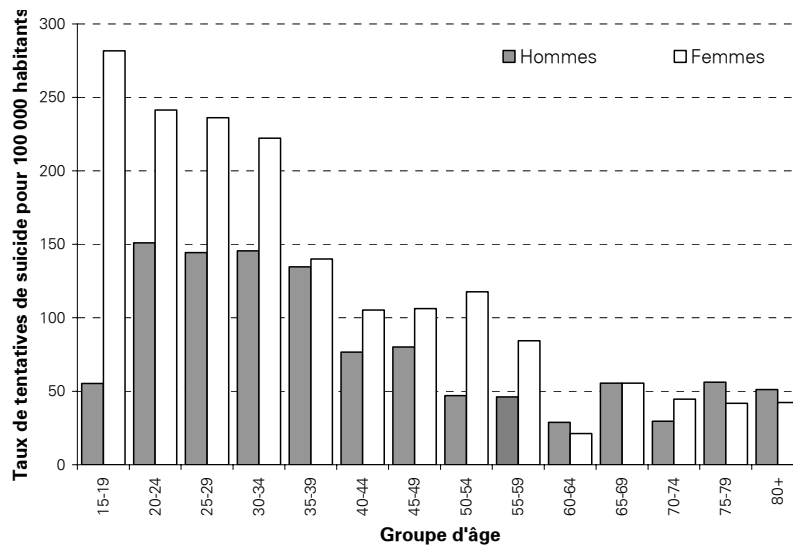
Différences entre les cantons

On ne dispose pas de données permettant de déterminer des différences intercantionales entre les taux de tentatives de suicide.

Caractéristiques sociodémographiques

Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, le taux de tentatives de suicide dans l'agglomération de Berne, entre 1989 et 1995, était de 117 à 178/100 000 femmes et de 60 à 130/100 000 hommes par an; ceci correspond à un taux moyen de tentatives de suicide de 100/100 000 hommes et de 160/100 000 femmes. Cette différence entre les sexes est particulièrement marquée chez les adolescents (voir figure 8). En Suisse, le taux des tentatives de suicide par rapport à celui des suicides réussis est 4 fois supérieur chez les hommes, 16 fois chez les femmes.

Figure 8 : Taux de tentatives de suicide pour 100 000 dans l'agglomération de Berne (moyenne des années 1989 et 1990 [Michel 1994])



De même que le risque de suicide, le risque de tentative de suicide est influencé par l'état civil : les personnes vivant seules et les parents isolés ont un risque de tentative de suicide deux fois supérieur à celui des personnes vivant en couple avec un enfant.

Par rapport à la moyenne, le taux de tentatives de suicide augmente dans le groupe des personnes ayant reçu une formation scolaire de niveau primaire, chez les chômeurs et chez les étrangers. Les différences entre les différentes religions sont faibles.

Méthodes des tentatives de suicide

Les médicaments et les drogues jouent un rôle plus important dans les tentatives de suicide que dans les suicides. Ils sont utilisés dans plus de deux tiers des cas de tentatives de suicide (voir tableau 4). Plus de trois quarts des substances utilisées sont des psychotropes, le groupe des benzodiazépines (anxiolytiques et sédatifs) ayant, avec 68% de tous les médicaments, la plus large part. Les antidépresseurs, dont le potentiel toxique est le plus important parmi les psychotropes, sont utilisés dans 15% des cas [Michel 1991].⁵

⁵ Contrairement aux années 1990, on utilise aujourd'hui en psychiatrie plus d'antidépresseurs modernes (comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS]), dont le potentiel toxique est beaucoup plus faible que celui des antidépresseurs tricycliques plus anciens.

Pour ce qui est des méthodes appelées dures – utilisation d’armes tranchantes, pendaison ou saut d’une grande hauteur –, les hommes ont un pourcentage plus élevé. Dans un quart des cas, plusieurs méthodes sont employées. Il ne faut pas non plus négliger le fait que, chez les femmes dans 12% des cas et chez les hommes dans 18% des cas, l’alcool joue un rôle.

Tableau 4 : méthodes des tentatives de suicide dans l’agglomération de Berne en 1989 et 1990
(le total est supérieur à 100% parce que plusieurs méthodes peuvent être employées [Michel 2000])

Méthode	Tous		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
médicaments et drogues	646	67,4%	232	57,6%	414	74,5%
objet tranchant	154	16,1%	79	19,6%	75	13,5%
pesticides, produits chimiques agricoles	25	2,6%	12	3,0%	13	2,3%
pendaison	36	3,8%	22	5,5%	14	2,5%
saut d’une grande hauteur	58	6,0%	29	7,2%	29	5,2%
autre	290	30,2%	150	37,2%	140	25,2%
total des tentatives de suicide relevées	959		403		556	

Parenthèse I : suicides avec l'aide d'organisations d'assistance au décès

Selon l'article 115 du Code Pénal Suisse (CP), l'assistance au suicide n'est punissable que si la personne agit pour un mobile égoïste. La distinction par rapport à l'euthanasie active se base sur la libre décision de la personne qui souhaite mourir, c'est-à-dire que le dernier acte du suicide doit être exécuté par celle-ci, et en aucun cas par la personne qui assiste. L'impunité de l'assistance au suicide n'implique aucun droit à l'assistance au suicide, elle ne fait que confirmer la liberté de chacun à mettre un terme à sa vie et se faire assister dans cette démarche.

L'assistance au suicide est relevée depuis quelques années par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans la statistique des causes de décès. Mais comme le médecin n'est pas tenu de signaler la précision correspondante, les chiffres relevés sont probablement trop bas. Seules les organisations d'assistance au décès disposent de données précises concernant les décès par assistance au suicide au cours des dernières années.

En Suisse alémanique, le recours à l'euthanasie intervient dans cinq cas de décès sur dix. L'euthanasie passive et l'assistance au suicide y sont plus fréquentes que dans d'autres pays [Faisst 2003]. Une euthanasie passive ou une euthanasie active indirecte a respectivement eu lieu dans 27,7% et 22,1% des cas de décès, et une assistance au suicide a eu lieu dans 0,4% des cas de décès.⁶ Au début des années 1990, la fréquence de l'assistance au suicide était d'environ 20 cas par an pour l'ensemble de la Suisse, et ce chiffre s'est stabilisé à environ 100 cas par an depuis 1996. En 2002, d'après les organisations d'assistance au décès, une assistance au suicide a eu lieu dans 137 cas (Exit – Suisse alémanique : 100 cas, Dignitas 17 cas, Exit – Suisse romande 20 cas). Ceci correspond à environ 10% de tous les cas de suicide ou à 0,2% de tous les cas de décès. En outre, en 2002, Dignitas a fourni une assistance au suicide à 59 personnes venues de l'étranger et, en 2003, à 91 personnes venues de l'étranger. Les caractéristiques sociodémographiques des cas de décès et des diagnostics médicaux sont relativement constantes au cours des dix dernières années [Bosshard 2003]. C'est pourquoi on part du principe que l'augmentation du nombre de cas est plutôt due à une augmentation de la demande qu'à l'extension des indications pour l'assistance au suicide ou à un assouplissement des processus décisionnels. Comme l'assistance au suicide est proposée par les organisations dites d'assistance au décès, il y a un risque de confusion entre l'euthanasie et l'assistance au suicide. Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), les personnes en fin de vie sont des personnes «présentant une maladie ou un traumatisme que le médecin juge irréversible et qui conduira à une mort prochaine en dépit de tout traitement» [ASSM 1995]. L'assistance au suicide n'est donc un acte d'euthanasie que si elle est utilisée pour des personnes en phase terminale de maladie et dont le décès est imminent. Dans tous les autres cas, il s'agit d'une assistance au suicide au sens strict du terme. En Suisse, les organisations d'assistance au décès pratiquent cependant l'assistance au suicide également pour des personnes qui ne sont pas en fin de vie et ne souffrent pas d'une maladie mortelle. Une analyse des cas d'Exit dans la région de Bâle de 1992 à 1997 montre que dans 11 des 43 cas étudiés, il n'y avait pas de maladie en phase terminale [Frei 2001].

Contrairement aux «Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes» de 1995 de l'ASSM, dans lesquelles il est explicitement dit que l'assistance au suicide n'est pas un acte médical [ASSM 1995], les directives médico-éthiques (actuellement en consultation) pour la prise en charge des patients en fin de vie stipulent que la décision du médecin d'apporter une aide au suicide à un patient mourant doit être respectée [ASSM 2004].⁷

⁶ Euthanasie active: homicide intentionnel dans le but d'abrèger les souffrances d'une personne; punissable selon les articles 111 (meurtre), 114 (meurtre à la demande de la victime) ou 113 (meurtre passionnel) CP.

Euthanasie passive: renoncement à mettre en œuvre des mesures de maintien de la vie ou interruption de celles-ci; permise car non réglée dans le CP, considérée comme permise dans les directives de l'ASSM.

Euthanasie indirecte: fait d'administrer des substances destinées à soulager la douleur ou les symptômes et dont les effets secondaires sont susceptibles de réduire la durée de la survie (le but est de soulager les souffrances et non de réduire la durée de survie); permise car non réglée dans le CP, considérée comme permise dans les directives de l'ASSM.

⁷ «Prise en charge des patients en fin de vie», directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), 7^{ème} publication pour la procédure de consultation, 2004 [ASSM 2004]:

«La mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Mais un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir.

Dans ce genre de situation aux confins de la vie et de la mort, le médecin peut se retrouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale car le médecin a le devoir d'utiliser ses compétences médicales dans le but de soigner, soulager et accompagner son patient. D'autre part, il doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que la décision morale et personnelle d'un médecin d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas particuliers, doit être respectée. A chaque médecin incombe alors la responsabilité de vérifier si les exigences minimales suivantes sont réunies:

- La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche.
- Des alternatives de traitement ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre.
- Le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.

Le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même.»

2 Facteurs qui influencent les suicides ou les tentatives de suicide

Les facteurs qui augmentent le risque de suicide et de tentative de suicide d'un individu sont complexes et concomitants. Les suicides et les tentatives de suicide ne sont que rarement prémédités de longue date et commis sur une décision librement prise (suicide de bilan). Dans la plupart des cas, l'acte suicidaire découle d'une situation de crise et est le résultat de l'enchaînement de plusieurs facteurs. D'une part, cela explique les difficultés à prévoir les suicides et les tentatives de suicide de manière fiable. D'autre part, le fait que le comportement est influencé par de nombreux facteurs ouvre la voie à la prévention puisqu'on peut intervenir à plusieurs niveaux. L'identification de ces facteurs et la compréhension de leur impact sur le comportement suicidaire d'un groupe de population ou d'un individu ont donc une signification essentielle pour la prévention des suicides et des tentatives de suicide [OMS 2002].

En plus des facteurs démographiques comme l'âge et le sexe, le risque individuel de commettre un suicide ou une tentative de suicide est influencé par des facteurs psychiques, biologiques, sociaux et environnementaux, ainsi que par le vécu de l'intéressé. Bien souvent, on peut établir une certaine corrélation, sans pour autant pouvoir en déduire une relation de cause à effet.

Nous allons énumérer ci-dessous les principaux facteurs qui augmentent ou réduisent le risque de suicide ou de tentative de suicide. Les facteurs qui influencent les suicides et les tentatives de suicide se recoupent sur plusieurs aspects, mais présentent aussi des différences marquées. A preuve : le risque de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'âge, tandis que c'est chez les jeunes femmes le risque de tentative de suicide est le plus élevé.

On ne dispose en revanche pas de connaissances scientifiques expliquant pourquoi le taux de suicides est toujours élevé en Suisse par rapport aux pays voisins; il n'y a actuellement pas d'explication généralement reconnue pour ce phénomène.

2.1 Facteurs individuels

Suicides

En plus des facteurs biologiques comme l'âge, le sexe et les déterminants génétiques, les facteurs individuels sont fortement marqués par le vécu de l'intéressé. Certaines caractéristiques de la personnalité (comme p. ex. l'autoévaluation, la confiance en soi, la capacité relationnelle, etc.) et la fragilité psychique (vulnérabilité) jouent un rôle essentiel. Les événements douloureux dans la biographie (p. ex. séparation, décès, divorce (des parents), maladies, perte de l'emploi, suicides de membres de la famille, d'amis ou autres personnes proches) peuvent menacer la stabilité psychique de l'individu. Il y a un rapport entre la fréquence cumulée des événements critiques au cours d'une certaine période (p. ex. 1 an) et le risque de suicide.

Les personnes qui ont déjà commis une tentative de suicide forment un groupe à risque particulier. Le risque de suicide est, chez elles, 40 fois supérieur à la moyenne de la population et reste élevé pendant des années. 10 à 15% des personnes ayant commis une (ou plusieurs) tentative(s) de suicide meurent par suicide. D'autre part, les pensées suicidaires et les comportements autoagressifs sont également des facteurs de risque de suicide ou de tentative de suicide.

Les maladies psychiques sont, avec les antécédents de tentatives de suicide, le principal facteur de risque de suicide. 90% des personnes qui commettent un suicide souffraient d'une dépression ou d'un autre trouble psychique pouvant être diagnostiqué ou étaient toxicomanes [Beautrais 2000]. Des études d'autopsie psychiatriques ont permis de détecter rétrospectivement une dépression prononcée au moment du suicide dans 40 à 50% des cas de suicides. En même temps, dans environ 40% des cas, on a diagnostiqué une toxicomanie, l'alcoolisme jouant un rôle dans environ un cas de suicide sur cinq. Dans 10% des cas de suicides, une schizophrénie est présente [Bronisch 1999].

Parmi les personnes souffrant d'une dépression dont la sévérité rend une hospitalisation nécessaire, environ 15% meurent par suicide au cours de l'évolution de la maladie. On trouve des risques de suicide équivalents chez les alcooliques et les toxicomanes traités en établissement hospitalier. Dans le cas des schizophrènes, le risque est de 10 à 12% [Bronisch 1999, OMS 2002].

Dans le traitement psychiatrique hospitalier, on compte environ deux suicides/1 000 hospitalisations⁸. Le rapport entre les suicides pendant le séjour en hôpital et les suicides après départ de l'hôpital est de 1:10, le risque étant le plus fort dans les 3 premiers mois après le départ de l'hôpital [Hoffmann-Richter 2002].

Tentatives de suicide

Les tentatives de suicide sont le plus souvent déclenchées par des événements qui perturbent l'identité de la personne, où elle se sent si dévalorisée et désespérée qu'elle se rejette elle-même, voire se déteste et veut mettre un terme à cet état – momentanément – insupportable (et pas forcément à sa vie). Au contraire des suicides, pour lesquels on constate des antécédents de troubles psychiques dans près de 90% des cas, le lien avec une maladie psychique est moins évident dans le cas des tentatives. En particulier lorsqu'une tentative de suicide unique a lieu, le déclencheur est généralement une situation de crise (passagère)⁹ et plus rarement un trouble psychique nécessitant un traitement [Sakinofski 2000].

En revanche, 25 à 50% des tentatives de suicide (en particulier chez les personnes âgées) sont dues à une maladie grave, souvent liée à des douleurs chroniques et un handicap physique [Nylev Stenager 2000].

L'alcoolisme ou de graves problèmes d'alcool jouent un rôle chez environ 10% des personnes qui commettent une tentative de suicide. Pour les drogues illégales, on ne dispose pas de chiffres aussi fiables. Des antécédents de consommation de drogues illégales sont supposés dans environ 10% des cas de tentatives de suicide. Dans tous les cas, le risque de tentative de suicide augmente chez les personnes qui prennent des substances psychotropes [Murphy 2000].

Les difficultés de passage à l'âge adulte (p. ex. détachement par rapport aux parents, recherche du rôle sexuel ou de l'identité) et d'intégration dans la société (p. ex. choix de la profession), mais aussi des facteurs sociaux et des problèmes financiers jouent un rôle particulièrement important dans les tentatives de suicide des adolescents et des jeunes adultes. La phase de développement de l'adolescence peut évoluer en état de crise en raison de difficultés d'orientation, d'insécurité relationnelle et de désintégration sociale [Fatke 2003]. Ceci fait augmenter nettement le risque de tentative de suicide.

2.2 Facteurs environnementaux

En raison de la vague de suicides déclenchée par la publication du roman de Goethe «Les souffrances du jeune Werther», on appelle «effet Werther» les suicides ayant lieu par imitation après la lecture d'un roman. Depuis le milieu des années 1970, on appelle également «effet Werther» les imitations déclenchées sous l'influence de compte rendus de presse ou de films télévisés. Ainsi, le feuilleton télévisé «Tod eines Schülers» («mort d'un élève») du début des années 80 a déclenché lors de sa première diffusion et lors de sa rediffusion une augmentation de 150% des suicides d'adolescents qui se sont jetés sous un train [Ziegler 2002].

⁸ Selon les données de la statistique médicale des hôpitaux relevée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2002, 54 personnes ont commis un suicide en Suisse (31 hommes et 23 femmes) au cours d'un séjour dans un hôpital psychiatrique, ce qui correspond à un peu moins de 4% de l'ensemble des suicides.

⁹ Il y a une situation de crise lorsqu'une personne est confrontée à des événements et situations qu'elle ne peut pas gérer sur le moment car ils dépassent les capacités acquises par le passé et les moyens connus par expérience par cette personne pour atteindre des objectifs ou gérer des situations. Cette situation s'accompagne de la perte de l'équilibre psychique [Caplan 1964, Cullberg 1978].

Une nouvelle influence sur le comportement suicidaire des jeunes à prendre en compte est celle d'Internet. On y trouve actuellement de nombreux forums consacrés au thème du suicide, dans lesquels les jeunes gens expriment leur désir de mort et leurs idées suicidaires, discutent de méthodes de suicide ou cherchent un partenaire par courrier électronique pour un suicide en commun. Ces forums offrent un espace propice à la formulation de pensées suicidaires taboues au quotidien. Les dangers et les chances de ces forums n'ont pas encore été suffisamment étudiés scientifiquement et font donc l'objet de débats controversés [Fiedler 2001].

La stigmatisation liée encore aujourd'hui aux maladies et aux crises psychiques a une influence importante sur le recours à une assistance (médicale). Ainsi, les hommes (surtout) se plaignent essentiellement de problèmes physiques mais rarement de problèmes psychiques; en cas de difficultés psychiques, ils recherchent rarement une aide professionnelle. Dans l'assurance-maladie obligatoire, les malades mentaux sont désavantagés : ainsi, la prise en charge par l'assurance de base des coûts de traitement hospitalier pour les troubles psychiques est limitée dans le temps, et il n'est pas rare de voir des personnes dépressives renvoyées chez elles pour des raisons financières alors que leur état n'est pas suffisamment stabilisé [PNS 2004].

Les intentions suicidaires sont rarement exprimées chez le médecin – même peu avant un suicide – et la suicidalité est encore rarement détectée. Les dépressions ou autres troubles psychiques sont trop rarement diagnostiqués et les personnes à risque sont donc insuffisamment traitées [Murphy 1975, Michel 1986]. Un facteur aggravant est le manque de connaissances et d'informations de la population sur des sujets tels que la santé psychique, les troubles psychiques et la suicidalité.

2.3 Facteurs de protection

Le suicide étant souvent le résultat d'un enchaînement d'événements douloureux, de facteurs de risque et de maladies, il doit logiquement exister un grand nombre de facteurs protecteurs susceptibles d'exercer un effet positif. Il s'agit non seulement de facteurs individuels, comme les compétences sociales, une bonne conscience de la santé ou une activité physique suffisante, mais aussi de traits de personnalité, comme la curiosité et l'ouverture d'esprit, la confiance en soi, un comportement de recherche d'aide ou un comportement adapté à la situation (stratégies de «coping» ou de gestion des problèmes). D'autres facteurs de protection résident dans la réussite de l'intégration sociale, dans le soutien de la famille et des amis ainsi que dans les perspectives personnelles et professionnelles.

L'importance d'un bon réseau social est évidente. Celui-ci offre non seulement une participation active, un soutien et des occasions de parler, mais aussi un certain contrôle par cet entourage en raison de l'intégration de l'intéressé à des activités sociales et à sa prise de responsabilités.

Ces mêmes facteurs peuvent aussi protéger des tentatives de suicide. Comme les tentatives de suicide ont souvent lieu en situation de crise, les capacités individuelles à gérer les crises et les conflits jouent en effet un rôle déterminant. Du point de vue psychologique, le concept de «résilience» a à cet égard une signification importante¹⁰.

¹⁰ On appelle «résilience» la force psychique et physique permettant de surmonter sans dommages à long terme les crises telles que maladies graves, chômage de longue durée ou perte de personnes proches. Les facteurs essentiels qui favorisent la résilience sont l'environnement social et économique de la personne concernée, sa vitalité biologique et sa manière plus ou moins orientée vers une solution d'aborder les problèmes [Richardson 2002].

Parenthèse II : coûts économiques des suicides et des tentatives de suicide

Charge de morbidité

Pour évaluer avec précision les coûts d'une maladie, il faut tenir compte des années de vie qu'elle fait perdre (en raison du décès avant l'âge de 70 ans), mais aussi des années pendant lesquelles elle engendre un handicap. Le concept des DALYs (« disability-adjusted-life-years » ou « années de vie ajustées sur l'incapacité ») élaboré dans le cadre de l'étude « Global Burden of Disease » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) tente de réaliser cette combinaison. Si on applique cette méthode à la population du canton de Genève (données épidémiologiques des années 1990 à 1995), le suicide se trouve au 5^e rang. Logiquement, dans le cas du suicide, les années de vie perdues jouent un rôle beaucoup plus important que les années de vie avec un handicap.

Part des 10 causes principales de « disability-adjusted-life-years » (DALYs) [Schopper 2000]

Rang	Cause	% de tous	Distribution des deux aspects en %	
			% d'années avec un handicap	% d'années de vie perdues
1	Maladies cardio-vasculaires	8,0	8,6	91,4
2	Dépressions sévères	6,9	100,0	0,0
3	Sida	4,8	25,4	74,6
4	Consommation d'alcool	4,7	96,6	3,4
5	Suicide/autres comportements	3,8	8,6	91,4
6	Maladies des os/articulations	3,1	99,1	0,9
7	Cancer du poumon	2,9	7,3	92,7
8	Démence et maladies cérébrales	2,8	97,9	2,1
9	Attaques cérébrales	2,6	30,1	69,9
10	Accidents de la route	2,5	31,3	68,7

Coûts directs et indirects des suicides

Mis à part une enquête effectuée à Genève, on ne dispose pas en Suisse de données sur les coûts du suicide et des comportements suicidaires¹¹. Cependant, il existe des chiffres approximatifs en provenance du Canada et des Etats-Unis. Une enquête canadienne de 1996 distingue les coûts directs et indirects, les coûts directs étant ceux de la prise en charge médicale, des autopsies et des enterrements, les coûts indirects étant ceux des années de vie perdues et du manque à gagner en revenu potentiel (voir tableau)¹² [Clayton 1999]. Aux Etats-Unis, les coûts de perte de productivité par suicide en 1998 ont été estimés à 11,8 milliards de dollars. Le nombre de suicides étant d'environ 30 000, la perte de productivité est de près de 400 000 dollars (580 000 CHF) par suicide [Goldsmith 2002].

On a encore moins de données sur les conséquences économiques des tentatives de suicide. Dans le cadre de l'étude multicentrique OMS/EURO sur les tentatives de suicide, les suédois ont essayé en 1991 de déterminer les coûts. Le calcul des coûts directs de traitement à la suite d'une tentative de suicide a permis d'estimer une somme de 7 860 CHF par cas [Runeson 1994]. Les coûts de rééducation et les manques à gagner en production en raison d'invalidités ne sont pas pris en compte dans ce calcul. Les données existantes ne permettent pas une représentation fondée des coûts engendrés par les comportements suicidaires. Cependant, on peut reporter à la Suisse les données des enquêtes mentionnées ci-dessus afin d'obtenir une première estimation (voir tableau).

Coûts par tentative de suicide ou suicide en CHF¹³

	source	coûts directs (en CHF)		coûts indirects (en CHF)	Estimation des coûts pour la Suisse (en CHF)*
		coûts méd.	autres		
Suicide	Canada 1996	6 400	-	950 000	1 338 960 000
	Etats-Unis 1998	-	-	580 000	812 000 000
Tentative de suicide	Suède 1991	7 860	-	-	78 600 000

*Base de calcul : 1 400 suicides et 10 000 tentatives de suicide suivies d'un traitement médical

¹¹ L'étude publiée le 11 septembre 2003 «Der Preis der Verzweiflung – über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz» («Le prix du désespoir – coûts engendrés par les suicides en Suisse») ne tient pas compte du principal facteur de coûts des suicides, à savoir des années de vie perdues. De plus, les tentatives de suicide débouchant sur une invalidité sont tout à fait surestimées, si bien qu'elles sont censées représenter 90% des coûts totaux calculés. C'est pourquoi nous avons renoncé à utiliser ces données.

¹² Ne sont pas pris en compte les coûts de formation scolaire et professionnelle.

¹³ Ne sont pas pris en compte les coûts indirects des tentatives de suicide, les coûts directs non mentionnés tels que coûts des interventions des forces de l'ordre ou des enquêtes médico-légales, et le suivi psychologique des familles et des personnes ayant commis une tentative de suicide.

3 Possibilités de prévention du suicide

La prévention du suicide au sens strict signifie prévention individuelle des tentatives de suicide et des suicides. La prévention du suicide au sens large comprend également des mesures de promotion de la santé et de prévention primaire et secondaire.

Elle vise principalement les objectifs suivants :

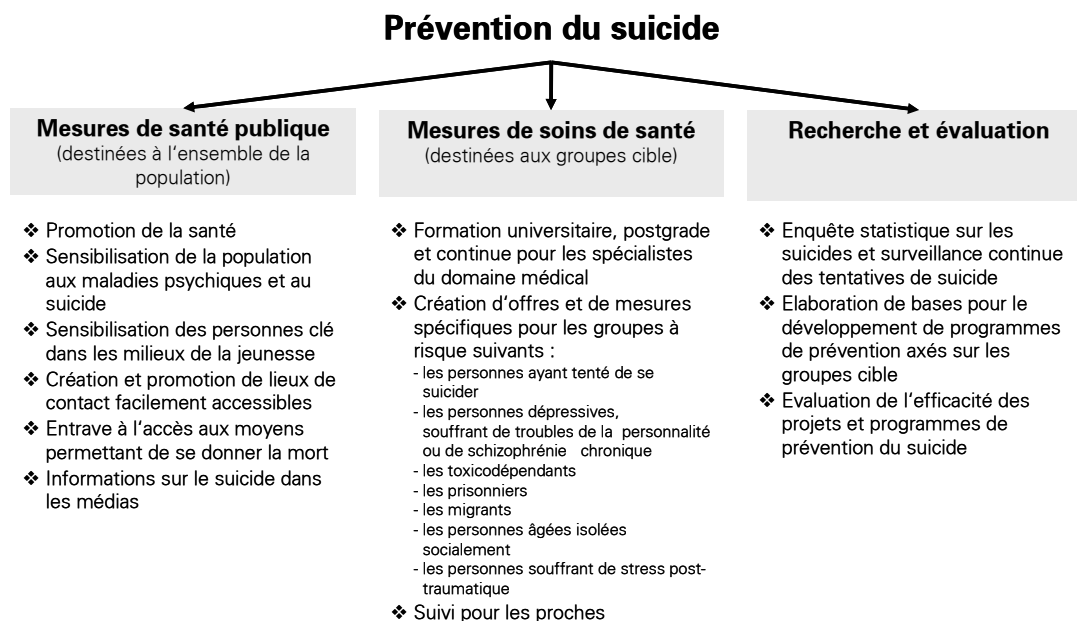
- amélioration de la santé mentale par des mesures de promotion de la santé
- influence sur les facteurs de risque connus, comme la consommation d'alcool et de drogues
- traitement adéquat des troubles et maladies psychiques et intervention de crise
- prévention du passage à l'acte en cas d'idées suicidaires
- gain de temps pour revenir sur la décision de se suicider
- prévention des récidives de crises suicidaires

Comme les suicides et les tentatives de suicide sont des événements complexes, influencés par de nombreux facteurs, leur prévention ne peut avoir lieu que de manière interdisciplinaire, avec la participation de toutes les professions concernées, des profanes et des proches de personnes suicidaires. Les progrès de la médecine et de la psychologie ne peuvent pas, à eux seuls, faire baisser le taux de suicides. La prévention du suicide est en premier lieu une tâche de société.

Dans l'idéal, les mesures et projets de prévention du suicide d'une région se basent sur un concept élaboré en collaboration avec les institutions locales ou sur une stratégie (interrégionale ou nationale) mise au point en commun. Cela permet d'éviter les démarches parallèles et d'utiliser les ressources de manière judicieuse. De plus, à moyen et à long termes, un réseau solide se développe au niveau de l'élaboration et de la mise en œuvre des différentes mesures nationales, régionales et locales grâce à la promotion de la coopération et à la coordination.

D'une manière générale, on peut distinguer les mesures de santé publique, qui s'adressent à la population générale, et les mesures de prise en charge («health care»), qui s'adressent à des groupes à risque spécifiques (voir figure 9) [MHE 2003]. Il faut veiller à ce que ces mesures soient fondées sur les bases factuelles scientifiques existantes [OMS 2004] et à ce qu'elles soient adaptées à l'âge, au sexe et aux particularités culturelles des groupes cibles.

Figure 9 : Possibilités de prévention du suicide



3.1 Mesures de santé publique

Les mesures de santé publique destinées à prévenir les suicides visent à influencer les conditions de vie et les conditions environnementales au niveau de l'ensemble de la population, des groupes de population et des individus. En plus de mesures de promotion de la santé, il s'agit également de mesures de dépistage précoce dans le domaine de la prévention de la toxicomanie.

Mesures d'envergure dans le domaine de la promotion de la santé

Pour prévenir les tentatives de suicide et les suicides, les mesures de promotion de la santé comprennent l'amélioration de la qualité de vie, l'influence sur le mode de vie des individus ainsi que la promotion de leur prise de responsabilité et de leurs compétences dans le domaine de la santé. En plus de la promotion des ressources personnelles permettant de gérer les crises et les conflits, il faut aussi influencer le cadre social pour qu'il offre à tous des conditions de travail et de vie saines et les conditions nécessaires au développement de compétences personnelles. Cela requiert une collaboration entre tous les domaines politiques aux niveaux national, cantonal et régional. Il faut à cet égard donner une place de choix à la santé psychique, celle-ci étant la base du bien-être et du fonctionnement des individus, de la société et de l'économie [OMS 2004a, PNS 2004].

Parmi les aspects importants de la prévention du suicide, on compte la gestion des crises et des conflits, l'amélioration des modèles de communication, la mise en place d'un réseau relationnel solide et la découverte du sens de la vie. Des mesures ciblées devront transmettre des connaissances permettant de gérer les difficultés et de surmonter les problèmes. En fait partie la prise de conscience de l'impossibilité de surmonter seul certaines situations exigeant le recours à une aide professionnelle.

Sensibilisation de la population

La sensibilisation de la population à l'importance de la santé psychique, aux symptômes des maladies psychiques et aux possibilités thérapeutiques, ainsi que l'information sur les droits et l'autonomie des personnes atteintes d'une maladie psychique facilitent, en cas de crise ou de maladie psychique, le recours à une aide adéquate avant qu'il ne soit trop tard.

Le fait que les tentatives de suicide et les suicides s'accompagnent souvent de symptômes et de syndromes psychiatriques tels que dépressions, états d'anxiété ou toxicomanies, souligne combien il est important d'informer le public sur ces maladies. Cette démarche permet aussi de lutter contre la stigmatisation dont souffrent les personnes atteintes d'une maladie psychique.

Sensibilisation de personnes clés travaillant avec les jeunes

Les projets de prévention dans les établissements scolaires vont de la promotion et de l'éducation à la santé aux interventions spécifiques subséquentes au suicide d'un élève. On peut imaginer de nombreuses mesures : formations complémentaires pour les enseignants, informations écrites pour les parents, traitement du sujet en classe, sensibilisation des élèves aux signes avant-coureurs chez leurs camarades de classe, consultations de santé dans les écoles, promotion de stratégies de gestion des conflits, etc. (équipes interdisciplinaires ou « care teams » dans les établissements scolaires).

Création et promotion de points d'accueil à bas seuil

Les facteurs culturels et sociaux jouent un rôle décisif pour ce qui est du recours à des prestations d'aide en cas de crise aiguë. En particulier les adolescents et les hommes tentent de résoudre leurs problèmes tout seuls : soit ils ne cherchent pas à se faire aider, soit ils le font trop tard. L'objectif principal des *Crisis lines* ou *Hotlines* (ainsi que des offres nouvelles sur Internet, par courrier électronique ou par SMS), p. ex. le « tél. 143 – la main tendue » est donc de répondre aux situations

de crise par des offres d'aide à bas seuil afin d'éviter les actions précipitées. L'expérience montre que les personnes suicidaires préfèrent généralement les possibilités de contact anonymes.

Augmentation de la difficulté d'accès aux moyens et produits dangereux

De nombreuses études montrent que le fait de rendre plus difficile ou d'empêcher l'accès à certaines méthodes de suicide permet de réduire le taux de suicide – sans qu'il y ait compensation par augmentation de l'emploi d'autres méthodes.

Les mesures suivantes peuvent être mises en œuvre :

- détoxification du gaz domestique
- utilisation de petits emballages et/ou plus grande sévérité de l'obligation d'ordonnance pour les médicaments potentiellement mortels et fréquemment utilisés pour les suicides et les tentatives de suicide
- protection des «suicide hot spots» (bâtiments ou ponts attirant les personnes suicidaires) afin d'empêcher les suicides par saut dans le vide¹⁴.
- durcissement de la législation sur les armes

Prudence des comptes rendus des médias sur les suicides

La prudence en matière de médiatisation des suicides permet de faire diminuer la fréquence des suicides chez les adolescents et les jeunes adultes : ainsi, à Vienne, depuis que l'association autrichienne de prévention du suicide a lancé une initiative de prudence dans les comptes rendus des médias sur les suicides dans les stations de métro, le nombre de ces suicides a baissé de plus de 70% et reste à un niveau bas [Sonneck 1994].

Les scoops réducteurs («Mauvaise note : lycéen de 15 ans se suicide par balle»), la présentation glorificatrice ou romantique de l'acte suicidaire, la mention directe de la méthode de suicide, de lieux adéquats ou de l'identité du suicidé augmentent le risque d'imitation. Le compte rendu doit éviter tout risque de favoriser une identification avec la personne qui s'est suicidée; mais il peut avoir un effet préventif s'il expose le contexte du risque suicidaire et attire l'attention sur les possibilités d'aide au niveau régional. Ainsi, après le suicide de Kurt Cobain (guitariste et chanteur du groupe de rock «Nirvana»), les comptes rendus différenciés distinguant son talent artistique de ses problèmes – au niveau de sa vie privée, de sa santé et de sa consommation de drogues - ont permis dans une large mesure, d'éviter les imitations [Ziegler 2002].

3.2 Mesures de prise en charge médicale

Les mesures de prise en charge médicale («health care») ont pour but d'améliorer d'une manière générale les soins et les procédés de diagnostic. Dans le domaine de la prévention du suicide, elles comprennent notamment l'amélioration du traitement, de l'accompagnement et de la réinsertion des malades en psychiatrie, des personnes ayant commis une tentative de suicide et des personnes en situation de crise et/ou ayant des projets suicidaires. Il faut aussi sensibiliser le personnel médical à l'impact de ses propres positions et opinions sur le suicide et les tentatives de suicide.

Formation, formation continue, formation complémentaire pour le personnel médical (médecins et personnel soignant)

Portant sur tous les aspects de la suicidalité, ces types de formation permettent d'aborder le sujet des idées suicidaires et du suicide avec moins d'appréhension - et à temps - par conséquent de surmonter les barrières de communication [FMH/OFSP 1992].

¹⁴ En Suisse par exemple, en 1998, on a protégé avec succès la terrasse de la cathédrale de Berne à l'aide d'un filet, sans que le nombre de suicides à partir de ponts en d'autres endroits de la ville ait augmenté pour autant depuis. L'attirance exercée par ces «suicide hot spots» dépend aussi fortement des comptes rendus des médias.

L'amélioration des compétences des médecins à diagnostiquer précocement une dépression et à mettre en route un traitement adéquat permet de diminuer nettement le nombre de suicides dus à un trouble psychique non traité [Rutz 1989].

Mais le comportement des médecins par rapport à l'ordonnance joue lui aussi un rôle, puisque la majorité des médicaments pris à une dose mortelle sont disponibles uniquement sur ordonnance.

Offres et mesures pour des groupes à risque spécifiques

Pour les personnes présentant un risque de suicide élevé (personnes ayant commis une tentative de suicide, malades mentaux, toxicomanes, détenus, migrants, entre autres), des offres de prévention spécifiques, adaptées aux besoins de chaque groupe cible, peuvent se montrer efficaces.

Mesures envisageables :

- offres ambulatoires et stationnaires d'intervention de crise
- bon soutien et suivi (p. ex. services psychiatriques de liaison, offres socio-psychiatriques, etc.) des personnes ayant commis une tentative de suicide ou un suicide raté
- diagnostic précoce et traitement approprié des dépressions, des troubles de la personnalité et des autres maladies mentales
- offres pour les alcooliques et autres toxicomanes
- offres pour les personnes âgées afin d'éviter l'isolement social
- offres de soutien (p. ex. : consultations ambulatoires pour les victimes de tortures et de guerres) aux personnes ayant un syndrome de stress post-traumatique

Suivi des proches et du personnel soignant/de secours (postvention)

Les personnes directement touchées par un suicide, les proches d'une personne qui s'est suicidée, ont souvent un risque de suicide accru après l'événement/le décès. Le suivi des membres de la famille, des collègues de travail, des camarades de classe, etc. a donc une signification essentielle pour la prévention. La gestion de la perte d'un membre de la famille par suicide est particulièrement difficile; bien souvent, des problèmes sociaux et de santé s'ensuivent, lesquels résultent de sentiments de culpabilité non surmontés et d'un deuil chronique.

En plus des groupes d'entraide pour les proches, il faut élaborer des offres spécifiques pour les professions particulièrement touchées par le suicide (conducteurs de train, agents de police, membres des services de secours).

3.3 Monitoring, recherche et évaluation

Le relevé statistique complet des décès par suicide et le monitoring régulier des tentatives de suicide constituent une base décisive pour la détection précoce de tendances dans le comportement suicidaire de la population et pour l'identification de groupes à haut risque.

Une autre condition à l'élaboration d'activités de prévention du suicide efficaces et spécifiques aux groupes cibles réside dans la recherche interdisciplinaire, orientée vers une approche de santé publique en faveur de la population.

Pour assurer le développement ultérieur de ces mesures, il importe aussi de procéder à l'évaluation de leur efficacité, de leur utilité et de leur coût.

4 Contexte international et programmes de prévention à l'étranger

4.1 Recommandations de l'OMS et de l'ONU

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les Nations Unies (ONU) demandent des programmes nationaux de prévention du suicide : elles considèrent que la prévention du suicide n'est pas une tâche réservée à la médecine et que l'instauration de programmes nationaux de prévention favorisera la coopération et la coordination de différents protagonistes. En raison d'importantes différences culturelles et sociales, et compte tenu des disparités entre les systèmes de prise en charge médicale, ces programmes doivent avoir un caractère spécifique aux pays et aux cultures.

Les éléments décrits comme essentiels pour une prévention efficace du suicide sont les suivants : (1) une politique nationale de prévention du suicide, (2) un vaste cadre conceptuel, (3) la formulation d'objectifs et de ressources nécessaires, (4) des paramètres permettant de quantifier les modifications et (5) des mandats donnés à des institutions et des organisations responsables de la mise en œuvre [ONU 1996].

Sur la base de la Déclaration mondiale sur la santé intitulée «Politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle» et adoptée par la 51^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 1998, l'objectif 6 du plan-cadre «Santé pour tous» du Comité régional pour l'Europe de l'OMS met au premier plan l'amélioration de la santé psychique [OMS 1999a]. D'ici à 2020, il convient d'améliorer la santé psychique de la population et de proposer aux personnes ayant des problèmes psychiques des services de qualité accessibles à tous. A cet égard, on cherchera en particulier à atteindre les objectifs partiels suivants :

- faire diminuer la prévalence des problèmes psychiques et leurs effets négatifs sur la santé, et améliorer la capacité de la population de gérer les événements stressants
- faire reculer le taux de suicides d'au moins un tiers en mettant l'accent sur les pays et les groupes de population qui présentent aujourd'hui un fort taux de suicides.

Sur cette base, la Société suisse de santé publique (SSSP) a formulé pour la Suisse les objectifs suivants [SSSP 2002] :

- D'ici à 2020, le taux d'hospitalisations psychiatriques sera équivalent dans tous les cantons suisses et les hospitalisations dues à l'alcool auront nettement diminué.
- D'ici à 2020, le taux de suicides chez les adolescents aura diminué de moitié.
- D'ici à 2010, tous les médecins généralistes détecteront précocement les symptômes de troubles psychotiques et il existera une vaste structure d'intervention pour les jeunes présentant de tels troubles.
- D'ici à 2010, la formation continue systématique des médecins généralistes fournira une large base de suivi psychiatrique compétent et ils seront soutenus dans cette tâche par un réseau de conseil psychiatrique.

4.2 Quelques programmes de prévention

Le Réseau européen de l'OMS de prévention des suicides et de recherche sur le suicide effectue régulièrement des enquêtes sur les programmes de prévention du suicide dans les différents pays. Lors de la dernière enquête de 2001, 48 des 51 pays membres de la région européenne de l'OMS ont été pris en compte, et 38 pays ont finalement participé à l'enquête [OMS 2002a]. 18 pays disposent de programmes nationaux de prévention du suicide, 11 d'entre eux disposent de documents officiels publiés par les ministères ou les administrations : Bulgarie, Danemark, Estonie, Finlande, France, Grande-Bretagne, Irlande, Lituanie, Norvège, Slovaquie et Suède. Six pays (Danemark, Géorgie, Irlande, Lituanie, Norvège et Suède) ont des lois portant sur la prévention du suicide.

Le tableau 5 résume quelques exemples de ces programmes ainsi que les programmes nationaux de prévention du suicide de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Canada et des Etats-Unis. Même si l'objectif poursuivi par la prévention du suicide est le même dans tous les pays (à savoir la réduction

du nombre de suicides et de tentatives de suicide), les méthodes employées peuvent être très différentes. Ainsi, la Norvège a principalement créé des offres de conseil dans les communautés, tandis que la Nouvelle-Zélande met l'accent sur le suicide des jeunes et a créé des offres de suivi dans les établissements scolaires. De même, les groupes cibles varient fortement. Ainsi, aux Etats-Unis, en Norvège et en Suède, les programmes sont destinés à l'ensemble de la population, alors qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, on s'attache principalement au suicide chez les jeunes. On constate également des différences importantes dans l'ampleur de la prise en compte de la population et des organisations de personnes touchées lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des différentes stratégies de prévention.

Pour ce qui est de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme national ou d'un plan de prévention du suicide en Suisse, les expériences internationales révèlent la nécessité des étapes suivantes :

- définition homogène des termes et approche multidisciplinaire
- prise en compte des données de recherche existantes et des expériences des autres pays, notamment en ce qui concerne des stratégies efficaces de monitoring et d'évaluation
- formulation claire de concepts pragmatiques et ciblés
- orientation vers tous les groupes d'âges (en tenant compte des groupes à risque)
- participation des institutions, organisations d'aide, associations bénévoles, groupes professionnels concernés et experts déjà actifs dans ce domaine
- implantation aux niveaux national, cantonal et communal en tenant compte des caractéristiques régionales et cantonales
- monitoring permanent des résultats et évaluation des diverses mesures

Tableau 5 : Quelques programmes nationaux et projets de prévention du suicide étrangers

Australie	
Description	<p>En Australie, la «National Suicide Prevention Strategy (NSPS)» date de 1999 et se base sur la «National Youth Suicide Prevention Strategy (NYSPS)» de 1995. Les objectifs principaux sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soutien des activités nationales de prévention du suicide pour tous les groupes d'âges - élaboration et mise en œuvre d'un plan-cadre stratégique pour une prévention du suicide implantée aux niveaux national et communal <p>Le plan-cadre stratégique «LIFE – A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia» regroupe six champs d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - promotion du bien-être et de la résilience, renforcement des communautés - promotion des facteurs de protection et réduction des facteurs de risque de suicide et de comportement autodestructeur - offres proches des communautés et soutien pour les groupes de population à haut risque de suicide - offres pour les groupes à haut risque - partenariats avec les minorités ethniques - renforcement des bases factuelles de «bonne pratique» dans le domaine de la prévention du suicide
Budget	Le programme dispose d'environ 10 millions de dollars australiens par an.
Internet	www.health.gov.au/hsdd/mentalhe/sp/index.htm
Finlande	
Description	<p>La Finlande a été le premier pays, en 1986, à formuler une stratégie sur 10 ans destinée à réduire de 20% le taux élevé de suicides. Jusqu'en 1996, le taux de suicides a diminué de 9%. Sur la base de la recherche sur le suicide, le National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) a mis l'accent sur la mise en place d'initiatives et de mesures locales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - modification de l'opinion de la population (en particulier modification du point de vue fataliste selon lequel le suicide est inévitable et découle d'événements négatifs) - amélioration des possibilités d'accès aux institutions de santé médicales et psychiatriques - réduction de l'accessibilité aux méthodes dangereuses

Budget	- offres de formation complémentaire pour les professionnels concernés - relevé permanent (monitorage) des comportements suicidaires - relevé des personnes et groupes à risque
Internet	pas d'indication www.stakes.fi/mentalhealth/
Angleterre	
Description	En 2002, le gouvernement anglais s'est, par sa «National Suicide Prevention Strategy for England», fixé pour objectif de réduire le taux de suicides de 20% d'ici à 2010 à l'aide de 11 sous-objectifs. Parmi ceux-ci, on trouve des stratégies de promotion de la santé psychique, des offres préventives et thérapeutiques pour les jeunes hommes, des mesures d'amélioration du traitement des dépressions ou encore une influence sur les comptes rendus des médias.
Budget	pas d'indication
Internet	www.nimhe.org.uk/priorities/suicide.asp
Ecosse	
Description	Un programme similaire a été élaboré en Ecosse : «Choose Life. A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland». L'objectif est, dans ce cas également, de réduire la fréquence des suicides de 20% d'ici à 2013. L'accent est mis sur l'amélioration des offres d'intervention de crise, différents groupes professionnels étant formés à cet effet : police, ambulanciers, personnel carcéral, personnel médical.
Budget	pas d'indication
Internet	www.scotland.gov.uk/library5/health/clss-00.asp
Irlande	
Description	En Irlande, le taux de suicides des jeunes a quadruplé dans les années 1990. La National Task Force on Suicide a élaboré un programme de prévention reposant sur : - l'amélioration des offres de traitement pour les groupes à risque, - la sensibilisation de la population au problème du suicide (c'est-à-dire modification des opinions), programmes pour les établissements scolaires et la formation pour adultes afin d'améliorer la gestion des conflits et des crises. Le programme national irlandais contient une liste de 84 recommandations concrètes, dont l'évaluation d'accompagnement.
Budget	pas d'indication
Internet	www.ias.ie/
Canada	
Description	En mai 2002, la Canadian Association for Suicide Prevention a entamé ses travaux d'élaboration d'une «Canadian blueprint of a national strategy for suicide prevention strategy». L'esquisse se base sur les principes suivants : - la prévention du suicide concerne l'ensemble de la société. - le suicide est causé par une interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels; il peut être influencé par une modification des conditions sociales, des rapports sociaux et des opinions. - les stratégies doivent reposer sur des bases factuelles, être actives, informées et sensibles aux cultures, et inclure recherche, surveillance, rapport et évaluation. Objectifs visés : - conscientisation du fait que le suicide concerne tout le monde et peut être évité - mise en place d'un soutien à large échelle pour la prévention du suicide et l'intervention de crise - amélioration des connaissances sur le suicide dont disposent les personnes travaillant dans les médias - élaboration et mise en œuvre de programmes de prévention du suicide proches des communautés - limitation de l'accès à certaines méthodes de suicide et réduction de leur létalité - amélioration des offres (médicales) pour les groupes à (haut) risque - renforcement de la surveillance, élaboration d'outils d'évaluation et promotion de la recherche sur la prévention du suicide
Budget	pas d'indication
Internet	www.thesupportnetwork.com/CASP/main.html

Nouvelle-Zélande	
Description	<p>En Nouvelle-Zélande, la « Youth Suicide Prevention Strategy » a été publiée en 1998. Elle comprend cinq objectifs principaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration du bien-être (promotion de la santé) - dépistage précoce et offres d'aide à bas seuil - intervention de crise et traitement - soutien après un suicide - information et recherche <p>Un autre document stratégique se concentre plus particulièrement sur les besoins des jeunes Maoris, (peuple polynésien de Nouvelle-Zélande). Sur la base des expériences acquises grâce à la Youth Suicide Prevention Strategy, une stratégie de prévention du suicide s'adressant à l'ensemble de la population et à tous les groupes d'âges est actuellement en cours d'élaboration.</p>
Budget	pas d'indication
Internet	www.mvd.govt.nz et www.nzips.govt.nz/priorities/suicide.html
Norvège	
Description	<p>Le « National Plan for Suicide Prevention » a été publié en 1996. L'un des objectifs est de réduire, par le vecteur d'émissions de télévision et de radio, la stigmatisation liée au suicide et aux tentatives de suicide. Un autre sous-projet est le « Baerum Model », un programme de suivi de personnes ayant commis une tentative de suicide; il repose sur la collaboration d'une équipe de soins proches des communautés pendant au moins 12 mois. La « University of Oslo Suicide Research and Prevention Unit », financée par l'Etat, s'occupe de la recherche d'accompagnement.</p>
Budget	pas d'indication
Internet	www.med.uio.no/ipsy/ssff/hovedengelsk.htm
Suède	
Description	<p>La prévention du suicide est partie intégrante de « Sweden's New Public Health Policy. National public health objectives for Sweden », votée par le parlement suédois en avril 2003. Objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction durable des suicides et des tentatives de suicide, modification des facteurs sociaux qui favorisent les suicides - dépistage précoce de tendances favorisant un comportement suicidaire - sensibilisation de la population à la détection du risque de suicide et à l'utilisation de mesures adéquates <p>La Suède dispose d'une institution publique de recherche sur le suicide et de prévention du suicide, le « Karolinska Institutet » à Stockholm.</p>
Budget	pas d'indication
Internet	http://www.sweden.gov.se/sb/d/2942
Etats-Unis	
Description	<p>Le « Report of the Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide » est paru en 1999, la « National Strategy for Suicide Prevention » en 2001. Objectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formulation d'une stratégie nationale et mise en place d'une administration nationale destinée à s'occuper de la mise en œuvre et à financer les activités de prévention et la recherche - élaboration de stratégies de réduction de la stigmatisation liée à l'utilisation de services psychiatriques - élaboration de programmes locaux de prévention - réduction de l'accessibilité aux méthodes mortelles - promotion des compétences des professionnels concernés - amélioration des comptes rendus dans les médias - amélioration du monitoring du comportement suicidaire - promotion de la recherche sur le suicide afin de mieux relever les facteurs de risque et les facteurs de protection dans la population
Budget	pas d'indication
Internet	http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/strategy.asp

5 Efforts de prévention de la Confédération, des cantons et d'organisations privées

5.1 Bases constitutionnelles et bases légales de la Confédération dans le domaine de la prévention du suicide

La prévention du suicide – une mission de l'Etat?

Selon une expertise juridique sur les bases constitutionnelles et les bases légales de la prévention du suicide commandée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le législateur a pour tâche de mettre en balance la protection de la vie et le droit à l'autodétermination des citoyens [Tschannen 2004].

Pour sopeser les intérêts dans le domaine de la prévention du suicide, les points suivants sont significatifs du point de vue du droit constitutionnel :

- l'Etat a un devoir d'assistance si une personne inapte à l'autodétermination présente une intention de se suicider
- l'Etat n'a pas le droit d'intervenir si la personne a décidé de par sa volonté rationnelle de mettre fin à ses jours.

Par conséquent, l'Etat a pour tâche de proposer une aide aux personnes présentant un risque de suicide. En revanche, si une libre volonté de suicide est manifeste, l'Etat n'a pas – du point de vue juridique – à intervenir.

En même temps, le droit à la vie fixé à l'article 10, alinéa 1 de la Constitution fédérale (Cst.) a principalement et essentiellement pour but de protéger le citoyen des interventions de l'Etat. D'une manière générale, les droits fondamentaux peuvent non seulement conférer des droits de prémunition exigibles par voie de justice, mais aussi des droits positifs à une prestation. Mais ceci concerne en premier lieu les dits droits sociaux (art. 12 Cst.), lesquels garantissent un droit à une action de l'Etat. Il n'y a donc pas de droit justiciable à la création de programmes complets d'aide en cas d'intention de suicide ou de tentative de suicide. En revanche, en raison du caractère programmatique du droit à la vie, il est tout au moins souhaitable, du point de vue constitutionnel, que le législateur prévoie des offres d'aide légales pour les personnes suicidaires [Tschannen 2004].

Partage des compétences entre la Confédération et les cantons

Comme le suicide et les tentatives de suicide ne constituent pas une maladie au sens de l'art. 118, al. 2, let. b, Cst., la Confédération n'a pas compétence pour couvrir le domaine de la prévention du suicide. Elle ne peut donc pas légiférer de manière définitive. Cependant, plusieurs compétences lui permettent d'ordonner des mesures de nature à prévenir les suicides. Ainsi, on peut imaginer, du point de vue du droit constitutionnel, des mesures spécifiques de prévention du suicide dans le domaine de la lutte contre les maladies (art. 118, al. 2, let. b, Cst.)¹⁵ et dans celui de l'utilisation des agents thérapeutiques et des stupéfiants (art. 118, al. 2, let. a Cst.). En outre, il est possible d'améliorer les connaissances sur les suicides et les tentatives de suicide en Suisse au moyen de la promotion de la recherche (art. 64 Cst.) et du relevé de données statistiques (art. 65 Cst.).

L'élaboration de mesures concrètes de prévention du suicide par la Confédération doit pouvoir s'appuyer sur une base légale suffisante, conformément au principe de légalité inscrit à l'art. 5 Cst. Une base de ce genre n'existe que dans le domaine de la promotion de la recherche (loi fédérale sur la recherche du 7 octobre 1983, loi sur la recherche (LR); RS 420.1) et dans celui du relevé statistique

¹⁵ *Le suicide et la suicidalité ne sont généralement pas considérés comme des maladies, ni même comme les manifestations d'une maladie. Cependant, les maladies psychiques (en particulier les dépressions) sont un facteur de risque essentiel et le suicide est souvent l'aboutissement d'un processus pathologique. Les maladies psychiques sont très répandues et peuvent donc tomber sous le coup de l'art. 118, al. 2, let. b, Cst.. Comme les mesures curatives de la maladie de base peuvent présenter un aspect préventif par rapport au suicide, on peut, du point de vue constitutionnel, prévoir de par la loi des mesures de prévention du suicide si elles sont liées à une maladie transmissible, très répandue ou particulièrement dangereuse.*

de données (loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF); RS 431.01). Cependant, il n'existe pas de base légale pour la réalisation de campagnes nationales d'éducation, d'information et de sensibilisation dans le domaine de la prévention du suicide. La loi sur les stupéfiants (loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951 (LStup); RS 812.121) permet en revanche de combattre les toxicomanies en s'attaquant à leurs causes (art. 15a et seq. LStup). Comme les causes de la dépendance et des actes suicidaires se recoupent en bien des points, on peut envisager, du point de vue juridique, de mieux tenir compte de la problématique du suicide lors de l'élaboration de mesures de prévention des dépendances.

Les compétences pour proposer (comme mentionné ci-dessus) ou soutenir des offres d'aide aux personnes suicidaires sont d'une manière générale – en l'absence d'une compétence fédérale inscrite dans la Constitution – uniquement du ressort des cantons. Cependant, du point de vue du droit constitutionnel et du droit des compétences, la Confédération peut, dans le cadre du Dialogue de politique nationale de la santé, participer à des projets de prévention du suicide émanant des cantons ou suggérer des projets communs [Tschannen 2004].

5.2 Projet de «Stratégie nationale pour la santé psychique»

Dans le cadre du projet «Politique nationale suisse de la santé», un projet de «stratégie nationale en vue de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population» a été élaboré en Suisse de 2000 à 2003 et soumis à la Confédération, aux cantons et aux particuliers pour avis en février 2004 [PNS 2004]. La réduction du taux de suicides et de tentatives de suicide y est l'un des huit objectifs à atteindre au cours des dix prochaines années grâce aux mesures concrètes suivantes :

- amélioration des données disponibles sur la santé psychique de la population suisse et sur l'épidémiologie des maladies psychiques et du suicide (recommandation 3 – identification du problème, monitoring continu et synthèse des données disponibles)
- amélioration des connaissances de la population sur la fréquence et les conséquences des troubles psychiques ainsi que sur l'effet et les possibilités des mesures de prévention, de traitement, de réinsertion et de soins en cas de maladies psychiques (recommandation 4 – prise de conscience de la population par rapport à la santé et aux maladies psychiques)
- poursuite de l'élaboration d'un concept de promotion de la santé psychique aux différentes étapes de la vie par une approche contextuelle. Cela comprend : a) les institutions de formation (promotion d'un apprentissage global), b) les programmes de promotion de la santé dans les entreprises (promotion des compétences sociales et de l'équilibre entre travail, obligations sociales et temps de régénération) et c) les offres pour les personnes âgées de 50 ans et plus, et lors du passage à la retraite (recommandation 5 – promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail)
- promotion ciblée de programmes efficaces de détection précoce des maladies psychiques (p. ex. dépressions, psychoses/schizophrénies) et de la suicidalité (recommandation 6 – détection précoce des maladies psychiques et interventions visant à maintenir l'intégration sociale, scolaire et professionnelle et à prévenir l'invalidité)

La Confédération et les cantons se concerteront au printemps 2005 sur la suite à donner à ce document.

5.3 Prévention du suicide en Suisse – état des lieux

En novembre 2001, sous l'égide de la Fédération des médecins suisses (FMH), un groupe de travail «Prévention du suicide en Suisse» s'est formé aux fins de recruter un grand nombre de partenaires (divers acteurs du système de santé suisse, des services d'aide et des organisations confessionnelles) pour collecter de manière participative les expériences et projets dans le domaine de la prévention du suicide. Cette coopération, regroupant diverses professions et plusieurs régions, a conduit à la création, fin 2003, de l'association IPSILON (Initiative pour la prévention du suicide en

Suisse). L'objectif principal d'IPSILON est de mettre en place un centre national de coordination pour soutenir tous les acteurs du domaine de la prévention du suicide par ses compétences professionnelles, scientifiques, morales et politiques, et pour servir de référence dans ce domaine.

Les résultats ci-dessous proviennent d'un état des lieux des activités de prévention en Suisse, effectué par IPSILON entre juin 2003 et mars 2004. A cet effet, plus de 740 institutions et organisations actives dans le domaine de la prévention du suicide - ou dont on peut supposer ou souhaiter une activité de prévention du suicide - ont été interrogées dans tout le pays (78% en Suisse alémanique, 22% en Romandie et dans le Tessin) au moyen d'un questionnaire¹⁶ portant sur leurs activités, leurs partenaires et leur clientèle. Cette enquête avait pour objectif de recenser les activités des différents acteurs et de prendre connaissance de leurs réseaux, de leurs besoins et de leurs priorités.

Les institutions contactées peuvent être classées en trois groupes (voir tableau 6) : les institutions cantonales (73%), les organisations privées (actives au niveau local/régional ou national, 22%) et les organes fédéraux confédérales (5%).

Tableau 6 : taux de participation à la collecte d'informations sur la «Prévention du suicide en Suisse»

Catégorie		Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de questionnaires utilisables	Taux de participation
A	Institutions/organisations cantonales	540	254	47%
1	Directions cantonales	142	69	49%
2	Justice/police/administration judiciaire	173	62	36%
3	Hôpitaux et services psychiatriques	148	86	58%
4	Services de psychologie scolaire	23	18	78%
5	Assistance spirituelle	54	19	35%
B	Organisations privées, ONG (à activité régionale et/ou nationale)	163	81	50%
6	Associations professionnelles et spécialisées	107	48	45%
7	Groupes d'entraide et d'aide aux victimes	41	23	56%
8	Groupes de prévention du suicide	9	8	89%
9	Assurances	6	2	33%
C	Institutions confédérales	38	25	66%
Total		741	360	49%

*Tous les cantons sont représentés; le nombre de réponses par canton est en rapport avec la taille des cantons

L'analyse des résultats de l'enquête montre que la thématique «prévention et/ou traitement du suicide» n'est l'activité principale que d'un très petit nombre d'organisations et institutions interrogées. Dans la plupart des cas, la problématique du suicide est un problème à gérer parmi d'autres. Il est rare qu'il existe un budget autonome pour les mesures de prévention du suicide.

Le principal groupe cible mentionné est généralement celui des jeunes, indiqué dans 68% des réponses, bien que les institutions à orientation médicale/psychiatrique soient ouvertes à tous les groupes d'âges. Les programmes de prévention, en particulier, sont clairement destinés aux jeunes, en général aux élèves (voir également le chapitre 5.4), tandis qu'il n'y a pratiquement aucun programme pour les deux autres groupes à haut risque, à savoir les personnes âgées et les hommes de 20 à 50 ans (seuls 4% des répondants concentrent leurs activités sur ces groupes d'âges).

Le champ d'activité de la prévention du suicide est vaste. Celui se reflète également dans l'orientation thématique des différentes institutions et organisations (voir figures 10a et 10b).

¹⁶ Une description précise de la méthode et les résultats de l'analyse se trouvent sous www.ipsilon.ch.

Figures 10a et 10b : champs d'activité des acteurs dans le domaine de la prévention du suicide
 (à gauche : institutions et organisations cantonales [n=254] ; à droite : prestataires privés et ONG [n=81,])



Les institutions et organisations cantonales couvrent principalement l'aspect «thérapeutique / soignant» de la prévention du suicide, c'est-à-dire l'intervention de crise au sens médical strict, les soins et le suivi psychiatriques ainsi que l'aide sociale - par des offres aussi bien ambulatoires que stationnaires. Les organisations privées, dont font également partie les groupes d'entraide et les organisations spécifiques de prévention du suicide, se concentrent essentiellement sur l'accompagnement psychosocial des personnes à risque de suicide ou ayant commis une tentative de suicide, sur la prévention, ainsi que sur les offres dans le domaine de la formation continue et complémentaire. A noter, d'une manière générale, le manque de temps et d'argent pour la recherche.

Dans l'idéal, les réponses des différents acteurs couvriraient l'ensemble de la surface du cercle représenté à la figure 10. Ceci représenterait une offre complète, un accès diversifié de manière optimale et un bon réseau dans lequel tous les acteurs s'efforcent d'impliquer les autres partenaires.

Si la réalité est bien différente, 31% des répondants souhaitent un échange avec d'autres institutions : *«Nous n'avons pas de directives de prévention du suicide. Dans un cas de ce genre, nos collaborateurs essayent de parler avec la personne pour la faire revenir sur sa décision»*¹⁷. Les réponses négatives sur ce point expriment en même temps une déception quant au manque de soutien : *«La pauvreté des évaluations dans ce domaine limite notre capacité de rendre compte d'expériences efficaces»*.

Les lacunes dans le réseau se révèlent en particulier au niveau de l'échange interprofessionnel. Ainsi, les professionnels de la santé des organisations cantonales sont rarement en contact avec les services de conseil juridique, et les groupes d'entraide sont encore mal intégrés au système de santé ou au système scolaire. Cependant, un besoin de coopération est exprimé : *«Il importe d'entretenir de bonnes relations professionnelles avec le client comme avec les médecins et les institutions. Il faut prévoir des dispositifs d'urgence, p. ex. des numéros de téléphone, et savoir comment se comporter. Les réseaux sont importants, toutes les institutions impliquées doivent se connaître les unes les autres; il faut aussi disposer d'une bonne documentation et d'une bonne information»*. Une plate-forme nationale destinée à améliorer l'échange d'expériences entre les acteurs, comme IPSILON veut la mettre en place, pourrait contribuer à combler ces lacunes.

La qualité des offres ne peut pas être évaluée sur la base de cet état des lieux. Cependant, on peut supposer que la majorité des programmes manquent d'une base conceptuelle solide. Et ce, bien qu'il existe des modèles élaborés à l'étranger (p. ex. le «Nürnberger Bündnis gegen Depression», voir ci-dessous) facilement adaptables à la situation suisse. Cependant, les bases scientifiques et l'évaluation des projets font souvent défaut. De plus, les approches intéressantes de prévention du suicide sont souvent limitées à l'échelle régionale. De même, dans le domaine de la formation des professionnels de la santé ou des enseignants, les frontières cantonales sont rarement franchies. Là encore, des réseaux bien organisés pourraient fournir un soutien et assurer l'échange d'expériences.

¹⁷ Toutes les citations en italique proviennent de l'état des lieux «Prévention du suicide en Suisse» ; www.ipsilon.ch.

5.4 Quelques projets régionaux et nationaux

Dans le cadre de l'état des lieux «Prévention du suicide en Suisse», des informations détaillées ont été relevées sur les offres de prévention du suicide existant au niveau régional ou national. Les principaux projets sont présentés dans les tableaux 7 (projets soutenus ou lancés par la Confédération) et 8 (projets régionaux ou locaux)¹⁸.

Tableau 7 : Projets de prévention du suicide lancés ou soutenus par la Confédération
(source : état des lieux «Prévention du suicide en Suisse»; www.ipsilon.ch)

Crises et suicides	
Description	En 1991, la Fédération des médecins suisses (FMH) a lancé en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) le programme «Prévention du suicide dans les cabinets médicaux – crises et suicides». Cette action se basait sur les recommandations d'experts de l'OMS relatives à une stratégie d'ensemble de prévention des comportements suicidaires. Le programme était centré sur un module de formation complémentaire pour les médecins, destiné à leur permettre d'aborder de manière compétente les problèmes psychiques et les pensées suicidaires avec leurs patients, lors des consultations. L'évaluation réalisée deux ans plus tard a révélé le succès de ce programme, qui avait été bien accueilli par le corps médical et les médias, déplorant qu'il ne puisse être poursuivi, faute de moyens.
Budget	pas d'indication
Internet	pas d'indication, informations auprès de info@ipsilon.ch
éducation+santé Réseau Suisse	
Description	De 1997 à 2000, le programme « <i>éducation+santé</i> , Réseau Suisse» de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a soutenu, dans le cadre du programme de l'OMS «Ecoles et santé», un programme de prévention du suicide chez les adolescents dans le Tessin. Le programme visait principalement une sensibilisation progressive de tous les adultes en charge de jeunes apprentis (maîtres d'apprentissage, enseignants des centres professionnels, parents) et des jeunes eux-mêmes. Mesures : - brochure pour maîtres d'apprentissage visant à améliorer les connaissances et la capacité d'écoute ainsi que le dépistage de situations à risque. - conférences publiques, interventions dans les médias, congrès en mai 2000, sensibilisation du pouvoir politique (visant la population tessinoise dans son ensemble)
Budget	pas d'indication
Internet	www.bildungundgesundheit.ch
SUPRA-F, programme de recherche sur la prévention de la toxicomanie chez les jeunes à risque en Suisse	
Description	Le programme supra-f a été lancé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'Université de Fribourg dirige la recherche, la fondation suisse pro juventute a assuré la coordination du projet jusqu'en juin 2002, puis a été relayée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) de Lausanne. Le relevé des données sur place est effectué en grande partie par l'Université de Fribourg, mais aussi par l'Institut de recherche sur la toxicomanie de Zurich. supra-f n'est pas un projet spécifique de prévention du suicide mais une offre de prévention secondaire pour les jeunes âgés de 12 à 20 ans. Il se compose de 12 projets locaux dont l'orientation diffère parfois nettement, mais qui poursuivent tous un même objectif : des interventions sociopédagogiques variées soutiennent les jeunes en situation difficile (p. ex. hyperactivité, agressivité, délinquance, tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, consommation précoce et durable de tabac, d'alcool et de cannabis, problèmes sérieux et durables à l'école ou dans la formation professionnelle, violence et maltraitance dans la famille) pour les réintégrer dans le système éducatif ou professionnel. L'accent est mis sur les facteurs de protection de nature à empêcher l'apparition de dépendances et la dérive dans l'isolation sociale, tels que : - stabilité de la confiance en soi et acquisition de compétences sociales - intégration dans le système scolaire ou professionnel, bonne culture générale - stabilité du réseau social et qualité des relations avec la famille et les proches supra-f comprend une recherche scientifique d'intervention sous forme d'enquête

¹⁸ Toutes les offres de prévention du suicide en Suisse sont présentées en détail sous www.ipsilon.ch.

Budget	longitudinale : cette enquête compare l'évolution des jeunes pris en charge dans des projets supra-f avec celle d'un groupe de référence ayant un profil équivalent. Des évaluations sont prévues lors de l'entrée dans un projet supra-f et lors de la sortie; deux évaluations de suivi ont lieu au bout de 12 et 24 mois.
Internet	pas d'indication www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/praevention/
Alliance contre la dépression	
Description	Sachant que la formation complémentaire des médecins généralistes représente une intervention efficace pour réduire le nombre de suicides (étude Gotland [Rutz 1989]), le réseau allemand de compétence «Depression, Suicidalität» à Nuremberg a élaboré un programme d'action complet destiné à la détection précoce et à l'amélioration du traitement des personnes atteintes d'une dépression. Ce programme d'action comprend des formations complémentaires pour les médecins généralistes et les médiateurs (personnel enseignant, personnel soignant, police, assistance spirituelle, etc.), la sensibilisation de l'opinion publique et la mise en place de groupes d'entraide. Le programme de Nuremberg a été un succès et a permis de faire baisser durablement de 25% le taux de suicides. En juillet 2003, le canton de Zoug a lancé le premier projet d'extension en Suisse. L'organisation suprarégionale d'entraide Equilibrium garantit la continuité en cas d'extension à d'autres régions de Suisse. Un autre projet d'extension a démarré en 2004 dans le canton de Berne. Le projet Politique nationale suisse de la santé (1998 – 2003) a soutenu Equilibrium en tant que preneur de licence et l'Office fédéral de la santé publique participe à son accompagnement scientifique.
Budget	pas d'indication
Internet	www.zugerbuendnis.ch et www.kompetenznetz-depression.de (en allemand)

Tableau 8 : Projets locaux ou régionaux de prévention du suicide
(source : état des lieux «Prévention du suicide en Suisse»; www.ipsilon.ch)

Stop Suicide, Genève	
Description	Le but de ce mouvement de jeunes (association) est de dé-tabouiser le du suicide et d'œuvrer pour une prévention efficace du suicide des jeunes. Il a trois axes d'action clairs : travail de base, sensibilisation et actions destinées à promouvoir une prévention efficace du suicide des jeunes. Afin de concrétiser le travail de base, Stop suicide a créé une plate-forme de discussion informelle (site Internet) et organisé actions symboliques (marches silencieuses) en faveur de la prévention du suicide, des interventions dans les écoles, des improvisations théâtrales et autres manifestations artistiques. Stop suicide s'insurge contre les sites Internet qui favorisent le suicide. Les membres de l'association et de la présidence de l'association sont des bénévoles.
Budget	pas d'indication
Internet	www.stopsuicide.ch
Centre d'étude et de prévention du suicide, Genève (CEPS)	
Description	Le «Centre d'étude et de prévention du suicide» se veut le premier interlocuteur pour toutes les situations dans lesquelles un risque de suicide est supposé ou confirmé. Activités : - ligne téléphonique (urgences) : 24 h/24, 7 jours par semaine (022 682 42 42) - conseil : «Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes, UCA» de l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG) - campagnes de sensibilisation : «Fepalcon 500» : remise d'une boîte de médicaments factice portant le numéro de la ligne téléphonique ainsi que, sur la «notice», des informations sur le suicide et les tentatives de suicide; «No Suicide»: bande dessinée réalisée par 11 professionnels de renom, portant sur les principales causes de suicide des jeunes.
Budget	Soutenu par la fondation «Children Action» par une somme de 500 000 CHF par an
Internet	www.hug-ge.ch/adolescents

Forum de prévention du suicide et de recherche sur le suicide, Zurich (FSSZ)	
Description	Le forum de prévention du suicide et de recherche sur le suicide de Zurich (Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich) a été créé en 2001. Il s'agit d'une association interdisciplinaire et régionale : des professionnels de la pratique et de la recherche essaient de trouver des moyens communs pour promouvoir la prévention du suicide et en avoir une approche efficace. Parmi les principales tâches que le FSSZ s'est fixées, on trouve la mise en réseau de la recherche et de la pratique, la prévention du suicide des jeunes, la mise en route de projets de recherche et la sensibilisation de l'opinion publique.
Budget	pas d'indication
Internet	www.fssz.ch (en allemand)
Association CAPS, Onex (Coordination action prévention du suicide)	
Description	Les activités de l'association CAPS sont destinées à l'entourage - proche et élargi - des personnes suicidaires, et non aux personnes suicidaires elles-mêmes. Ses objectifs sont : <ul style="list-style-type: none"> - offrir des prestations adaptées aux besoins des membres dans le domaine de la formation continue et complémentaire, du coaching et de l'évaluation - promouvoir la collaboration entre les acteurs locaux via une plate-forme Internet - fournir des informations sur les projets en cours, les publications, les réseaux - former un réseau avec les groupes professionnels actifs dans le domaine de la prévention du suicide dans le but de coordonner la recherche et d'élaborer un programme de formation en suicidologie.
Budget	pas d'indication
Internet	www.coordination-suicide.ch
Parspas, Valais	
Description	Depuis 2003, PARSPAS organise mensuellement des groupes de parole structurés pour proches et endeuillés d'un suicide, dispose d'une permanence téléphonique d'écoute 24h/24 et dispense, avec le soutien de professionnels, des cours de formation dans le domaine de la prévention et de l'identification des risques suicidaires.
Budget	pas d'indication
Internet	www.parspas.ch
ASICS/SGKS (Association suisse d'intervention de crise et de prévention du suicide), Lausanne	
Description	L'ASICS est un regroupement de professionnels de différentes branches qui organise des formations complémentaires et publie des documents d'information.
Budget	pas d'indication
Internet	pas d'indication
Prévention Suicide Fribourg, Fribourg	
Description	La Direction cantonale de la santé publique a, en 1996, chargé un groupe de travail de mener une recherche sur la problématique du suicide dans le canton de Fribourg. Grâce au soutien financier de la Loterie Romande, l'association «Prévention Suicide Fribourg», créée en 2003, a pu réaliser les premières étapes du projet. Le but principal du projet de prévention, qui consiste à améliorer l'aide et le conseil aux intéressés de même que la collaboration entre les professionnels concernés, passe par : <ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation et l'information des groupes professionnels concernés au moyen de journées de formation continue, - l'élaboration et la mise à disposition de lignes directrices.
Budget	pas d'indication
Internet	www.fr-preventionsuicide.ch
Centre psychiatrique de Schaffhouse	
Description	Le centre psychiatrique de Schaffhouse dispose d'un concept interdisciplinaire d'évaluation de la suicidalité qui travaille à l'aide de questionnaires détaillés et de directives de traitement et de suivi, et se base sur les 10 ans d'expérience du groupe de travail allemand «Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus» (suicidalité et hôpital psychiatrique). Une importante documentation et des journées de formation continue sont disponibles en interne.
Budget	pas d'indication
Internet	www.breitenau.ch

6 Récapitulatif des mesures nécessaires

Sur la base des données énoncées aux chapitres 1 à 5, la prévention du suicide et des tentatives de suicide en Suisse appelle les mesures exposées dans le tableau 9. Responsabilités et financements varient fortement en fonction des mesures concrètes ; celles que prévoit la Confédération sont exposées dans le chapitre 7.

Tableau 9 : Mesures nécessaires

Monitoring et recherche
<ul style="list-style-type: none">- Analyse régulière des décès dus aux suicides en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socio-économique et de la nationalité (migrants de première, deuxième et troisième générations) afin de détecter rapidement les tendances sociodémographiques et socioculturelles (p. ex. dans le cadre des rapports sur la santé de l'Observatoire suisse de la santé, obsan).- Continuité (dans le temps) du relevé des tentatives de suicide en Suisse afin de permettre une participation continue de la Suisse à l'étude multicentrique OMS/EURO de relevé des tentatives de suicide.- Relevé des intentions suicidaires pour l'ensemble de la Suisse et dans toutes les classes d'âges (en particulier chez les adultes et les personnes âgées) dans le cadre des instruments d'enquête existants (p. ex. Enquête suisse sur la santé).- Réalisation d'enquêtes destinées à mieux comprendre l'interaction entre facteurs de protection et facteurs de risque, et à évaluer l'efficacité des mesures de prévention pour les groupes de patients/de population à haut risque de suicidalité (jeunes ayant des problèmes de toxicomanie, adolescents et jeunes adultes au chômage, personnes âgées isolées, personnes en détention [préventive], etc.).
Evaluation et transfert des connaissances
<ul style="list-style-type: none">- Amélioration du transfert des connaissances scientifiques sur les mesures de prévention du suicide vers la pratique (prévention fondée sur des bases factuelles).- Amélioration des efforts d'évaluation des activités de prévention du suicide existantes pour juger de leur efficacité et de leur opportunité et pour élaborer des projets reposant sur des faits probants.- Mise en place ciblée d'un centre national d'information, de documentation et de communication sur la thématique du suicide et des tentatives de suicide.
Coordination et assurance qualité
<ul style="list-style-type: none">- Amélioration de la coordination et de la coopération entre les projets et actions de prévention du suicide en cours (en particulier pour les jeunes); renforcement général de la collaboration suprarégionale au moyen de la planification et de l'exécution de projets suprarégionaux et nationaux.- Elaboration de normes générales de qualité pour les projets de prévention du suicide, les services de conseil et les services d'intervention de crise ambulatoires et stationnaires.
Relations publiques
<ul style="list-style-type: none">- Actualisation et diffusion de directives pour les comptes rendus des médias sur les suicides.- Elaboration et mise en œuvre de mesures destinées à améliorer le niveau de connaissances et d'information de la population sur les maladies psychiques, le suicide et les tentatives de suicide.
Projets de prévention du suicide
<ul style="list-style-type: none">- Reprise ou mise en route d'activités de formation continue/complémentaire pour le personnel médical et les autres groupes professionnels concernés (p. ex. personnel carcéral, personnel d'aide et de soins à domicile, services de conseil, services de sauvetage).- Vaste extension du groupe «Bündnis gegen Depression» (alliance contre la dépression) pour améliorer :<ul style="list-style-type: none">- le niveau de connaissances et d'information de la population sur les dépressions,- la prise en charge et la situation des personnes souffrant d'une dépression.- Elaboration et mise en œuvre de projets de prévention du suicide pour les personnes à haut risque (p. ex. personnes âgées et très âgées, migrants, etc.).

7 Conclusion du point de vue de la Confédération

Signification des suicides et des tentatives de suicide pour la santé publique

La signification du suicide et des tentatives de suicide pour la santé publique et le système de santé découle des facteurs suivants :

- En 2000, plus de personnes sont décédées en Suisse par suicide (1378) que par accident de la route (604), consommation de drogues (205) et sida (135) réunis. Après le recul des décès sur les routes et des suites du sida, le suicide est aujourd'hui la cause de décès la plus fréquente chez les hommes de 15 à 44 ans.
- Le risque de suicide augmente avec l'âge. En raison du vieillissement démographique, on peut donc supposer que le nombre de suicides des personnes âgées et très âgées va nettement augmenter au cours des prochaines décennies.
- Pour chaque suicide, il faut compter 10 à 15 tentatives, c'est-à-dire que chaque année, entre 15 000 et 25 000 personnes commettent une tentative de suicide. Mais seules quelque 10 000 tentatives de suicide étant suivies d'un traitement médical, une grande partie d'entre elles ne bénéficient pas d'un suivi approprié. Une tentative de suicide est le plus grand facteur de risque de suicide ultérieur.
- Le suicide est une cause de décès pouvant être, du moins en partie, évitée/empêchée. Comme la Suisse présente depuis toujours un fort taux de suicides, le potentiel de prévention est important. Les difficultés de détection des personnes suicidaires et d'intervention préventive représentent un enjeu particulier pour le système de santé.

On peut donc dire que le suicide et les tentatives de suicide ne sont pas un problème individuel, mais une thématique de santé publique qui appelle l'implication de la société dans son ensemble.

Mesures de prévention du suicide en Suisse

Les offres spécifiques de prévention du suicide en Suisse sont peu nombreuses et se limitent à quelques centres régionaux. Principalement axées sur les adolescents et les jeunes adultes, elles reposent sur le traitement (intervention de crise) avant et/ou après une tentative de suicide - notamment sur la base d'une initiative privée. Il n'existe pas d'offres de prévention du suicide pour les personnes âgées et très âgées. De plus, la coopération et la coordination entre les projets de prévention existants sont insuffisantes.

C'est pour cette raison que, en décembre 2003, des organisations et institutions de santé, de l'Eglise, des organisations professionnelles et d'entraide ont fondé l'association IPSILON¹⁹, une initiative (privée) de prévention du suicide en Suisse. Cette association apporte à ses membres le soutien d'un centre de compétence professionnelle, morale et politique. Active à l'échelle nationale, IPSILON entend être un interlocuteur privilégié pour les administrations fédérales et cantonales.

Comme la plupart des suicides et des tentatives de suicide sont liés à des maladies psychiques et à des crises psychosociales, il semble indispensable de coordonner les mesures actuelles et futures de prévention du suicide et les travaux pour une « Stratégie nationale en vue de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse ».

Celui permettrait d'assurer la mise en place d'activités de coordination et de coopération adéquates, de renforcer l'échange d'expériences entre les cantons et les organisations privées et d'améliorer les activités d'évaluation. A long terme, il serait possible de proposer des mesures de prévention sur l'ensemble du pays, pour tous les groupes d'âges et toutes les classes sociales. Vu la complexité de

¹⁹ Les membres fondateurs sont: Caritas Suisse, Children Action Fondation pour la Protection de l'Enfance, Fédération Suisse des psychologues (FSP), Hôpitaux Universitaires de Genève (CEPS), Pro Mente Sana, Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (SSPPEA), Association suisse d'intervention de crise et de prévention du suicide (ASICS/SGKS), Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSP), Fédération des Eglises protestantes de Suisse, Croix-Rouge suisse (CRS), Association Suisse «La Main Tendue», Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP), Fédération des médecins suisses (FMH), Association Equilibrium, Association Refugium, Association Regenbogen (arc-en-ciel).

la thématique du suicide et des tentatives de suicide, il semble judicieux d'élaborer en même temps un projet d'un plan national de prévention du suicide. Celui-ci devra servir de base commune à toutes les organisations et institutions actives dans le domaine de la prévention du suicide.

Mesures à prendre par la Confédération pour la prévention du suicide

Les possibilités légales d'intervention de la Confédération dans le domaine de la prévention du suicide sont très limitées.

Toutefois, le Conseil fédéral a, par sa décision du 25 mai 2005, chargé le DFI (Office fédéral de la santé publique), en coordination avec les institutions fédérales concernées, les cantons et les institutions privées de prévention du suicide, de vérifier la possibilité de mise en œuvre des mesures suivantes :

- Intégration de la thématique du suicide et des tentatives de suicide dans la rédaction de rapports sur la santé de la Confédération et des cantons.
- Adjonction de questions sur les tentatives de suicide et les pensées suicidaires aux instruments de monitoring existants dans le domaine de la santé (p. ex. Enquête suisse sur la santé, monitoring de la santé de la population migrante).
- Intégration de la thématique du suicide et des tentatives de suicide :
 - dans des programmes existants de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie (p. ex. éducation+santé Réseau Suisse, supra-f),
 - et dans des projets prévus dans le domaine «vieillesse et santé».
- Elaboration de mesures d'assurance qualité dans le domaine de l'intervention de crise (y compris diagnostic et traitement des maladies psychiques).
- Intégration de la thématique du suicide, des tentatives de suicide et du comportement suicidaire dans la formation/formation continue/formation complémentaire du personnel médical (projet LPMéd) et dans la formation complémentaire des psychologues (avant-projet LPsy).
- Elaboration d'une proposition de Programme National de Recherche (PNR) sur la thématique «Santé psychique et suicidalité».

Parallèlement à cela, la collaboration et la communication entre la Confédération et les cantons, d'une part, et IPSILON, d'autre part, devront être institutionnalisées de manière adéquate. Il conviendra en outre, dans le cadre des autres études préliminaires du DFI (OFSP) relatives à une modification de la législation en matière de prévention, d'examiner la possibilité et la nécessité d'introduire, dans la législation fédérale, une base légale pour la prévention des troubles psychiques.

8 Bibliographie

- Ajdacic-Gross 1999*: Ajdacic-Gross V: Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft. Bern, Peter Lang, 1999.
- ASSM 1995*: Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes, Académie Suisse des Sciences Médicales, Bâle, 1995. A consulter sous: www.samw.ch/content/Richtlinien/f_Sterbehilfe.pdf
- ASSM 2004*: Prise en charge des patients en fin de vie. Directives médico-éthiques de l'ASSM. 1^{ère} publication pour la procédure de consultation; Académie Suisse des Sciences Médicales, Bâle, 2004. A consulter sous: www.samw.ch/content/Richtlinien/f_RL_Sterbehilfe.pdf
- Beautrais 2000*: Beautrais AL: Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998, National Health and Medical Research Council, Canberra, 2000.
- Bosshard 2003*: Bosshard G, Ulrich E, Bär W: 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. Swiss Medical Weekly 2003; 133: 310-317.
- Bronisch 1999*: Bronisch T: Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention, München, C.H. Beck, 1999.
- Caplan 1964*: Caplan G: Principles of preventive psychiatry, New York, London, Basic Books, 1964.
- Clayton 1996*: Clayton D, Barcelo A: The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. Chronic Disease in Canada, 1999; 20: 89-95.
- Cullberg 1978*: Cullberg J: Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 1978: 25-30.
- Faisst 2003*: 27. Faisst K, Fischer S, Zellweger U, Bosshard G, Bär W, Gutzwiller F: Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84:1676-1678.
- Fatke 2003*: Fatke R: Suizid im Jugendalter: Jugendliche brauchen Achtung und Unterstützung, SuchtMagazin 2003; 29: 3-8
- Fiedler 2001*: Fiedler G, Lindner R: Suizidforen im Internet; document sur Internet: www.suizidprophylaxe.de/Tagungen/suizidforen.pdf
- Fiedler 2003*: Fiedler G.; Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten, document sur Internet: www.uke.uni-hamburg.de/Clinics/Psych/TZS/online-text/daten-fakten-rev_2-2.pdf
- FMH/OFSP 1992*: Fédération des médecins suisses, Office fédéral de la santé publique (éd.): Krise und Suizid. Seminar für Ärzte. Basisdokument, Bern, 1992
- Frei 2001*: Frei A, Schenker TA, Finzen A, Krauchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U: Assisted suicide as conducted by a Right-to-Die-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. Swiss Medical Weekly 2001; 131: 375-380.
- Goldsmith 2002*: Goldsmith S et al. (éd.): Reducing suicide: a national imperative, Institute of Medicine, Washington, 2002.
- Hoffmann-Richter 2002*: Hoffmann-Richter U et al.; Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. Psychiatrische Praxis 2002; 29: 22-24.
- Jeanneret 1982*: Ladame F, Jeanneret O: Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and Prevention. Journal of Adolescence 1982; 5: 355-366.
- Levi 2003*: Levi F, La Vecchia C, Saraceno B: Global suicide rates. European Journal of Public Health 2003; 13: 97-98.
- MHE 2003*: Draft of the Guidelines for Country-based Programmes of Suicide Prevention, Mental Health Europe, 2003.

- Michel 1986.* Michel K: Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? Schweizerische medizinische Wochenschrift 1986; 116: 770-774
- Michel 1991:* Michel K, Knecht C, Kohler I, Sturzenegger M: Suizidversuche in der Agglomeration Bern. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1991; 121: 1133-1139.
- Michel 1994:* Michel K, Waeber V,: Attempted Suicide in Bern, 1989-1991. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U et al. (Hrsg.): Attempted Suicide in Europe. Leiden, DSWO Press, 1994: 73-86.
- Michel 2000.* Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U et al.: Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2000; 35:156-163.
- Murphy 1975:* Murphy GE: The Physician's Responsibility for Suicide. II. Errors of Omission. Annals of Internal Medicine 1975, 82: 305-309.
- Murphy 2000.* Murphy G: Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Substance abuse. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 135-146.
- Narring 2003:* Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L et al.: Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002. Lausanne, Bern, Bellinzona, 2003.
- Nylev Stenager 2000.* Nylev Stenager E, Stenager E: Physical Illness and Suicidal Behaviour. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 405-420.
- OMS 1986.* Working Group on Prevention Practices in Suicide an Attempted Suicide. York, 22-26th September 1986.
- OMS 1999.* Bille-Brahe U (éd.): WHO/Euro Multicentre study on parasuicide. Facts and Figures, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
- OMS 1999a:* Santé 21. Plan-cadre «Santé pour tous» pour la région européenne de l'OMS, Comité régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague, 1999.
- OMS 2002.* Krug EG et al. (éd.): World report on violence and health, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2002.
- OMS 2002a:* Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies, Comité régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague, 2002 (EUR/02/5034834).
- OMS 2004:* For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Comité régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague, 2004
- OMS 2004a:* Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2004.
- ONU 1996.* Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies, Nations Unies/Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1996.
- PNS 2004:* Santé psychique. Projet de Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse, Politique nationale suisse de la santé, Berne, 2004.
- Rey Gex 1998:* Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA: Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998; 98: 28-33.
- Richardson 2002.* Richardson GE, Waite PJ: Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. International Journal of Emergency Mental health 2002; 4: 65-75.
- Runeson 1994:* Runeson B, Wasserman D: Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; 90: 222-228.

- Rutz 1989:* Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989, 80: 151-154.
- Sakinofsky 2000:* Sakinofsky I: Repetition of Suicidal Behaviour. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 385-404.
- Schmidtke 1994:* 67. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al.: Rates and Trends of Attempted Suicide in Europe, 1989-1992. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U et al. (éd.): *Attempted Suicide in Europe*. Leiden, DSWO Press, 1994: 209-230.
- Schopper 2000:* Schopper D, Pereira J, Torres A et al.: Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us? *International Journal of Epidemiology* 2000; 29: 871-877.
- Sonneck 1994:* Sonneck G, Etzersdorfer E, & Nagel-Kuess S: Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 453-457.
- SSSP 2002:* Buts de santé pour la Suisse. La santé pour tous au 21^{ème} siècle (OMS Europe), Société suisse de santé publique, Berne, 2002.
- Tschannen 2004:* Tschannen P, Buchli M: *Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention*. Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Berne, 2004.
- Weiss 1993:* Weiss W, Billo N, Binder J et al.: *La santé en Suisse*. Lausanne, Payot, 1993.
- Ziegler 2002:* Ziegler W, Hegerl U: Der Werther-Effekt. Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen, *Der Nervenarzt* 2002; 73: 41-49.