

## 2. PRÉVENIR LE SUICIDE

*Sophie Lochet, Irina Inostroza, Laurent Michaud, Yves Dorogi et Muriel Étienne*

### ✓ À retenir

- Les interventions de prévention permettent de faire baisser le taux de suicide et de tentative de suicide.
- Ces interventions peuvent se déployer à plusieurs niveaux, sur l'ensemble de la population ou sur des groupes et individus considérés comme plus à risque.
- Les actions de prévention et leurs contenus doivent être adaptés aux groupes cibles et personnes visées.
- Les stratégies de prévention principales sont la sensibilisation du public, la formation des professionnels, le travail auprès des médias, la restriction de l'accès aux moyens et le repérage et traitement approprié des troubles psychiques.
- De nombreux acteurs sont nécessaires à une prévention efficace : réseau socio-sanitaire, associations, politiques, forces de sécurité, entre autres. La coordination entre tous ces acteurs et le travail en réseau sont indispensables pour que la prévention fonctionne.
- Bien connaître les ressources d'aide peut aider à orienter efficacement une personne en détresse.

### Mesures préventives

#### Quelle prévention pour quels effets ?

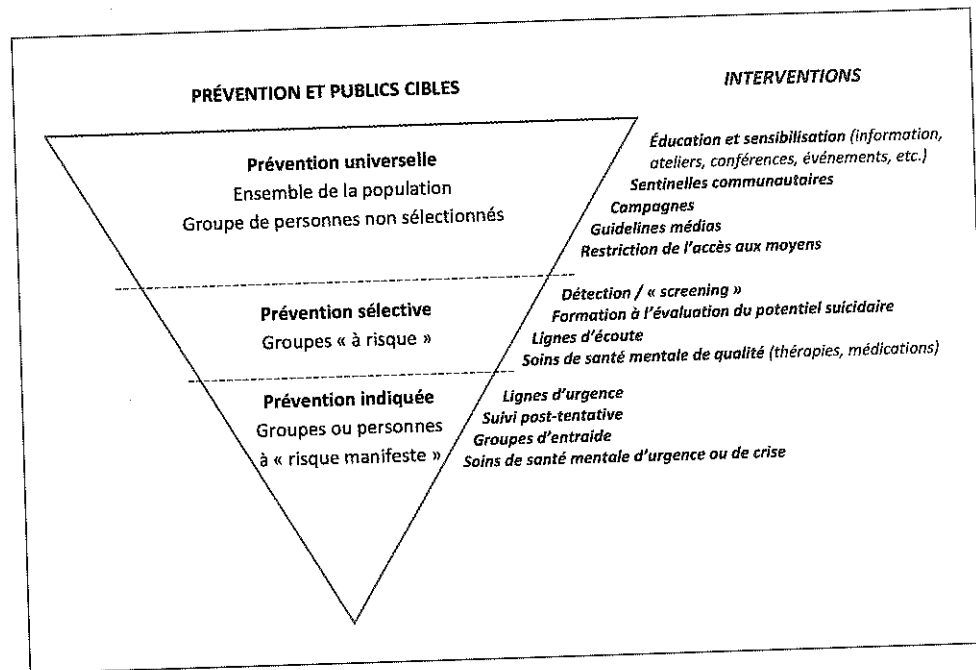
Le but de la prévention du suicide est de réduire les pensées et comportements suicidaires, les passages à l'acte et les décès par suicide.

Il existe de nombreuses mesures de prévention qui visent différentes populations et interviennent à différentes étapes du processus suicidaire. Dans son rapport de 2014 sur la prévention du suicide [1] l'Organisation mondiale de la santé préconise des stratégies de prévention du suicide « globales et multisectorielles », établies au niveau national sur cinq à dix ans et s'appuyant sur des données fiables.

En fonction du niveau d'intervention, la prévention va viser différents objectifs qui peuvent être très larges (diminuer le mal-être chez les jeunes), très spécifiques (promouvoir une ligne téléphonique d'aide), se situer à un niveau collectif (augmenter l'entraide dans certains groupes) ou individuel (consultations psychologiques gratuites). On peut classer les mesures de prévention en fonction des publics ciblés (voir le schéma ci-dessous) :

- prévention universelle : s'adresse à toute la population ou tout un groupe sans distinction (tous les jeunes, toutes les femmes...);
- prévention sélective : s'adresse à des « groupes à risque » (jeunes LGBT, migrants, détenus, personnes âgées isolées, personnes souffrant d'addictions, etc.);

- prévention indiquée: s'adresse à une personne ou un groupe évalué comme « à risque manifeste » (patients suicidaires, jeunes ayant déjà passé à l'acte, personne en crise suicidaire).



SOURCE: STOP SUICIDE

Dans les faits, il est souvent difficile d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention. Le suicide étant multifactoriel, il est délicat d'attribuer la hausse ou la baisse du taux de suicide à des mesures de prévention particulières. De plus, il y a peu de données statistiques fiables sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. Cependant on observe dans plusieurs pays (Québec, Finlande, Angleterre) une diminution du taux de suicide suite à la mise en place de stratégies volontaires de prévention [1].

Certains programmes de prévention ont fait l'objet de recherches et d'évaluation. Les mesures dont l'efficacité est prouvée seront abordées dans ce chapitre: la réduction de l'accès aux lieux ou méthodes de suicide, la sensibilisation directe auprès des jeunes, des soins de santé mentale de qualité et accessibles ou encore une stratégie auprès des médias [1].

### Prévention universelle: parler du suicide

Le suicide nous concerne toutes et tous. En Suisse, on estime que 10% de la population traversera une crise suicidaire au cours de sa vie [2]. Les pensées suicidaires concernent environ 20% des jeunes [3] et un suicide avéré touche durablement le réseau social de la personne décédée.

Pourtant, parler du suicide suscite de nombreuses résistances. Le sujet est souvent douloureux, intime, et on préfère ne pas l'aborder. Le suicide est encore un sujet tabou, qui fait l'objet de nombreuses idées reçues. Les personnes en crise suicidaire ont généralement honte ou peur d'en parler à leur entourage et de demander de l'aide. Une première étape de la prévention consiste donc à informer sur le suicide, à déconstruire les idées reçues, à inciter chacun à être attentif aux autres et à soi-même pour pouvoir repérer une crise suicidaire et agir avant qu'il ne soit trop tard.

Les mesures de prévention universelle sont souvent des mesures de communication. Ces mesures visent à changer nos représentations et nos comportements, à favoriser les facteurs de protection et la demande d'aide et à développer les compétences en matière de santé mentale avec des méthodes participatives [4-6].

### Sensibiliser à travers des campagnes de prévention

Des campagnes de prévention existent pour la prévention routière, le Sida, le tabagisme... et la prévention du suicide. À travers des outils de communication et des techniques de marketing social, ces campagnes visent à faire baisser le taux de suicide parmi la population générale. Pour être efficaces, elles doivent être couplées avec une prise en charge et une offre de soins ou des lignes d'aide [7].

À Nuremberg, le projet *Alliance contre la dépression* diffusait le message que la dépression peut toucher tout le monde et peut être traitée. En se basant sur des services d'aide, la coopération avec des médecins généralistes et une campagne d'information grand public, ce projet mis en place en 2001-2002 a permis de faire baisser de 24% les suicides et tentatives. Ce projet a été dupliqué dans plusieurs cantons suisses [8].

En Écosse, la stratégie nationale de prévention, *Choose Life* [9], a permis une baisse de 18% du taux de suicide entre 2002 et 2006. Elle s'appuie sur des formations aux professionnels, deux lignes d'aide, la coordination au niveau national et local des réseaux de prévention et une campagne de sensibilisation pour parler du suicide. Cette stratégie a été reconduite jusqu'en 2016.

En Suisse, la campagne *Là pour toi* [10] vise les jeunes et leur entourage et s'appuie sur l'affichage public, la distribution de flyers et l'organisation d'événements artistiques créés avec et pour des jeunes, pour les inciter à aider leurs amis en difficulté.

### Intervenir en milieu scolaire

Une approche globale de prévention primaire du suicide en milieu scolaire vise à [11]:

- sensibiliser les élèves aux problèmes de santé mentale;
- déstigmatiser la souffrance psychique;
- encourager les élèves à reconnaître les signes de mal-être (chez eux et leurs amis);
- faciliter l'accès aux professionnels d'aide dans les écoles;
- développer les compétences psychosociales des élèves.

Ces axes se concrétisent par diverses mesures dont le but final est de réduire les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Ces mesures sont généralement des campagnes

d'information, des interventions auprès des élèves, la sensibilisation des professionnels et la formation de sentinelles [12].

Tous les programmes de prévention à l'école ne sont pas efficaces [13]. Une étude récente révèle l'efficacité des interventions de prévention menées directement auprès des élèves sur plusieurs semaines, axées sur l'acquisition de compétences psychosociales et des méthodes participatives [2]. Celles-ci ont permis de faire diminuer de 50% les pensées et tentatives de suicide. Ce type d'intervention se révèle plus efficace que la formation des enseignants ou le dépistage systématique, mais peut aussi être combiné dans une approche globale.

### Former des sentinelles en prévention

Les programmes « sentinelles » ou « *gatekeepers* » visent à donner une formation de base à des personnes bénévoles ou professionnelles proches des milieux à atteindre pour y rencontrer des personnes suicidaires. Leur rôle n'est pas de soigner mais de détecter et orienter vers une aide adéquate.

Ces formations contiennent des informations sur le processus suicidaire, les signaux d'alerte, les facteurs de risque et de protection, les ressources d'aides existantes et des techniques d'écoute active et d'orientation. Au Québec, ces programmes sont implantés dans les écoles et universités. Des réseaux de sentinelles se développent également dans le milieu agricole ou dans des entreprises (Belgique), voire dans la police et l'armée [14].

Comme les campagnes de prévention, ces programmes démontrent leur efficacité quand ils font partie d'une stratégie plus large. La police de Montréal a notamment développé un programme de formation « sentinelles » pour les cadres et les délégués syndicaux, une ligne d'aide et une campagne de sensibilisation en interne. En dix ans, le taux de suicide de la police montréalaise a diminué de 79% [15].

L'intérêt de ce type de projet est d'atteindre des personnes qui sont éloignées du soin ou du social, en amont des situations urgentes.

### Coopérer avec les médias

Plus de 50 études dans le monde entier ont montré [16] que la publication d'une nouvelle sur le suicide dans les médias est liée à l'augmentation du taux de suicide et de tentative de suicide au sein de la population. L'effet Werther désigne ce phénomène d'imitation, en référence à une vague de suicides associés à la publication du roman de Goethe *Les Souffrances du jeune Werther* au XVIII<sup>e</sup> siècle. Il existe des programmes de prévention pour limiter l'effet Werther à travers des recommandations aux médias et favoriser la publication d'informations de nature préventive. C'est l'effet dit Papageno, du nom du protagoniste de *La Flûte enchantée* de Mozart, qui est sauvé du suicide par trois amis.

L'effet potentiel d'articles de presse dépendra de la manière dont les médias parlent du suicide [17] (style, structure, contenu, etc.). Un contenu médiatique peut avoir un effet préventif s'il n'évoque pas la méthode de suicide de façon sensationnaliste et répétée, s'il contient des récits de personnes qui ont surmonté une crise suicidaire sans passer à l'acte, s'il informe sur les ressources utiles pour trouver de l'aide, s'il rappelle que le suicide est un phénomène complexe et qu'il résulte de l'accumulation de différents facteurs

sociaux et individuels, et enfin s'il évite de glorifier l'acte ou de le présenter de façon romantique [18].

Comme le montrent des actions menées en Grande-Bretagne [19] ou en Suisse [20], réagir auprès des rédactions est une stratégie efficace pour sensibiliser au potentiel préventif ou incitatif d'un article traitant du suicide. Très souvent, les médias acceptent de faire des rectifications, en supprimant par exemple des détails sur la méthode de suicide [21]. Les organes de la prévention doivent rencontrer les journalistes et les rédactions en chef, et leur apporter des conseils et des données fiables en amont de la publication d'un article pour orienter vers une médiatisation du suicide à caractère préventif [22].

L'intervention auprès des journalistes en formation est « pertinente au regard des recommandations de la littérature scientifique » et continue d'être nécessaire pour sensibiliser les futurs journalistes [23]. Les programmes Papageno en France [24], STOP SUICIDE en Suisse [25] ou Mindframe en Australie [26] s'y emploient. De nombreuses écoles de journalisme en ont bénéficié et permettent aux journalistes en devenir d'interroger leurs idées reçues sur le suicide [24]. Les journalistes en formation jugent utile de recevoir des conseils et des outils concrets et se sentent mieux préparés à l'éventualité de traiter du sujet [21].

La collaboration avec d'autres acteurs concernés (police, justice, action sociale, etc.) et la formation des professionnels de la santé à parler aux médias complètent ces actions.

### Prévention situationnelle : limiter l'accès aux moyens

Le contexte géographique, culturel, démographique ou le type de problème de santé mentale influence les moyens utilisés pour se suicider au sein de la population. La disponibilité directe d'une méthode de suicide est un facteur de risque, comme le fait de vivre avec une arme à domicile (a fortiori chargée) ou à proximité d'un lieu sensible (un pont de hauteur élevée par exemple) [1].

Restreindre l'accès à des méthodes de suicide est une des stratégies les plus efficaces pour prévenir les suicides [14]. Certaines mesures ont un impact démontré sur les taux de suicide dans le monde, parmi lesquelles les grillages ou les filets sur les ponts, la limitation de l'accès aux médicaments, aux armes à feu ou à certains produits chimiques. La plupart des personnes suicidaires ne sont pas sûres de vouloir mourir ou réagissent de façon impulsive à un facteur de stress extrême. Les mesures de protection permettent de « gagner du temps » et de tirer parti de cette ambivalence pour désamorcer la crise. Les études montrent que si une méthode est inaccessible, il n'y a pas de report intégral sur une autre méthode [27, 28].

Ces mesures peuvent intervenir au niveau national (loi, réglementation sur le stockage et la circulation des armes à feu), au niveau local (la sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel (dans l'environnement de l'individu à risque, comme l'arme à domicile) [1, 10]. Les politiques en la matière nécessitent de recenser et d'analyser la manière dont les différents groupes de population se suicident et les zones géographiques concernées pour définir des priorités sur lesquelles se concentrer, ainsi que le coût et le type de mesures de prévention appropriées. Elles reposent également sur la coopération et la collaboration multisectorielle entre les différents acteurs concernés [1].

## Prévention sélective : cibler des groupes et individus « à risque »

### Le dépistage systématique

De nombreuses démarches visent à identifier des personnes à risque à l'intérieur d'une population, via différents outils de dépistage (par exemple : questionnaire pour repérer les jeunes ayant des pensées suicidaires au sein d'une école), afin de leur proposer ensuite une aide appropriée. Si ces démarches apparaissent utiles pour aider les personnes suicidaires à accéder à une aide, il n'est actuellement pas établi qu'elles permettent de diminuer le taux de suicide [14].

Il est à noter par ailleurs que les programmes de détection peuvent augmenter la stigmatisation, et donc l'exclusion ou le mal-être de certaines personnes, ou provoquer des signalements inutiles qui épuisent le réseau de soins. Ces mesures de dépistage doivent donc veiller à ne pas tomber dans ces écueils pour offrir une aide réelle aux personnes concernées.

### Offrir des soins de qualité en santé mentale

Le suicide et les tentatives de suicide étant généralement en lien avec des maladies psychiatriques (voir le chapitre I.1 *Épidémiologie du suicide*), des soins psychiques de qualité sont importants. Dans ce sens, la bonne formation des professionnels de santé mentale ou la disponibilité de traitements ambulatoires et hospitaliers adaptés aux différentes maladies peuvent contribuer à la prévention du suicide [29]. Outre ces mesures générales, des interventions spécifiques visant à diminuer le suicide ou les tentatives de suicide existent. Ainsi, de nombreuses interventions ont montré leur efficacité après les tentatives de suicide (voir le chapitre III.9 *Tentatives de suicide*). Du point de vue des médicaments, le lithium a un effet préventif sur le suicide dans plusieurs populations, ce qui semble aussi le cas de certains autres stabilisateurs de l'humeur [14]. Les données concernant les antidépresseurs semblent aller dans le sens d'un effet protecteur [14], même si elles sont plus controversées, notamment chez les enfants et adolescents [30] (voir les chapitres IV.1 *L'enfant suicidaire*, IV.2 *L'adolescent suicidaire*, III.5 *Suicide et médicaments*).

### Former les professionnels du réseau santé-social

Les professionnels de la santé et du social rencontrent très régulièrement des personnes suicidaires et une majorité d'entre eux seront confrontés à un ou plusieurs suicides durant leur carrière (voir le chapitre VII.2 *Les professionnels après le suicide*). Dans le domaine de la santé mentale, le suicide de patients est considéré comme un risque professionnel [31]. Une grande proportion de victimes de suicide a en effet eu un contact avec un professionnel de la santé dans le mois précédant le geste fatal [32]. Face à ces constats, la formation apparaît comme l'une des mesures importantes dans la prévention du suicide.

Cependant, les dispositifs de formation sont jugés, dans leur ensemble, insuffisants [33], malgré les résultats d'études [14] qui démontrent des effets positifs, notamment de la formation des médecins de soins primaires avec des diminutions du taux de suicide.

La formation doit toucher l'ensemble des professionnels dont le dénominateur commun est la relation d'aide afin que chacun puisse mieux intervenir dans son contexte professionnel et s'appuyer sur l'ensemble du système de soins et plus particulièrement sur les professionnels de la santé mentale [34]. Elle doit être centrée sur le développement de compétences nécessaires pour rencontrer une personne suicidaire. Les compétences visées

[35] touchent différentes dimensions : la connaissance de la problématique suicidaire, la gestion de ses propres réactions et attitudes auprès d'une personne suicidaire, l'évaluation approfondie du potentiel et du processus suicidaires, l'élaboration de mesures d'accompagnement, voire d'un plan de traitement, en s'appuyant sur le réseau de soins, l'identification et la promotion des facteurs protecteurs, le fait de prendre soin de soi et d'identifier ses propres limites. Les méthodes de formation reconnues comme les plus efficaces sont celles qui reposent sur l'interactivité et l'expérientiel, notamment au travers de mises en situation [35].

### Prévention indiquée : agir à temps et en réseau

L'articulation des différents acteurs de la chaîne de la prévention jusqu'au soin au niveau local est essentielle pour faire baisser le taux de suicide et de récurrence [36].

### Orienter vers l'aide appropriée

Lorsqu'une personne a des pensées, voire des plans suicidaires, en fonction de la gravité de la crise, différentes aides professionnelles peuvent être mobilisées : lignes téléphoniques d'aide et d'urgence, groupes d'entraide, thérapies, assistants sociaux, hospitalisation... La diversité des causes de vulnérabilité implique qu'un grand nombre d'acteurs peut potentiellement aider une personne à surmonter une crise suicidaire. La connaissance du réseau de santé et de soins est donc essentielle, afin d'éviter à la personne concernée de devoir sonner à de nombreuses portes avant de trouver l'aide appropriée.

### Mobiliser les proches et les professionnels

Pour les personnes en détresse, il peut être très difficile d'admettre qu'elles ont besoin d'aide et de faire cette démarche. De nombreuses personnes craignent d'être hospitalisées ou de susciter le rejet de leur entourage. C'est pourquoi une démarche de prévention doit s'appuyer sur les proches et l'entourage de la personne en crise, afin de s'assurer qu'elle trouve du soutien et qu'elle reste en lien. La communication entre professionnels et l'entourage est un levier fort de prévention.

### Travailler en réseau pour garder une cohérence dans la chaîne d'aide

Généralement, les personnes en crise suicidaire cumulent différentes difficultés, qui peuvent être d'ordre psychique, somatique, économique, judiciaire, en lien avec l'insertion professionnelle ou scolaire, la vie amoureuse, des traumatismes passés ou récents, des conflits familiaux... Plusieurs professionnels peuvent être appelés à travailler ensemble autour de la personne. La multiplicité des partenaires permet de traiter la crise dans sa complexité, mais elle est parfois un frein à la mise en place d'un soutien efficace. Notamment dans le cas des jeunes ou des patients psychiatriques lourds, les personnes sont souvent envoyées d'interlocuteur en interlocuteur, ce qui occasionne des ruptures dans le soin et le suivi. Un système de « référent unique » peut pallier en partie ce manque. Globalement, le travail en réseau au niveau local entre les acteurs de la santé et du social permet de limiter ces effets de coupure.

## La postvention : limiter la récurrence et la contagion

La postvention vise à offrir un soutien aux personnes endeuillées par un suicide, qu'il s'agisse de l'entourage familial ou amical de la personne décédée, de ses collègues de travail ou de formation ou encore des soignants impliqués dans son suivi [1]. D'autres interventions peuvent être proposées aux personnes confrontées au suicide *via* leur activité professionnelle (conducteur de train, forces de l'ordre, etc.). Ces interventions visent à soutenir le travail de deuil et réduire les possibles comportements d'imitation [1]. Elles peuvent prendre la forme d'entretiens individuels ou de groupes d'entraide [37].

La postvention est détaillée dans deux chapitres de cet ouvrage, relatifs aux interventions auprès de l'entourage des personnes endeuillées (chapitre VII.1 *Les proches après le suicide*) et aux professionnels touchés par un suicide (chapitre VII.2 *Les professionnels après le suicide*).

## À quoi être attentif ?

Au niveau institutionnel, afin de mettre en œuvre des mesures de prévention de qualité, plusieurs critères doivent être respectés. En particulier la durabilité : les mesures doivent s'inscrire dans une stratégie globale et dans la durée : Cela implique de sensibiliser les décideurs à la prévention du suicide et d'obtenir un soutien politique au plus haut niveau, local ou national, pour garantir la pérennité des projets. Cela suppose aussi d'anticiper les résistances et les enjeux financiers. La légitimité scientifique : autant que possible, les mesures doivent s'appuyer sur des données fiables, être évaluées et intégrer la collecte de données, à la fois pour mesurer leur impact et faire progresser la recherche. La communication bienveillante : le thème du suicide est un sujet intime et douloureux pour beaucoup de personnes, y compris les professionnels, il s'agit d'en être conscient pour lever les résistances. Aucune prévention n'étant absolue, il convient d'axer les projets sur la relation plutôt que sur le contrôle.

Dans la prévention universelle, le message doit être diffusé que chacune et chacun peuvent être des acteurs de prévention, *via*, dans la vie quotidienne, une attention particulière à l'autre, une capacité d'écouter sans juger et de connaître ses propres limites, une ouverture au dialogue avec ses proches sur la question du suicide. Faire part de son inquiétude, parler du suicide mais aussi des ressources qui existent pour sortir d'une crise, accompagner un proche dans une démarche de soins ou tout simplement prendre de ses nouvelles et rester en lien sont autant d'attitudes et d'actions à promouvoir dans ce contexte.

Pour les intervenants de première ligne qui peuvent être en relation avec des personnes en crise suicidaire, il est indispensable de se former pour identifier et qualifier le potentiel suicidaire, connaître les ressources dans le réseau, être attentif aux émotions et aux contre-attitudes que le danger suicidaire suscite, connaître ses limites et s'appuyer sur un soutien adéquat dans le réseau, enfin se prémunir soi-même du suicide car les professions d'aide sont également des professions « à risque ». Dans la plupart des équipes, une supervision ou une formation adéquate peut permettre de diminuer ce risque.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé, Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial, rapport de 2014, consulté sur [www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/fr/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/)
2. Office fédéral de la santé publique suisse, *Le Suicide et la prévention du suicide en Suisse, Rapport répondant au postulat Widmer* (02.3251), 2005.
3. Narring F., et al., *Étude SMASH. Santé et styles de vie des adolescents de 16 à 20 ans en Suisse*, 2002.
4. Wasserman D., et al., *School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*, 2015.
5. Mishara, B. L. et Ystgaard M., Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends, *Early Childhood Research Quarterly*, 2006;21(1):110-23.
6. STOP SUICIDE, L'étude SEYLE et le programme YAM, un résumé, 2016.
7. Observatoire national du suicide, *Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche*, 1<sup>er</sup> rapport, France, novembre 2014:95.
8. Hegerl U., Althaus D., Schmidtke A. et Niklewski G., The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality, *Psychological Medicine*, 2006;36(9):1225-33.
9. [www.suicide-prevention.org.uk](http://www.suicide-prevention.org.uk)
10. [www.lapourtoi.ch](http://www.lapourtoi.ch)
11. Enfants en santé Manitoba, *Meilleures pratiques en matière de prévention du suicide dans les écoles: une approche globale*, Gouvernement du Manitoba, Canada, 2014.
12. Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur le postulat Devaud, « Le suicide des jeunes, quelle prévention dans notre canton ? », Canton de Vaud, novembre 2013.
- Mann J. J., et al., *Suicide prevention strategies: a systematic review*, *Journal of the American Medical Association*, 2005.
14. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M., et al., *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*, *The Lancet Psychiatry*, 2016;3(7):646-59.
15. Mishara B. L. et Martin N., *Effects of a comprehensive police suicide prevention program*, *Crisis*, 2011.
16. Pirkis J. et Blood W., *Suicide and the news and information media, A Critical Review*, 2010, consulté sur [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info)
17. Notredame C.-É., et al., *Le traitement médiatique du suicide: du constat épidémiologique aux pistes de prévention*, *Presse Med*, 2015, consulté sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.07.018>

18. Organisation mondiale de la santé. Comment parler du suicide? Indications pour les professionnels de la santé, 2008, consulté sur <http://bit.ly/2e23Yqu>
19. Samaritans, Leveson Inquiry: Culture, Practice and Ethics of the Press, 2011, consulté sur [bit.ly/1SGO3ea](http://bit.ly/1SGO3ea)
20. Michel K., Frey C., Wyss K. et Valach L., An exercise in improving suicide reporting in print media, *Crisis*, 2000;21(2):71-9.
21. Inostroza I. et Schweizer Rodrigues J. (sous presse), «Raising Media Awareness in French-speaking Switzerland: Best Practices», in *Media and Suicide: International Perspectives on Research, Theory, and Policy*, Transaction Books, 2017.
22. Piraud A., Prévention et journalisme, un dialogue subtil. Améliorer le traitement médiatique du suicide, 2016, consulté sur [bit.ly/2eAQXWI](http://bit.ly/2eAQXWI)
23. The MediaWise Trust. Reporting suicide worldwide: Media Responsibilities, 2001, consulté sur [bit.ly/2edvAJX](http://bit.ly/2edvAJX)
24. Papageno Programme, Auprès des étudiant-e-s en journalisme, 2015, consulté sur [papageno-suicide.com/a-propos/](http://papageno-suicide.com/a-propos/)
25. STOP SUICIDE, programme Média, consulté sur [www.stopsuicide.ch/site/content/visites-de-redaction](http://www.stopsuicide.ch/site/content/visites-de-redaction)
26. Mindframe, National Media Initiative, consulté sur [www.mindframe-media.com/for-universities](http://www.mindframe-media.com/for-universities)
27. Maire V., La prévention situationnelle à l'épreuve des suicides par saut dans le vide. Le cas du pont Bessières, *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, juillet 2007;60:387-98.
28. Reisch T., Sur le sens de la prévention du suicide sur les ponts en Suisse: « Ne vont-ils pas sauter dans le vide à un autre endroit? », *Bulletin des médecins suisses*, 2009;90(19):747-8.
29. Rapport de l'Office fédéral de la santé publique, « La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action », version pour consultation printemps 2016.
30. Bielefeldt A. O., Danborg P. B. et Gotzsche P. C., Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2016;109(10):381-92.
31. Gulfi A., Castelli Dransart D. A., Heeb J. L. et Gutjahr E., The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers, *Crisis*, 2010;31(4):202-10 et 13-22.
32. Luoma J. B., Martin C. E. et Pearson J. L., Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence, *American Journal of Psychiatry*, 2002;159(6):909-16.
33. Sudak D., Roy A., Sudak H., Lipschitz A., Maltsberger J. et Hendin H., Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors, *Academic Psychiatry*, 2007;31(5):345-9.
34. Schmitz W. M., Jr., Allen M. H., Feldman B. N., Gutin N. J., Jahn D. R., Kleespies P. M.,

- et al.*, Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: an american association of suicidology task force report addressing serious gaps in US mental health training, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2012;42(3):292-304.
35. Cramer R. J., Johnson S. M., McLaughlin J., Rausch E. M. et Conroy M. A., Suicide risk assessment training for psychology doctoral programs: Core competencies and a framework for training, *Training and Education in Professional Psychology*, 2013;7(1):1-11.
36. Schmid-Nichols N. et Edan N., « aiRe d'ados »: un collectif au service des réseaux des jeunes suicidants en grandes difficultés, *Psychothérapies*, 2015.
37. Szumilas M. et Kutcher S., Post-suicide intervention programmes: a systematic review, *Canadian Journal of Public Health*, 2011;102(1):18-29.