canton de vaud

**DEPARTEMENT DE LA FORMATION, DE LA JEUNESSE ET DE LA CULTURE**
Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF)
**Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (Unité PSPS)**

**DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE**
Service de la santé publique (SSP)

# Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud

## Dossier technique pour la réponse au postulat Devaud (11_POS_242)

Dr Olivier Duperrex, Christine Durgnat, Céline Richard
Version du 12 octobre 2012
Révision sur orientation du Bureau DI-PSPS
Contributions: SSP-santé mentale, SIPAL, OPS, SPJ, CHUV, Unité PSPS.

Ce document technique:

- résume l'importance de la problématique du suicide chez les jeunes,
- explicite les facteurs de risques et de protection chez les enfants et les adolescents,
- décrit les politiques publiques de prévention du suicide chez les jeunes et en particulier la situation du Canton de Vaud,
- clarifie l'état des connaissances sur la prévention du suicide en milieu scolaire, la pratique actuelle et l'évolution possible de celle-ci.

| **Messages clés** |
| --- |
| 1. Un survol de quelques stratégies à différents niveaux permet de poser le constat que les approches multi-sectorielles sont privilégiées et que les connaissances ne sont pas encore consolidées sur les approches de prévention les plus efficaces.<br>2. Le suicide des jeunes est une réalité dans notre canton, comme dans le reste de la Suisse et est probablement le résultat d'un processus complexe.<br>3. Le nombre de suicides répertorié est probablement sous-estimé (difficile de recenser tous les cas de suicides). Evoquer le suicide directement est encore mal vu par crainte d'inciter le passage à l'acte.<br>4. Certaines catégories de personnes sont davantage à risque (comme les dépressifs homosexuels, les personnes issues de minorités ethniques, etc.).<br>5. Des mesures de sécurisation et de limitation des moyens d'accès sont possibles et réalistes.<br>6. L'école est un des lieux d'intervention pour la prévention du suicide. Une approche combinée de prévention générale (promotion de la santé) et de prévention universelle indirecte via des personnes formées pour identifier les jeunes à risques (méthode des gatekeepers ou sentinelles) est pertinente. |

Ont également collaboré à la rédaction de ce document (par ordre alphabétique):

- SSP: Charles Bonsack, Noémie Hainard, Nadia Rillet
- SIPAL: Philippe Pont
- CHUV: Mélina Andronicos

Nous tenons à adresser nos remerciements chaleureux pour les échanges intéressants et leurs commentaires pertinents aux personnes suivantes des instances suivantes :

- Monique Archambault, Philippe Martinet et l'équipe des cadres de l'Unité PSPS
- Cédric Eperon et les cadres du Service de protection de la jeunesse
- Dr Karim Boubaker, médecin cantonal
- Serge Loutan, chef du Service d'enseignement spécialisé et d'appui à la formation
- Jean-Christophe Masson, chef du Service de la santé publique
- Eugénie Sayad, cheffe de l'Office de psychologie scolaire

# Table des matières

A. Le suicide : une problématique importante ..... 5
A1. Données épidémiologiques internationales ..... 5
A2. Données épidémiologiques suisses ..... 5
A3. Données épidémiologiques du canton de Vaud ..... 6
A4. Processus menant au suicide ..... 7
B. Les enfants et adolescents: un groupe particulier ..... 7
B1. Importance du problème ..... 7
B.1.1. Enfants ..... 7
B.1.2. Adolescents ..... 7
B2. Spécificités du processus suicidaire chez les enfants et adolescents ..... 8
B3. Facteurs de risques et de protection du suicide ..... 9
B.3.1. Facteurs de risques ..... 9
B.3.2. Facteurs de protection ..... 10
B.3.3. Groupes d'adolescents et de jeunes à risque suicidaire ..... 10
B.3.4. Médias, moyens d'information et technologies de l'information MITIC ..... 11
C. Politiques publiques en matière de prévention du suicide ..... 12
C1. Au niveau international (hors Union Européenne) ..... 12
C.1.1. Canada ..... 12
C.1.2. Etats-Unis ..... 12
C.1.3. Nouvelle-Zélande ..... 12
C2. Au niveau de l'Union Européenne ..... 12
C.2.1. Allemagne ..... 13
C.2.2. Angleterre ..... 13
C.2.3. Ecosse ..... 13
C.2.4. Finlande ..... 13
C.2.5. France ..... 13
C.2.6. Suède ..... 14
C3. Au niveau suisse ..... 14
C4. Au niveau romand ..... 15
C.4.1. Fribourg ..... 15
C.4.2. Genève ..... 15
C.4.3. Jura ..... 15
C.4.4. Valais ..... 16
C5. La prévention du suicide dans le canton de Vaud ..... 17
C.5.1. Programme de lutte contre les conduites suicidaires ..... 17
C.5.2. Autres programmes ..... 18
C.5.3. Ressources disponibles dans le canton de Vaud ..... 18
D. Mesures pour sécuriser les lieux sensibles et limiter l'accès aux moyens pour se suicider ..... 20
D.1.1. Sécurisation des lieux sensibles ..... 20
D.1.2. Limitation de l'accès aux moyens pour suicider ..... 20
E. Prévenir le suicide des jeunes à l'école ..... 22
E1. La prévention du suicide chez les enfants, les adolescents et les jeunes ..... 22
E2. Le contexte scolaire pour la prévention du suicide ..... 22
E3. Les connaissances scientifiques sur l'efficacité des interventions en milieu scolaire pour la prévention du suicide ..... 23
E.3.1. Prévention universelle en milieu scolaire (primaire) ..... 24
E.3.2. Prévention sélective ou secondaire ..... 25

E.3.3. Les programmes indiqués en milieu scolaire (tertiaires) ..... 26
E4. Prévention du suicide: options possibles pour des actions en milieu scolaire..... 28
E5. Prévention du suicide chez les enfants et les adolescents en dehors de l'école ..... 29
E6. Conclusion..... 29
E7. Plan d'actions en milieu scolaire et préscolaire pour la prochaine législature..... 30
F. Annexes ..... 34

## Tables

Tableau 1 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (Taux spécifique pour 100'000 habitants selon les groupes d'âges)..... 6
Tableau 2 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (nombre de suicides par groupe d'âges) ..... 40
Tableau 3 - Taux de décès par suicide pour 100'000 habitants, Canton de Vaud, Moyenne sur 5 ans..... 41
Tableau 4 – Actions pour la Confédération ..... 42
Tableau 5 – Revues systématiques ..... 45
Tableau 6 – Etudes incluses dans les revues systématiques..... 47

## Figures

Figure 1 – Evolution mondiale du taux de suicide entre 1950 et 2000 ..... 5
Figure 2 – Taux de suicide pour 100'000 habitants des pays de l'OCDE en 2004-05..... 5
Figure 3 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (Taux spécifique pour 100'000 habitants pour deux groupes d'âge et pour l'ensemble de la population)..... 6
Figure 4 – Facteurs de risque de suicide chez les enfants, adolescents et jeunes ..... 9
Figure 5 – Relation directe entre arme à feu à domicile et mortalité par arme à feu ..... 21
Figure 6 – Proportion de suicides par armes à feu chez les hommes: la Suisse est au triple de la moyenne européenne..... 21
Figure 7 - Décès par suicide – comparaison internationale (taux de suicides ajustés), hommes de 15 à 24 ans ..... 39
Figure 8 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (nombre de suicides) ..... 40
Figure 9 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (nombre de suicides par groupe d'âges) . 40
Figure 10 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (Taux de décès par suicide pour 100'000 habitants selon les groupes d'âges – moyenne sur 5 ans) ..... 41
Figure 11 – Rapport sur postulat Widmer: possibilités de prévention du suicide ..... 42
Figure 12 – Le principe de Rose appliqué au risque suicidaire ..... 43

## Annexes

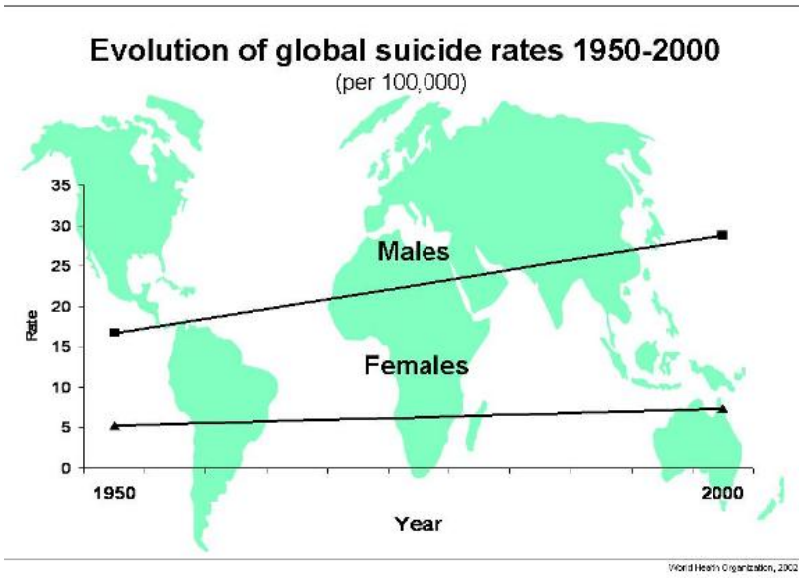
Annexe 1 - Le suicide des jeunes, entre vraies et fausses vérités, les réponses de la littérature scientifique34
Annexe 2 – Modèle de la crise suicidaire chez l'adulte..... 37
Annexe 3 –Sentinelles – processus de décision ..... 38
Annexe 4 - Données épidémiologiques sur le suicide..... 39
Annexe 5 – Approche globale de santé publique..... 42
Annexe 6 – Alliance contre la dépression ..... 44
Annexe 7 – Synthèse des travaux scientifiques sur l'efficacité de la prévention du suicide..... 45
Annexe 8 – Bibliographie..... 48

# A. Le suicide : une problématique importante

## A1. Données épidémiologiques internationales

L'OMS classe le suicide comme la 13ème cause de décès dans le monde ; il est ainsi répertorié comme un problème de santé à part entière. Le taux de suicide a continué d'augmenter au niveau mondial, en particulier chez les hommes (Figure 1). En matière de prévention, l'OMS souligne l'importance de celle-ci dans les écoles, particulièrement sur le fait de former le personnel enseignant à la reconnaissance de certains signes potentiellement indicateurs d'un risque de suicide (OMS 2002).

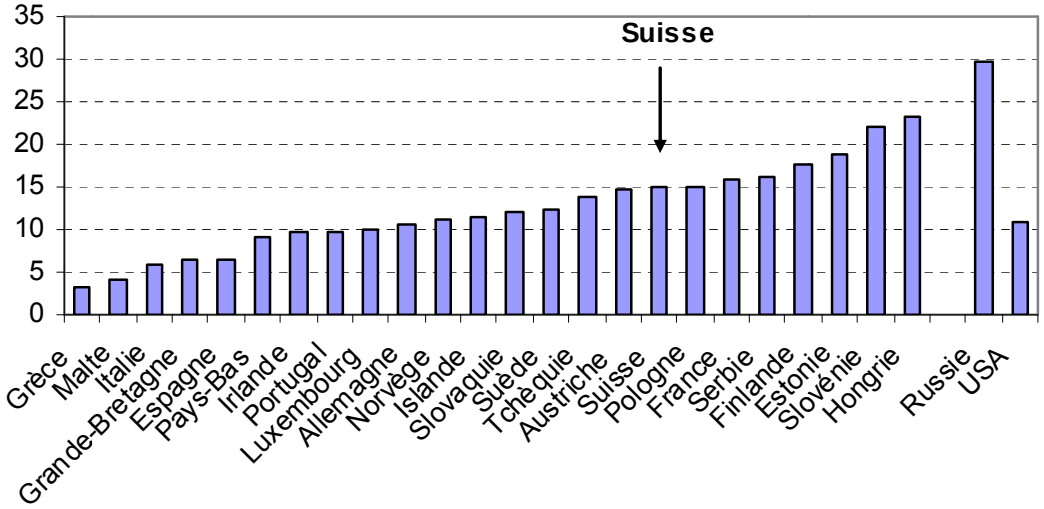
**Figure 1 – Evolution mondiale du taux de suicide entre 1950 et 2000**




## A2. Données épidémiologiques suisses

Le taux moyen de suicide pour la Suisse en 2004-05 se situait juste en dessous de la moyenne européenne de 15.15 pour 100'000 habitants des pays de l'OCDE (Figure 2) (OFSP 2012). Taux pour 2009 12.5 pour 100'000 habitants (OFS, 2012) et pour 2010 11.1 pour 100'000 habitants (Eurostat, 2012)

**Figure 2 – Taux de suicide pour 100'000 habitants des pays de l'OCDE en 2004-05**




On observe néanmoins depuis quelques années une baisse du nombre de suicides passant de 1'312 en 2006 à 1'105 en 2009, puis 1004 suicides en 2010) mais attention depuis 2009 les suicides assistés ne sont plus comptabilisés dans la catégorie des suicides (OFS, 2012).

## A3. Données épidémiologiques du canton de Vaud

Le décès par suicide est un des indicateurs retenus pour les conditions de vie subjectives par le Canton de Vaud (Vaud 2009). Le nombre absolu de décès par suicide répertoriés varie en 1 et 5 par année pour les moins de 20 ans et entre 13 et 31 par année pour le groupe des 20-39 ans.

Le Tableau 1 et la Figure 3 montrent l'évolution du taux pour chaque groupe d'âge.

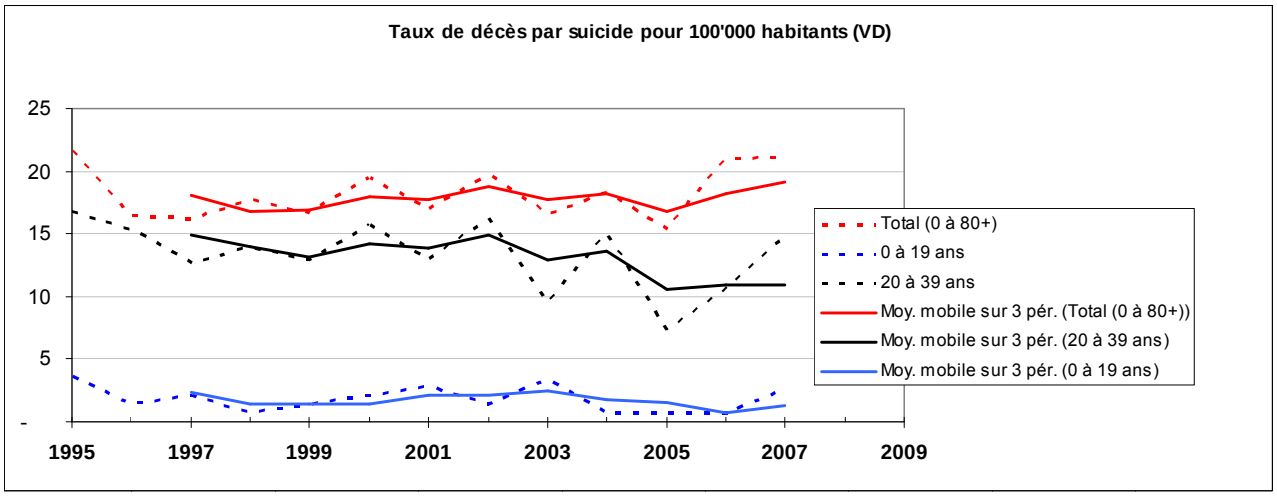
Le site officiel de l'Etat de Vaud indique que:

- entre 1995 et 2007, le nombre de décès par suicide a évolué de manière irrégulière et n'a pas connu d'augmentation ou de diminution sensible. Une augmentation est perceptible chez les personnes âgées depuis deux ou trois ans.;
- le suicide reste une des premières causes de mortalité chez les hommes de 15 à 44 ans. Cet indicateur et sa variation ne reflètent que partiellement la situation psychosociale de la population : en effet, l'indicateur ne prend en compte qu'une partie des comportements suicidaires dont relèvent, par exemple, les overdoses et les accidents.

**Tableau 1 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (Taux spécifiique pour 100'000 habitants selon les groupes d'âges)**

| Age atteint dans l'année. Population résidente permanente. | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 19 ans | 3.6 | 1.4 | 2.1 | 0.7 | 1.4 | 2.1 | 2.8 | 1.4 | 3.4 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 2.6 |
| 20 à 39 ans | 16.8 | 15.3 | 12.7 | 13.9 | 12.9 | 15.7 | 12.9 | 16.2 | 9.5 | 15.0 | 7.2 | 10.6 | 14.8 |
| 40 à 64 ans | 27.3 | 20.2 | 20.6 | 28.1 | 25.7 | 27.5 | 23.9 | 29.0 | 19.4 | 23.1 | 19.9 | 28.0 | 22.3 |
| 65 à 79 ans | 46.7 | 20.8 | 36.6 | 26.0 | 27.1 | 33.5 | 32.8 | 24.7 | 30.3 | 33.1 | 34.3 | 38.1 | 45.3 |
| 80 ans et + | 47.0 | 66.7 | 31.3 | 39.2 | 31.0 | 42.5 | 29.3 | 58.5 | 75.1 | 59.1 | 61.0 | 92.8 | 84.7 |
| **Total (0 à 80+)** | **21.6** | **16.4** | **16.2** | **17.8** | **16.7** | **19.5** | **17.0** | **19.7** | **16.5** | **18.3** | **15.4** | **21.0** | **21.1** |

**Figure 3 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (Taux spécifique pour 100'000 habitants pour deux groupes d'âge et pour l'ensemble de la population)**




*Note: la moyenne mobile sur 3 ans permet de "lisser" les fluctuations annuelles*

D'autres données et graphiques sont disponibles en **Annexe 4.**

A titre indicatif pour l'école, les infirmier-e-s scolaires ont relevés lors d'enquêtes détaillées sur leurs activités que l'état dépressif et la prévention du suicide ont été abordés lors de 14% des 7'435 consultations par les élèves du post-obligatoire (2004-05) et de 3% des 8'689 consultations par les élèves la scolarité obligatoire (2005-06).

## A4. Processus menant au suicide

Chez les adultes, la majorité des recherches penchent en faveur d'un processus en six étapes qui aboutit à un geste plus ou moins impulsif (voir **Annexe 2**). Dans la plupart des cas, une accumulation de facteurs de risque, des idées suicidaires, une réflexion sur les moyens, une planification plus ou moins précise de l'acte et des tentatives avortées précèdent le suicide. Ainsi, dans l'évaluation du risque suicidaire, on parle de « risque » (les facteurs personnels et environnementaux qui augmentent le potentiel suicidaire) ; de « dangerosité » des moyens utilisés et de leur accès ; et « d'urgence » (le degré de détermination et de planification suicidaire). De plus, il est probable que certaines prises de risques, connues sous le nom de "comportements para-suicidaires ou ordaliques" (comme l'hyper-alcoolisation, l'overdose de stupéfiants et certains accidents de la route) soient en fait des suicides « déguisés ». Ils seraient alors le résultat d'un acte plutôt impulsif et non-prémédité.

Parmi les facteurs les plus souvent cités comme de potentiels vecteurs de comportements suicidaires, on relève notamment : la maladie mentale, l'isolement, une précédente tentative échouée, le suicide d'un proche, la maladie physique, l'abus de substance et encore l'accès aux moyens de suicide (substances létales, armes à feu, proximité d'un pont au-dessus d'une voie ferrée etc.). Tous ces facteurs de risques doivent également être considérés avec certains déterminants sociaux comme l'âge, le sexe ou l'appartenance ethnique. De plus, les aléas de la vie, les drames personnels apparaissent souvent comme des événements précipitants.

Les capacités individuelles de résilience, le développement de stratégies pour « faire face » (coping) mais aussi la possibilité de s'appuyer sur un réseau familial et social sont des facteurs protecteurs connus. (Guo et al. 2003, Terra 2003)

# B. Les enfants et adolescents: un groupe particulier

## B1. Importance du problème

### B.1.1. Enfants

Ce n'est qu'à partir de 6 ans que l'enfant prend conscience de la mort. Chez les enfants de moins de dix ans, bien que les suicides soient rares et que très peu d'enfants passent à l'acte, les risques d'actes suicidaires et d'automutilations volontaires sont bien présents et sont de réels appels au secours. Les suicides des jeunes enfants, parfois associés à des accidents, sont vraisemblablement « sous-déclarés » ; les adultes ne prennent en général pas au sérieux l'existence de tendances suicidaires chez les enfants.

### B.1.2. Adolescents

Le suicide constitue en Suisse la deuxième cause de décès chez les adolescents entre 15 et 20 ans (Michaud et Laget 2006). En ce qui concerne les adolescents, les données épidémiologiques suisses (Narring et al. 1994) soulignent qu'environ 5% des adolescents scolarisés ont fait une tentative de suicide dans l'année qui précédait l'enquête. L'OMS, pour sa part, estime à 0,2% les adolescents qui, en Europe, font une tentative de suicide dans l'année. Nous pouvons dès lors nous demander pourquoi une telle différence existe ? Peut-être, parce que, contrairement à l'OMS qui récolte ses données auprès des centres de soins, les recherches de Narring et al. (1994) interrogent directement les adolescents. Or la très grande majorité des adolescents suicidants n'est pas connue des centres de soins (Perret-Catipovic, 2003). D'autre part, l'on constate que ces études sous-estiment l'ampleur de ce phénomène dans certaines populations de jeunes à risque, notamment les adolescents en échec scolaire ou en rupture de formation (SMASH 2002). Selon l'OMS, il existe une différence entre les filles et les garçons ; en effet, les garçons décèdent plus fréquemment par suicide que les filles (2 à 4 fois plus), car ils ont une intentionnalité plus forte et emploient des méthodes plus violentes : pendaison, armes à feu, …. Néanmoins, depuis quelques années, la proportion de filles employant des méthodes plus violentes a également augmenté et les tentatives de suicide restent 2 à 3 fois plus grandes chez les filles.

Les comportements suicidaires des adolescents ont tendance à être sous-déclarés, parce que beaucoup de morts sont classées comme non intentionnelles ou accidentelles (accidents de voiture, noyades, chutes et overdoses de drogues illégales). Seuls 50% des adolescents qui ont fait une tentative de suicide ont recherché des soins hospitaliers après leur tentative de suicide, il s'avère donc que les tentatives de suicide traitées en hôpitaux ne sont pas de réelles indications de la dimension du problème au sein de la communauté (WHO 2009). Ici on peut aussi se poser la question de savoir si les jeunes sont au courant des droits du patient et de la confidentialité lors qu'ils consultent des spécialistes pouvant aussi influencer le choix de consulter.

## B2. Spécificités du processus suicidaire chez les enfants et adolescents

Contrairement au processus suicidaire chez les adultes qui contient six étapes (voir **Annexe 2**), les enfants peuvent faire un geste suicidaire sans traverser successivement chacune de ces étapes. Il est donc nécessaire de porter une attention particulière à l'impulsivité des enfants suicidaires ainsi qu'à leur sentiment d'invulnérabilité ou de toute-puissance. Ceci s'explique notamment par le fait que les sphères cognitives, intellectuelles et affectives sont au début de leur développement et que, de ce fait, le passage à l'acte peut parfois être très rapide. Le cerveau, et plus particulièrement le cortex frontal, continue à se développer jusqu'à 20-24 ans ; il s'avère d'ailleurs que la région responsable de comportements, tels que l'impulsivité ou de fonctions telles que le jugement moral, est la dernière à devenir mature, parfois après l'âge de 20 ans. D'autre part, au début de l'adolescence, la puberté intensifie l'excitabilité émotive, la recherche de sensation et l'orientation vers la récompense ; le milieu d'adolescence est quant à lui une période de vulnérabilité accrue à la prise de risque et aux problèmes dans la régulation des affects du comportement. Ce n'est qu'à la fin de l'adolescence que les lobes frontaux atteignent une maturation facilitant les compétences de régulation.

Les grilles d'évaluation suicidaire n'étant pas applicables pour les enfants, cela renforce la nécessité de prendre en compte, de manière spécifique, cette problématique du suicide et des tentatives de suicide chez l'enfant. De plus, il est difficile de différencier les tentatives de suicide des accidents. Il est donc important d'apporter une attention particulière aux comportements para-suicidaires : accidents domestiques à répétition, prises de risque systématiques, automutilations, etc (WHO 2009).

La résistance des adultes à reconnaître la réalité de la problématique suicidaire chez l'enfant est un facteur qui rend son repérage difficile ; tout comportement d'apparence suicidaire doit donc impérativement être pris au sérieux.

En résumé, les spécificités du processus suicidaire chez les enfants sont les suivantes :

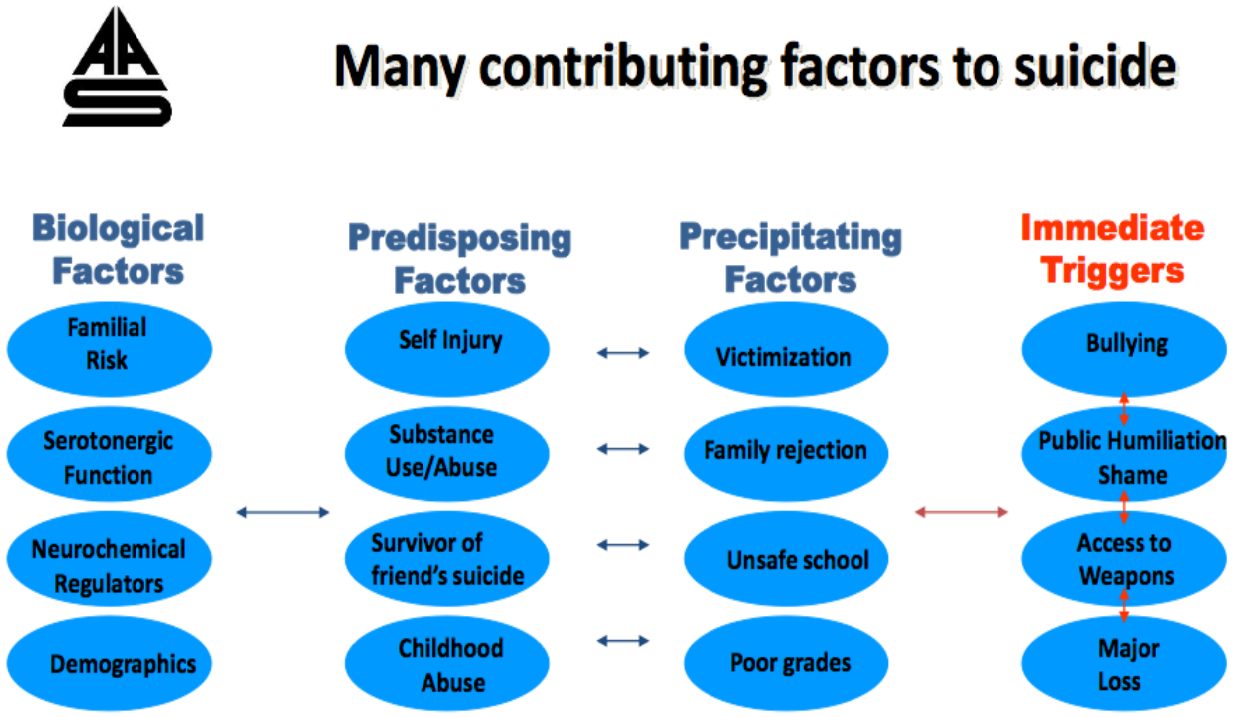
- impulsivité
- conduites ou tendances suicidaires plutôt que suicides en tant que tels
- attention à porter aux comportements para-suicidaires
- tabou / reconnaissance de la problématique

## B3. Facteurs de risques et de protection du suicide

### B.3.1. Facteurs de risques

Les facteurs de risque de suicide connus chez l'enfant, l'adolescent et le jeune sont nombreux. Une approche utile pour la prévention est de distinguer plusieurs catégories (**Figure 4**). Certains facteurs d'origines **biologiques** et environnementaux peuvent y jouer un rôle (risque familial, fonctionnement sérotoninergique, régulateurs neurochimiques ou encore démographiques), tout comme les facteurs **prédisposants** (automutilation, consommation de substances, survivant d'un suicide d'un proche, abus sexuel ou violence physique durant l'enfance). Les facteurs **précipitants** sont les situations de victimisation, le fait d'être rejeté par sa famille, le sentiment d'insécurité à l'école ainsi que le fait d'avoir des mauvaises notes. Les facteurs **déclencheurs** ou précipitants immédiats sont le harcèlement, l'humiliation publique, l'accès aux armes et des pertes importantes dans le champ relationnel. Cette distinction nous aide à mieux reconnaître et cibler les interventions auprès des jeunes à risque suicidaires. (Laurier 2008, Gallagher et Daigle, 2008)

**Figure 4 – Facteurs de risque de suicide chez les enfants, adolescents et jeunes**




*Adapted from* Suicide risk assessment workshop, David J. Knesper M.D., U Michigan
http://www.med.umich.edu/depression/suicide_assessment/

La résistance des adultes à reconnaître la réalité de la problématique suicidaire chez l'enfant est un facteur qui rend son repérage difficile ; tout comportement d'apparence suicidaire doit donc impérativement être pris au sérieux. Pour mieux comprendre cette réalité du suicide chez l'enfant, on peut se rapporter au livre du Dr B. Cyrulnik, *Quand un enfant se donne « la mort »*, 2011.

A noter pour les adolescents que les changements importants inhérents à cette période de la vie dans divers domaines (social, familial, physique, affectif, etc.) influencent fortement leur bien-être psychique.

### B.3.2. Facteurs de protection

Les facteurs de protection par rapport à un risque suicidaire sont similaires à ceux des adultes: capacités individuelles de résilience, développement de stratégies pour « faire face » (coping), possibilité de s'appuyer sur un réseau familial et social. Ils sont influencés par le modèle familial, les capacités cognitives et la personnalité de l'individu mais également par les facteurs culturels et sociodémographiques. (Batt 2003, Guo 2003, Terra 2003)

### B.3.3. Groupes d'adolescents et de jeunes à risque suicidaire

Certains groupes d'adolescents et de jeunes sont plus à risque de commettre un acte suici. Nous donnons ci-dessous quelques éléments d'informations sur quelques groupes.

#### a) Jeunes consommateurs de substances / addictions

La consommation abusive et répétées de substance chez les jeunes est un facteur de risque de comportement suicidaire auquel il faut tenir compte, d'autant plus s'il existe d'autre pathologie. La dépendance avec ou sans substance est une problématique multifactorielle, qui a des effets négatifs non seulement sur l'environnement social, scolaire, professionnel et familial mais qui également agit sur certains traits psychologiques pouvant parfois révéler une comorbidité psychiatrique importante. Plus les substances sont cumulées, alcool et tabac compris, plus le risque d'un comportement suicidaire augmente. La relation entre consommation de substance psychotropes et comportements suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides aboutis) ayant été largement démontrée il est important que les jeunes ne s'habituent pas de manière précoce à ce mode de sur-consommation et n'arrivent plus à développer suffisamment leurs compétences adaptatives. (Batt 2003, Pompili 2012)

#### b) Jeunes homosexuel-le-s ou transgenres :

Il a clairement été identifié que les jeunes l'appartenance LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels, trans-genre) sont une population à risque avec des périodes plus sensibles comme la découverte de son attirance pour le même sexe, celle du « coming out », la découverte du VIH, les ruptures sentimentales ou encore les agressions. Le risque de suicide est **multiplié par 2 voire 5 chez les jeunes LGBT**, surtout s'ils subissent un harcèlement important: (IOM 2011, Russell 2011, Wang 2012).

#### c) Jeunes migrants

Bien que les études soient peu nombreuses sur cette thématique, il est important de relever que les enfants dits « post-migrants » ou de deuxième génération sont des populations plus à risque de suicide que la génération de leurs, ceci par les problèmes d'intégration entrainant des échecs scolaires et professionnel accrus ainsi que des ressources sociales et économiques souvent faibles.

#### d) Autres

- **Jeunes subissant de la maltraitance et/ou des abus sexuels:** Il a été clairement démontré que les individus qui avaient été abusé sexuellement ou maltraité durant leur enfance était une population plus à risque de développer des comportements suicidaires.
- **Jeunes présentant des troubles du comportement alimentaire:** les adolescents et jeunes qui en souffrent pourraient présenter un risque élevé de suicide également à l'âge adulte (Arcelus 2011).

### B.3.4. Médias, moyens d'information et technologies de l'information MITIC

L'avènement d'internet et des "réseaux sociaux" constituent un bouleversement récent qui a une influence sur la santé mentale des enfants et adolescents. Si certains aspects constituent clairement des risques, d'autres sont des outils de prévention du suicide.

Parmi les facteurs de risques, on peut citer:

- l'accès facilité à des sites d'information permettant ou valorisant un passage à l'acte, comme par exemple des conseils pour se procurer les moyens létaux ou encore des contrats de passage à l'acte entre pairs;
- le harcèlement par les réseaux sociaux (« cyberbullying » ou cyberintimidation)[1], la propagation de l'information étant sans contrôle, extrêmement rapide et se faisant à grande échelle à travers des relais comme Facebook, Youtube ou encore Twitter, accessibles depuis n'importe quel smartphone;
- le risque de surconsommation pouvant entraîner des comportements de fatigue et menant parfois à des comportements addictifs.

Parmi des facteurs de protection ou de prévention, on identifie:

- la mise à disposition d'informations sur les lieux d'aide;
- les forums spécialisés pour les jeunes, comme www.ciao.ch;
- des exemples nord-américains de partenariat entre Facebook et des institutions actives dans la prévention du suicide ont permis de créer, un système d'alerte pour les personnes présentant des comportements suicidaires dans leurs interactions. Un message proposant de prendre contact par mail ou par téléphone est alors envoyé immédiatement à la personne en difficulté. Une collaboration de ce type pourrait être envisagée mais devrait se faire au niveau national.

La prévention du harcèlement entre pairs est certainement à développer. En effet, les chercheurs ont démontré que l'humiliation était un facteur précipitant du passage à l'acte. Celui-ci doit donc être pris très au sérieux dans la prévention du suicide. Par exemple, la chaine de télévision MTV vient de lancer une campagne de prévention contre le cyberbulling chez les jeunes : www.athinline.org, menée également sur Facebook en parallèle.

Pour les médias, il faut relever l'évolution dans le domaine. Pendant longtemps, la crainte de l'imitation du suicide ("effet Werther") a prédominé et est inscrite dans la déontologie de ce milieu. Toutefois les médias sont des relais utiles pour la prévention du suicide si les messages sont positifs ("on peut s'en sortir, il existe des ressources,…") comme l'ont utilisé les allemands dans leur stratégie nationale. Ils tablent sur "l'effet Papageno" qui est protecteur comme l'a démontré un article autrichien (Niederkrotenthaler 2010). Voir également http://www.stopsuicide.ch/L-effet-Papageno.

[1] Préjudice intentionnel et répété infligé par un tiers à travers l'utilisation d'un ordinateur, d'un téléphone cellulaire, ou d'un autre appareil électronique (Hinduja 2010)

# C. Politiques publiques en matière de prévention du suicide

*Note: la plupart des informations de ce chapitre sont tirée du Rapport de l'OFSP au postulat Widmer de 2005 (OFSP, 2005).*

En 1996, le Département de la coordination des politiques et du développement durable des Nation Unies fait paraître un document mettant en avant l'importance d'une politique directrice sur la prévention du suicide. Suite à cela, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié toute une série de documents concernant la prévention dans ce domaine. Le plus important fut celui de 1999 qui fixa des objectifs en matière de prévention du suicide. Ces objectifs sont les suivants : la réduction durable des comportements suicidaires, le repérage, l'évaluation et l'élimination des facteurs incitatifs et, enfin, la sensibilisation du public face au suicide (OMS 2002).

Quelques politiques publiques sont détaillées ci-dessous à titre illustratif.

## C1. Au niveau international (hors Union Européenne)

### C.1.1. Canada

Contrairement à d'autres pays industrialisés, le Canada n'a pas reçu d'impulsion politique au niveau national en matière de prévention du suicide. Néanmoins, le pays peut compter sur le milieu associatif (car le gouvernement soutient l'association) afin d'élaborer sa stratégie nationale de prévention du suicide. En 2004 d'abord, puis en 2009, l'Association for Suicide Prevention a édicté des recommandations en matière de prévention nationale. Son but est d'agir globalement sur plusieurs facteurs, à savoir les déterminants biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels, de même que de sensibiliser et d'informer globalement la population. Même si la stratégie est avant tout nationale, elle a également à cœur d'inciter les régions à améliorer l'intervention en cas de crise tout en réduisant l'accès aux moyens létaux.

### C.1.2. Etats-Unis

Depuis 2001, les Etats-Unis ont leur propre stratégie de prévention. Le but est qu'une administration nationale s'occupe de mettre en place des politiques publiques en matière de promotion de la santé mentale, du bien-être et de lutte contre le suicide. Les Etats-Unis veulent donner les moyens financiers nécessaires pour la prévention mais également pour la recherche en la matière. L'état fédéral laisse les régions s'organiser pour la mise en œuvre des stratégies publiques. La stratégie nationale dans ses directives entend dé-stigmatiser le recours aux services psychiatrique ainsi que réduire l'accès aux substances mortelles (US 2001).

### C.1.3. Nouvelle-Zélande

Dès 1998, la Nouvelle-Zélande s'est dotée d'une stratégie nationale en matière de lutte contre le suicide des jeunes. Elle consiste principalement en une promotion du bien-être et de la santé dans son ensemble, avec une focale sur le dépistage précoce et un réseau de soutien en cas de suicide. D'après le SPINZ (Stands for Suicide Prevention Information New-Zealand), le taux de suicide a baissé de manière importante depuis l'implantation du programme (Ministry of health 2011).

## C2. Au niveau de l'Union Européenne

Le suicide est un thème qui, à maintes reprises, rassembla les différents représentants des membres de l'Union Européenne. Nous citons trois éléments particulièrement intéressants.

En 2000, the « ***European Network on Suicide Prevention*** » fut créé. Son but est de tenir à jour les statistiques concernant les taux de suicide et les tentatives de suicide dans les différentes régions européennes. En parallèle, ce réseau tente de stimuler l'implantation de programmes de prévention au sein de l'UE de développer des évaluations et des améliorations de programmes existants (OMS 2002).

En 2008, la conférence européenne « ***Together for Mental Health and Well-being*** » aboutit à un pacte sur la santé mental et le bien-être. Ce pacte a donné lieu à de nombreux travaux de recherche sur différents thèmes dont la prévention de la dépression et du suicide.

Débuté en octobre 2010, le **projet de recherche Seyle**, soutenu par les institutions européennes, a été lancé car il n'existe pas de modèle validé de prévention du suicide chez les jeunes selon les responsables. Des chercheurs en santé mentale de douze pays vont donc évaluer auprès de 11'000 adolescents de 14 à 16 ans l'efficacité de quatre méthodes différentes de prévention du suicide dans les établissements scolaires, afin de déterminer l'efficacité des modèles de prévention du suicide (Seyle 2011).

### C.2.1. Allemagne

La stratégie allemande est d'agir sur l'amélioration de la qualité des soins fournis aux personnes souffrant de dépressions pour faire reculer le taux de suicide. Bien qu'il y ait une volonté nationale d'agir sur la réduction du taux de suicide, la mise en place des mesures est décentralisée dans les localités. L'action est, une fois encore, à l'intersection entre plusieurs domaines. D'abord, une approche ciblée sur des groupes comme les médecins, les médias et la population en général afin de les sensibiliser aux risques de la dépression et par effet de débordement sur le suicide. L'Allemagne a d'ailleurs mené un très important projet pilote sur deux ans à Nuremberg (la population de la ville de Wurzberg fut le groupe contrôle). Le but de cette recherche était d'entraîner certains professionnels comme les prêtres, les enseignants, les médecins généralistes ou les policiers à être plus attentifs aux signes de la dépression. Les résultats furent jugés convaincants car le nombre de suicides diminua significativement à Nuremberg plutôt qu'à Wurzberg. (Batt 2003)

### C.2.2. Angleterre

L'Angleterre a une stratégie nationale depuis 2002. Il s'agit d'une approche multisectorielle visant certains groupes-cibles identifiés comme à hauts-risques. De plus, un effort particulier a été fait afin de réduire l'accès aux substances létales, particulièrement pour le paracétamol : en 1998, une loi prévoyant une réduction à six du nombre maximal de paquets que l'on peut se procurer dans le commerce est ainsi entrée en vigueur. Le nombre d'overdoses a apparemment diminué depuis cette mesure. Un contrôle plus accru sur la médiatisation du suicide a aussi été fait et des fonds ont été investis dans la recherche et la prévention du suicide. En 3 ans, le taux de suicide a été réduit de 7.4% (Wahlbeck et Mäkinen 2008).

### C.2.3. Ecosse

En 2001, l'Ecosse s'est dotée d'une stratégie nationale en matière de prévention du suicide. Cette approche s'est concrétisée en une politique multisectorielle. Concrètement, cela signifie une identification des groupes les plus à risques. La formation fait partie intégrante du programme, mais elle s'adresse à toute la population sans ciblage précis, afin que celle-ci soit capable de détecter les risques et qu'elle soit informée sur les ressources disponibles en cas de situation de crise suicidaire. En outre, un grand effort a été fait pour réduire l'accès aux substances létales (Healthscotland 2010).

### C.2.4. Finlande

C'est le plus précoce des pays en matière de stratégie de prévention du suicide. En 1986 déjà, la Finlande s'était fixée comme objectif de réduire le taux de suicide des jeunes qui était particulièrement élevé. La stratégie d'action se décompose en plus de 1'000 projets locaux, dans le but de mieux répondre aux spécificités locales de chaque région. Néanmoins, tous les projets locaux travaillent sur la notion de non-fatalisme et de possibilité d'éviter le suicide en recourant à de l'aide ; de même que sur la formation de professionnels et sur un ciblage des groupes à risque. Selon les évaluateurs, le taux de suicide aurait sensiblement diminué, passant de 30 à 18 pour 100'000. En outre, la législation sur l'accessibilité des armes à feux est devenue plus restrictive (European Commission 2008).

### C.2.5. France

Au début des années 2000, la France s'est dotée d'un plan ambitieux, en quatre étapes majeures (Ministère en charge de la santé, programme 2011- 2014).

D'abord agir sur le dépistage à un échelon local (à l'intérieur des communautés) des risques suicidaires en agissant sur les centres d'accueil et d'écoute des jeunes. De plus, pour les intervenants auprès des jeunes,

un effort de formation a été fait autour du repérage notamment avec la **méthode Terra-Seguin**. Elaborée par la Prof. M. Séguin au Québec et adaptée en France par le Prof. J.-L. Terra de Lyon, elle est aussi utilisée en Belgique et en Suisse. Il s'agit d'un modèle d'intervention destiné à des professionnel-le-s des milieux sanitaires et non sanitaires qui vise à favoriser le dépistage et l'approche de la problématique suicidaire, ainsi qu'à implanter un modèle d'évaluation du risque suicidaire. Cette formation comporte également un volet « formation de formateurs » (Shawn 2008).

Deuxièmement, l'objectif a été de diminuer les accès aux moyens létaux comme les armes à feux, ainsi que de sécuriser les espaces publiques où sont recensé des suicides (ex. certains ponts). Troisièmement, le gouvernement veut améliorer la prise en charge et surtout éviter le risque de récidives en agissant sur le suivi des personnes ayant commis une tentative de suicide. Et enfin, le dernier objectif est de favoriser la recherche épidémiologique sur le sujet, développer des indicateurs et renforcer la pertinence des indicateurs actuels sur la recherche sur le suicide.

Un nouveau plan pour 2011-2015 a été présenté en septembre 2011 et comporte 6 axes de travail:

- Axe 1 : Développement de la prévention et de la postvention
- Axe 2 : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire
- Axe 3 : Information et communication autour la prévention du suicide
- Axe 4 : Formation des professionnels
- Axe 5 : Études et recherche
- Axe 6 : Suivi et animation du programme d'actions contre le suicide

### C.2.6. Suède

En avril 2003, le parlement suédois a décidé de lutter contre les suicides et les tentatives de suicide en agissant sur les facteurs sociaux précipitant (pauvreté, stress, rupture sociale, etc.), dans le cadre de sa politique de santé. Dans le même temps, des mesures de dépistage précoce des comportements suicidaires ainsi qu'une meilleure sensibilisation de la population ont été mises en place. Une stratégie en 9 points a été élaborée et un centre national sur le suicide a vu le jour (National Centre for Suicide 2012).

## C3. Au niveau suisse

En 2005 en réponse au postulat Widmer, l'Office fédéral de la santé publique avait conclu : « Les possibilités légales d'intervention de la Confédération dans le domaine de la prévention du suicide sont très limitées ». A cette époque, la Suisse refusa de se doter d'une politique nationale en matière de suicide. En outre, la Confédération n'est pas compétente pour couvrir ce domaine, car le suicide et les tentatives de suicide ne constituent pas une maladie au sens de la Constitution (OFSP 2005). Il n'existe par ailleurs pas de base légale fédérale pour la réalisation de campagnes nationales d'éducation, d'information et de sensibilisation dans le domaine du suicide. Le projet de loi fédérale sur la prévention et promotion de la santé permettra peut-être à terme de régler ce vide juridique (voir http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=fr).

En juin 2011, le Conseil fédéral a également conclu qu'une norme pénale spécifique sur l'assistance organisée au suicide entraînerait divers inconvénients et a donc décidé de ne pas légiférer dans ce domaine. Le Conseil fédéral entend cependant continuer à promouvoir la prévention du suicide - via l'introduction de programme d'optimisation du dépistage précoce et du traitement des dépressions (Alliance contre la dépression) - et les soins palliatifs. Voir également **Figure 11** et **Tableau 4** en annexe.

Dès lors, en l'absence de compétences fédérales inscrites dans la Constitution, il est donc laissé au bon vouloir des associations privées et des cantons d'agir dans ce domaine.

À l'échelon national, ***l'association Ipsilon*** se présente comme une plateforme d'informations entre la recherche et la prévention. Cette association joue le rôle d'interlocuteur privilégié sur les trois niveaux : fédéral, cantonal et régional.

Au niveau des **cantons alémaniques**, ce sont surtout les programmes de l'alliance contre la dépression qui ont été introduits (http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=fr ).

## C4. Au niveau romand

### C.4.1. Fribourg

Le canton de Fribourg dispose d'un réseau cantonal de santé mentale. Ce réseau a lancé en 2010 une équipe mobile d'urgence psychosociale, disponible 24h/24 pour les victimes d'événements traumatisants comme par exemple un suicide (Rapport RFSM, 2010). En outre, sous l'impulsion des autorités cantonales, l'association PréSuiFri a été crée en 2002. Cette dernière a pour but d'organiser des cours de formation pour les professionnels en contact avec une population à risques suicidaires, ainsi que des guides pour venir en aide aux professionnels confrontés au suicide (personnel enseignant ou personnel médico-social). C'est aussi cette association qui a pour mandat d'intervenir dans la prévention du suicide au niveau cantonal.

### C.4.2. Genève

Conduit en 2007, un état des lieux détaillé de la prévention du suicide chez les jeunes dans le canton de Genève émet des recommandations concernant la coordination de l'offre de soins, des centres d'accueil à bas seuil (lignes téléphoniques et site internet), la sensibilisation des adultes entourant les jeunes, la sensibilisation auprès des jeunes eux-mêmes (Devaud 2007).

A noter que les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) disposent d'un Centre d'étude et de prévention du suicide depuis 1996 (CEPS, 2009). Le CEPS fait administrativement partie des HUG bien qu'il soit entièrement financé par la fondation privée Children Action. De plus, depuis 2008, le CEPS fait partie de l'unité de l'Unité de crise pour adolescents suicidants (UCA- HUG), qui dispose de 8 lits pour accueillir des jeunes jusqu'à 21 ans qui ont fait une tentative de suicide ou qui présentent des idées suicidaires.

Au niveau associatif, l'association Stop Suicide est extrêmement active même hors des frontières cantonales. Cette association est d'ailleurs subventionnée par la Direction générale de la Santé (DGS) genevoise. Elle organise différentes manifestations, anime des discussions afin de sensibiliser le grand public à la thématique du suicide (Irminger 2005).

En milieu scolaire, nos collègues genevois du Service de santé de la jeunesse nous ont confirmé que c'est la promotion de la santé au sens large et non la prévention du suicide en elle-même qui est préconisée. Infirmiers scolaires et autres intervenants travaillent donc en amont afin d'agir sur les déterminants d'un comportement sain, en passant entre autres par le développement de compétences personnelles. Une journée de formation pour leurs collaborateurs (infirmières et médecins scolaires, éducateurs pour la santé) a permis de clarifier leur rôle et de répondre à leur questions sur sur la dépression et les risques suicidaires des jeunes. Le but était de leur apprendre à parler du bien-être et du mal-être avec les élèves, de comment transmettre aux élèves la capacité de faire face, et de les informer sur les ressources à disposition en cas de mal-être.

Contrairement à ce qui est avancé au point 1c du postulat, il n'y a pas de sensibilisation destinée aux élèves du secondaire par un psychologue ou un psychiatre. Seules quelques actions ponctuelles de sensibilisation aux risques suicidaires ont parfois lieu, par exemple lors de la journée mondiale contre le suicide.

Par ailleurs, un projet de type « alliance contre la dépression » a démarré avec notamment la mise à disposition d'une ligne téléphonique (http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/prevenir_depression_selon_modale_alliance_contre_depression-1037-0-6982.html).

### C.4.3. Jura

En 2004, l'association interjurassienne de prévention du suicide Résiste a vu le jour. Cette association a été créée avec le soutien de l'Association Jurassienne d'Action Sociale, le Groupement d'Action Sociale du Jura bernois, les services Bienne-Seeland et Caritas Suisse. Elle organise des groupes de parole, des cours de formation pour les professionnels potentiellement confronté à la problématique du suicide. La plupart des infirmières scolaires ont suivi la une journée formation sur le thème du suicide (Relation d'aide et mode d'intervention).

### C.4.4. Valais

En 2006, le Service de la santé publique a mandaté les institutions psychiatriques du Valais Romand (IPVR) pour mettre en place un programme de prévention, traitant de la question du suicide mais également de la détresse existentielle. Il fut alors décidé de créer un réseau social pluridisciplinaire, appelé le Réseau d'Entraide Valais. La démarche adoptée fut relativement innovante, dans le sens où au lieu de reprendre méthode de prévention spécifique, le réseau tente de resserrer les liens entre les ressources préexistantes dans le canton. Il s'agit donc de réunir les différents acteurs du réseau social, médical et pédagogique afin de développer une vision commune et de créer des portes d'entrée et des relais pour toute personne confrontée à la détresse existentielle. Depuis 2007, le programme de prévention s'est construit autour de 4 axes : l'identification et la mise en réseau des différents partenaires, le développement des compétences des différents partenaires ainsi que la communication et l'évaluation du programme (Rapport Valais 2010).

Pas moins de 36 partenaires de tous horizons sont recensés comme appartenant au réseau. Il comprend ainsi l'Institution psychiatrique du Valais romand, le journal local le Nouvelliste, la police ou encore l'Association valaisanne des pharmaciens. Cette diversification des acteurs a comme but d'offrir une aide aussi riche que possible. Le Réseau d'Entraide propose une ligne téléphonique 24h/24, des actions de sensibilisation et d'information, de nombreux cours de formation destinés aux professionnels, des interventions en milieux scolaires sous forme d'atelier bien-être – souffrance, etc (Astori, 2009).

## C5. La prévention du suicide dans le canton de Vaud

### C.5.1. Programme de lutte contre les conduites suicidaires

Le canton de Vaud a été l'un des premiers cantons suisse à développer une politique de santé mentale depuis 2007. Une approche globale de la santé mentale et une coordination des différents acteurs a été préférée à une tentative de greffer un programme « clé en main » centré sur l'une ou l'autre pathologie tel que « l'alliance contre la dépression ». Plusieurs axes prioritaires ont été définis, dont un programme de « ***Lutte contre les conduites suicidaires »*** piloté par le Service de la santé publique. Il s'articule autour de 4 actions prioritaires, avec un accent particulier porté à cette problématique chez les jeunes et les adolescents.

#### a) La formation des professionnels de première ligne

L'acquisition de compétences des professionnels de première ligne pour identifier et évaluer le potentiel suicidaire d'une personne constitue une part importante de la prévention du suicide. Plusieurs acteurs dans le domaine de la psychiatrie et de la santé publique se sont associés pour élaborer la **formation de deux jours « Faire face au risque suicidaire »** dans le cadre de l'Université de Lausanne (DP-CHUV, Fondation de Nant, UMSA, SSP, Fondation pour la formation continue universitaire lausannoise). Cette formation a été adaptée selon l'approche promue en France et au Québec par les Prof Jean Louis Terra et Monique Séguin. Elle est proposée huit à dix fois par année et ouverte à tous les professionnels de la santé et du social qui sont confrontés à des problématiques suicidaires sous forme de modules ciblés par groupe d'âges. Ces formations ont pour objectifs d'apprendre à identifier et évaluer le potentiel suicidaire et à donner des pistes pour une intervention de crise. Ces formations visent également à utiliser un langage commun qui facilite la communication entre des personnes d'horizons différents, tout en préservant la spécificité des approches cliniques. Près de **700 personnes ont déjà été formées** dans le canton de Vaud (infirmières scolaires, psychologues, éducateurs, enseignants, personnel soignant, policiers, médecins…). Une « formation de formateurs » aura lieu en 2012, afin de poursuivre la dissémination de cette pratique.

#### b) Un numéro d'appel unique pour les crises suicidaires

Le canton de Vaud a souhaité se doter d'une chaîne d'alerte simple et cohérente pour les personnes en crise suicidaire. Plutôt que de créer un nouveau numéro d'appel spécifique pour le suicide, les mandats des numéros d'appels existants pour la détresse psychologique (143 – main tendue et 147 – pro juventute) et pour les urgences de santé (0848 133 133) ont été clarifiés et étendus et mis en réseau. De plus un numéro unique pour les urgences psychiatrique à destination des professionnels a été mis en place dans chacun des quatre secteurs psychiatriques du canton.

- Les numéros 143 et 147 sont les numéros d'appels grand public pour la détresse psychologique, avec un mandat d'écoute et de conseils sans intervention. La détection et l'évaluation du potentiel suicidaire des appelants à ce niveau est cruciale puisque les appels sont en amont d'une crise suicidaire et peuvent faire l'objet d'une prévention ciblée. Les formateurs et/ou l'ensemble des répondants de ces numéros ont été engagés à suivre la formation décrite précédemment, et ont été rendus attentifs à l'importance de leur rôle dans la prévention du suicide. En outre, le transfert des appels à la centrale des médecins a été rendu possible depuis le 147 (des solutions sont en cours de négociations avec le 143).
- Le mandat de la centrale téléphonique des médecins de garde (Tél. 0848 133 133) a été étendu en octobre 2011 aux problèmes pédiatriques et à la psychiatriques. Ce numéro d'urgence est disponible 7jours/7, 24h/24 pour le public et pour les professionnels. Il permet l'intervention du médecin de garde ou la réorientation des appels téléphoniques vers une structure de soins adéquate. Dans ce contexte, les collaborateurs bénéficient également de la formation « faire face au risque suicidaire », ainsi qu'une supervision régulière par des professionnels de psychiatrie.

- Chacun des quatre secteurs psychiatriques Centre, Nord, Ouest et Est a organisé un numéro unique auquel répond directement un professionnel infirmier ou médecin pour les urgences psychiatriques 24h/24 et 7 jours/7, à disposition des professionnels et des patients déjà suivis.

#### c) Le renforcement de la prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider

Des psychiatres de liaison ont été engagés dans les hôpitaux somatiques du canton (en particulier au Nord et à l'Est) afin de développer des liens avec les équipes des hôpitaux somatiques et pouvoir évaluer toute personne ayant effectué un geste suicidaire. La suite de ce projet vise à systématiser les interventions auprès des suicidants en collaboration avec les urgences somatiques.

#### d) Le suivi et le traitement de l'information sur le suicide dans les médias

Depuis 2011, le Service de la Santé Publique collabore avec l'association Stop Suicide afin de développer un travail de suivi du traitement de l'information dans les médias et de sensibiliser les professionnels des médias à ce sujet.

### C.5.2. Autres programmes

En dehors de ces actions, d'autres programmes/projets auquel contribue le Service de la santé publique peuvent contribuer à favoriser le bien-être chez les enfants et les adolescents, ou à leur prise en charge. Certains projets ont une vocation universelle, d'autres s'adressent à un groupe particulier – le service ou l'office "leader" est entre parenthèse :

#### a) Programmes et projets à vocation universelle

- Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans)-parents (SSP - SPJ).
- Programme cantonal de promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles vaudoises (Unité PSPS).
- Programme cantonal de prévention des dépendances dans les établissements de la scolarité obligatoire et post obligatoire du canton de Vaud (Unité PSPS en collaboration avec partenaires: ACT Prévention, CIPRET, DEPART, FVA, Levant).
- Promotion de la santé mentale et prévention dans quelques établissements scolaires (Service de psychiatrie communautaire, DP-CHUV).

#### b) Programmes et projets à destination de groupes cibles

- Programme « DEPART » : dépistage - évaluation - parrainage d'adolescents consommateurs de substances (UMSA - SUPEA - AVOP - SPJ).
- Le « GRAFIC » (Groupe Ressources d'Accompagnement et de Formation en cas d'Incident Critique) (Unité PSPS).

### C.5.3. Ressources disponibles dans le canton de Vaud

#### a) Au niveau des services de soins

En plus des services de soins généraux, les ressources principales pour les soins des enfants, adolescents et jeunes à risque de suicide ou ayant fait une tentative de suicide sont:

- le CHUV, et en particulier ses trois services de psychiatries de l'enfant et de l'adolescent (Centre, Nord, Ouest) et l'UMSA;
- la Fondation de Nant.

Il faut relever ici le rôle important que peuvent jouer les pédiatres dans la détection des troubles de santé mentale et dans le dépistage de conduites suicidaires tant chez les enfants que chez les adolescents.

### b) Au niveau de l'école

Dans chaque établissement scolaire ou de formation, les élèves peuvent s'adresser à leur enseignant-e, à un-e doyen-ne ou à des professionnel-le-s formé-e-s à l'écoute et à l'entretien (médiatrice-médiateur, infirmier-e scolaire), qu'ils aient eux-même des soucis ou qu'ils s'en fassent pour un-e de leurs amis. De plus, en cas de difficultés à apprendre, de stress ou de difficultés d'insertion sociale ou de trouver un apprentissage, les élèves peuvent bénéficier de diverses mesures qui contribuent à leur qualité de vie et avoir un projet d'avenir: appuis pédagogiques, suivis auprès de psychologues, de psychomotriciennes ou de logopédistes, mesures de la transition 1 (T1), …

Les psychologues scolaires et les équipes de santé dans les établissements (délégué-e PSPS, médiatrice-médiateur, infirmier-e et médecin scolaires), de même que les cadres de l'Unité PSPS, sont depuis longtemps sensibilisés à cette problématique.

Dans les établissements scolaires, de nombreuses actions en lien avec des thèmes tels que l'estime de soi, le bien-être, la qualité du climat scolaire sont mises sur pied. Les périodes plus difficiles pour les élèves sont identifiées en particulier en lien avec la gestion du stress dans les années charnières de la scolarité obligatoire (5e, 6e, 9e). Des actions ciblées se sont déroulées dans cinq établissements touchés par cette problématique dans les 10 dernières années.

Diverses formations sont proposées aux infirmier-e-s, dont l'entretien motivationnel au Service d'alcoologie du CHUV (anciennement : Centre thérapeutique en alcoologie, CTA) ainsi que la formation à l'Unil présentée plus haut. En 2000, une journée de formation sur la prévention des états dépressifs et du suicide organisée par l'ODES avec le Prof. Jacques Laget à l'attention des infirmier-e-s scolaires du post-obligatoire et des médiateurs rencontra un vif intérêt.

De plus, le « GRAFIC » (Groupe Ressources d'Accompagnement et de Formation en cas d'Incident Critique) conduit par l'Unité PSPS coordonne et soutient les directions des établissements scolaires lors d'incidents critiques. La majorité des établissements a suivi une formation lui permettant de réagir lors de ces situations en activant une cellule de crise.

### c) Autres

Le site romand « www.ciao.ch », qui vise quant à lui plus particulièrement les jeunes de 13 à 20 ans, est également un interlocuteur pour les adolescents qui désirent poser des questions, notamment en lien avec les conduites suicidaires.

Dans le cadre des Conseils régionaux de prévention et de sécurité (CRPS), un récent travail de coordination entre les préfets, la police, les directions d'établissements scolaire et divers partenaires a permis d'améliorer la cohérence des messages auprès des jeunes et de leurs parents (CRPS 2011).

# D. Mesures pour sécuriser les lieux sensibles et limiter l'accès aux moyens pour se suicider

### D.1.1. Sécurisation des lieux sensibles

Au niveau des infrastructures, il existe un certain nombre de mesures connues pour limiter l'accès aux moyens, comme les grillages sur les hotspots (au niveau mondial), murs antibruits rendant l'accès aux voies ferrées ou aux autoroutes difficiles, portes automatiques dans les métros (Lausanne, Paris...), téléphone sur les lieux à risques (Golden Gate Bridge).

Dans le canton de Vaud, il n'existe pas d'information centralisée sur les lieux sensibles. Les ponts les plus sensibles pour le suicide sont en général dans les localités et sont donc propriété des communes. A notre connaissance, trois ponts ont été modifiés selon les "normes anti-suicide". Il s'agit du pont Bessières à Lausanne, du pont Gillamont à Vevey et du pont Fenil à Corsier-sur-Vevey. Les suicides par sauts dans le vide à Lausanne ont diminué de 22% suite au rehaussement des garde-corps du pont Bessières (Maire, 2007)[2]..

Une répartition des charges entre le canton et la commune est parfois nécessaire. Dans l'exemple du pont de Gilamont (Vevey), propriété du canton, seule la réfection et la mise en conformité de l'installation avec les standards actuels, peut être considérée comme une charge liée. La commune de Vevey a quant à elle participé à la plus-value des frais engendrés par la mise en place d'une protection "para-suicide" sur ce pont.

Pour ce qui est du risque de suicide dans les bâtiments, ceux-ci font l'objet de normes de sécurité strictement respectées lors de l'octroi des permis de construire.

**La proposition est que les communes identifient les lieux sensibles et les infrastructures à risque comme les ponts et autres espaces publics, en vue d'une analyse des mesures de sécurisation et de leurs coûts. Une plateforme canton-communes pour la coordination des différentes mesures de sécurisation est par ailleurs préconisée.**

### D.1.2. Limitation de l'accès aux moyens pour suicider

D'autres mesures moins visibles mais qui ont un impact démontré sur le taux de suicide devraient être explorées: les limitations des accès aux médicaments (taille des emballages plus petite et limitation du nombre d'achats de boîtes), la mise sous clés des armes à feu, la réduction des pharmacies domestiques dans les foyers où vivent des adolescents suicidaires, …

A titre illustratif quelques faits sur les **armes à feu**:

- La **Figure 5** montre la relation directe entre le pourcentage des foyers avec une arme à feu et le taux de mortalité par arme à feu (Terra 2003).
- Le fait d'avoir une arme à feu dans un foyer multiplie par 5 le risque de suicide.
- Un homme suisse sur trois utilise une arme à feu pour se suicider: le triple de la moyenne européenne (**Figure 6**). (Reisch 2011)
- Pour les 20-29 ans, un homme sur 8 le fait avec une arme civile et un sur 5 avec une arme de service. Une diminution est toutefois notée après l'introduction d'armée XXI.

[2] Maire, V. (2007). La prévention situationnelle à l'épreuve des suicides par le saut dans le vide : le cas du pont Bessières. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique, Volume LX 4/07*, 387-398.

**Figure 5 – Relation directe entre arme à feu à domicile et mortalité par arme à feu**

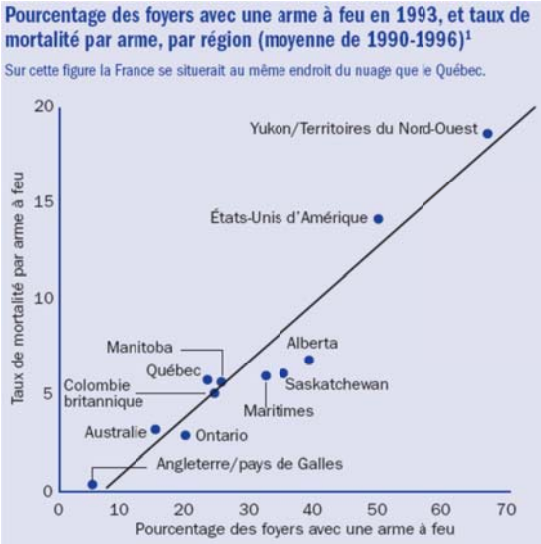
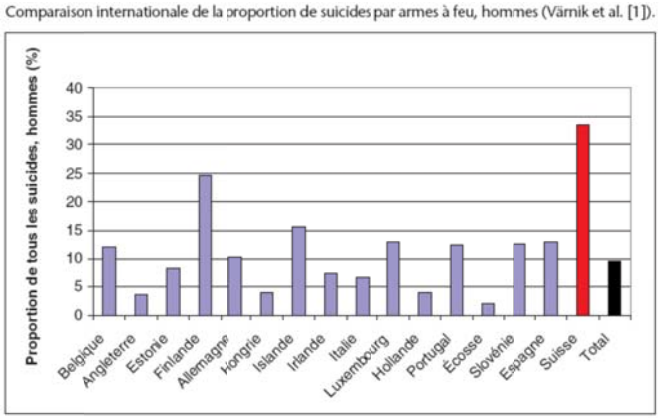



**Figure 6 – Proportion de suicides par armes à feu chez les hommes: la Suisse est au triple de la moyenne européenne**




Des diminutions du taux de suicide sont observées dans les pays qui ont fait des efforts comme la restriction du nombre d'armes en circulation, la sécurisation au niveau du stockage des armes à feu et une légalisation stricte comme l'Australie ou l'Allemagne. **L'échec des votations en 2011 concernant les armes à feu montre qu'il reste encore des efforts à faire au niveau national pour limiter l'accès aux armes à feu**.

**D'autres mesures de prévention de type structurelles limitant l'accès des jeunes aux moyens de se suicider doivent être envisagées au niveau cantonal et national.**

# E. Prévenir le suicide des jeunes à l'école

## E1. La prévention du suicide chez les enfants, les adolescents et les jeunes

La prévention du suicide vise à réduire par des moyens directs ou indirects l'incidence et la prévalence des comportements suicidaires, en particulier:

- le nombre de décès par suicide;
- le nombre de tentatives de suicide qui causent elles aussi de nombreux dégâts (par exemple dommage cérébral irréparable, fragilisation de l'entourage, etc.);
- les idées suicidaires et actes para-suicidaires.

Les programmes de prévention du suicide sont généralement construits sur **quatre axes** :

- repérer les indices d'une expression suicidaire;
- évaluer la gravité de la situation;
- agir sur les facteurs de risque et de protection;
- réduire les impacts d'un suicide sur l'entourage.

Le Conseil permanent de la jeunesse du Québec (CPJ), a édité une étude, en février 1997, intitulée « *Le suicide chez les jeunes : SOS Jeunes en détresse !* ». Le CPJ estime, entre autres, qu'*« à l'école, dès le primaire, la prévention du suicide doit s'inscrire dans une démarche globale et intégrée de la promotion de la santé et de la prévention »*. Il recommande **cinq types d'actions** (Stop Suicide, 2007):

- le développement de compétences personnelles et sociales;
- l'éducation aux préjugés entourant les maladies mentales, les stéréotypes sexuels et l'homosexualité;
- la formation des jeunes à l'entraide;
- l'offre de services professionnels d'aide pour les élèves manifestant des problèmes psychosociaux ou relationnels;
- la sensibilisation et la formation du personnel scolaire au dépistage et à la référence des jeunes en détresse ainsi qu'aux mesures à prendre en cas de suicide d'un élève ou d'un membre du personnel.

## E2. Le contexte scolaire pour la prévention du suicide

La prévention du suicide en milieu scolaire peut s'effectuer à différentes niveaux : préscolaire, scolarité obligatoire et scolarité post obligatoire. Le système actuel avec les cycles initiaux, primaires, de transition et secondaires I seront remplacés par la structure définie dans la Loi sur l'enseignement obligatoire (LEO). Les changements importants sont le début de la scolarité dès quatre ans et le passage à deux voies au secondaire I. Le contexte particulier des adolescents déscolarisés et/ou en foyers doit également être pris en considération.

Il n'existe à ce jour pas de consensus sur la pertinence de mener en milieu scolaire et de formation des actions de prévention du suicide. Comme développé plus ci-dessous, les études scientifiques n'apportent pas preuves solides de leur efficacité et certaines indiquent que ce type d'intervention pourrait avoir des effets non souhaitables. Les arguments et questionnements du débat entre les partisans et les opposants peuvent être résumés ainsi:

**Contre des actions en milieu scolaire**

- une minorité (5%) des élèves scolarisés font une tentative de suicide (Narring 1994), la très grande majorité des élèves n'est donc pas concernée par ce problème;
- le risque suicidaire serait particulièrement élevée parmi les adolescents non scolarisés, la prévention serait donc à faire hors de l'école;

- l'école a-t-elle les ressources nécessaires pour affronter cette thématique de santé en plus de toutes les autres (éducation sexuelle, prévention contre l'obésité, prévention contre les dépendances, etc.)?
- la nature du sujet reste délicate et taboue: la crainte d'une incitation, voire d'un effet d'imitation chez certains élèves ou de phénomènes de groupe (« effet Werther ») - crainte qui sous-tend d'ailleurs l'approche déontologique dans les médias. (Gould 2005)

**Pour des actions en milieu scolaire**

- l'école est le « milieu naturel » des adolescents et qu'il est nécessaire de travailler à renforcer le rôle de protection qu'elle peut jouer contre le suicide, et ce, en encourageant le dialogue. De nombreux auteurs plaident donc en faveur de programmes qui tiennent non seulement compte de la promotion de la santé et du bien-être mais aussi de la prévention primaire et secondaire du suicide (Perret-Catipovic, 1996);
- le soutien à des personnes qui souffrent, d'autant plus si ce sont des enfants ou des adolescents, est une responsabilité sociale ; l'école peut et doit dès lors jouer un rôle proactif auprès des élèves qui sont les plus à risque.
- les élèves et adultes de l'école qui observent de la souffrance chez un élève sont souvent démunis ne sachant pas forcément vers qui orienter, et s'autocensurent probablement par souci de faire faux dans un domaine dont les conséquences sont graves ;
- il faut justement lever le tabou et en parler à l'école, comme dans les médias, en passant des messages positifs ("on peut s'en sortir, il existe des ressources,…"), comme l'ont utilisé les allemands dans leur stratégie nationale en s'appuyant sur « l'effet Papageno » qui est protecteur.[3]

## E3. Les connaissances scientifiques sur l'efficacité des interventions en milieu scolaire pour la prévention du suicide

Chercher à lutter contre le suicide, comprendre s'il est bel est bien efficace et non délétère d'implanter des actions de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale dans le milieu scolaire n'est pas une préoccupation nouvelle. Durant ces douze dernières années, bon nombre de revues systématiques se sont d'ailleurs consacrées à la question de l'évaluation de la pertinence des informations en lien avec la prévention du suicide.

Une revue de cette littérature menée par l'Unité PSPS permet de présenter les différents types de programmes. Tous ces travaux de synthèse relèvent les limites de qualité méthodologiques des études cherchant à évaluer l'efficacité d'interventions de prévention du suicide chez les jeunes. Aucun programme n'est vraiment démontré efficace. Nous présentons ci-dessous un résumé de la littérature pour chacune des approches de prévention. Deux tableaux résumant les revues systématiques et les études inclues sont en annexe **(Annexe 7).**

Diverses classifications des interventions sont utilisées par les auteurs. Nous retenons l'approche actuelle qui correspond à une perspective de santé publique (Michaud et Laget 2006, Miller et al., 2009) en trois niveaux:

- prévention universelle (promotion de la santé et prévention primaire): s'adresse à l'ensemble d'un groupe, peut être globale ou spécifique;
- prévention sélective (prévention secondaire – dépistage/repérage/détection + intervention précoce): ne concerne que les jeunes à risques ayant besoin d'une intervention spécifique;
- prévention sur indication (prévention tertiaire – prise en charge et prévention de la récidive): s'adresse aux jeunes qui ont déjà commis une tentative de suicide ou clairement évoqué leur intention de passer à l'acte, et à leur entourage, y compris la postvention lors d'un décès.

[3] Voir http://www.stopsuicide.ch/L-effet-Papageno

### E.3.1. Prévention universelle en milieu scolaire (primaire)

Ces programmes s'adressent à tous (universels) et sont donc menés de manière collective (classe ou établissement). Ils peuvent être globaux (non spécifiques) ou centré sur le thème (spécifiques).

#### i. Programmes globaux ou non spécifiques

Plusieurs travaux démontrent des effets positifs de ce type de programmes tant au plan de la performance scolaire qu'au plan de la santé. (UIPES 2010). Dans une approche centrée sur l'entier de la population, une diminution même minime de la moyenne réduit de manière importante le nombre de suicide (voir **Figure 12** en annexe).

- **Promotion du bien-être et de la santé** : Visent à promouvoir et instaurer un climat scolaire positif, encourager la création de liens significatifs entre maîtres et élèves, proposer aux élèves des stratégies concrètes de résolution de problèmes et créer des lieux dans lesquels ils peuvent s'exprimer et participer activement à la vie de l'école.
- **Renforcement des compétences de vie des élèves**: Visent à renforcer l'estime de soi des élèves, leur donner des outils qui leur permettent de gérer adéquatement des situations de vie difficiles et stressantes.

#### ii. Programmes universels de prévention spécifique de la dépression ou du suicide

Les revues de littérature concluent qu'il n'y a **pas suffisamment de preuves scientifiques** pour soutenir de tels programmes pour les adolescents dans les écoles et font de plus état de **préoccupations déontologiques** au vu de la détérioration de l'attitude constatée chez certains jeunes particulièrement vulnérables.

- **Les programmes de prévention de la dépression**

  Aucune intervention n'est apparue comme réellement efficace sur la durée parmi la douzaine de programmes menés dans les écoles pour prévenir la dépression (Spence et Shortt, 2007). Les auteurs de la revue systématique indiquent que la qualité de ces études était faible et la plupart n'ont pas démontré d'effet. Quelques études ont montré des effets à court terme intéressants et encourageants sur la gestion des pensées négatives et de l'*attribution négative*[4], mais devraient probablement être répétées. En effet, le mal être, la gestion des émotions, le développement d'une bonne estime de soi sont des processus qui prennent du temps.

  En outre, ces programmes de lutte contre la dépression ont été introduits de façon universelle à tous les élèves sans prendre en compte certaines variables individuelles propres à certains types d'élèves (comme le sexe, les antécédents familiaux, etc.). Les auteurs suggèrent qu'une intervention plus ciblée pourrait également améliorer l'intervention et, potentiellement, conduire à de meilleurs résultats.

  Les auteurs concluent qu'il est prématuré de promouvoir des programmes en milieu scolaire visant à une prévention universelle de la dépression.

- **Les programmes « curriculum » de prévention du suicide**

  Les programmes « curriculum » de prévention du suicide sont basés sur une approche cognitivo-comportementale et se présentent sous la forme d'activités dispensées en classe (soit par l'enseignant, soit par un intervenant extérieur) (Julien 2004). Ils se veulent universels (adressés à tous) et cherchent à développer des connaissances générales à propos du suicide et des stratégies pour gérer les moments difficiles (« coping »). Ces interventions tentent de rendre les

[4] Attribution :"le processus par lequel l'homme appréhende la réalité et peut la prédire et la maîtriser. C'est la recherche par un individu des causes d'un événement, c'est-à-dire la recherche d'une structure permanente mais non directement observable qui sous-tend les effets, les manifestations directement perceptibles" (voir Bourhis 1999)

jeunes attentifs à certains signes, tant en lien avec le suicide qu'avec la maladie mentale, ainsi qu'à donner une information sur les moyens de leur venir en aide.

Pour les auteurs de deux revues de littérature, les preuves scientifiques ne sont pas sans équivoque, les résultats des différentes études s'avérant parfois contradictoires (Gould et Kramer, 2003; Ploeg et al., 1999):

- les connaissances n'ont pas suffisamment augmenté dans les groupes ayant bénéficié d'un programme « curriculum » pour pouvoir conclure au succès de l'intervention,

- les programmes « curriculum » peuvent engendrer une péjoration des réponses chez les jeunes à hauts risques, ce qui est le contraire du but escompté (Gould et Kramer, 2001).

Une revue plus récente, centrée sur le secondaire I et II et incluant d'autres études, conclut toutefois que les programmes « curriculum » peuvent améliorer les connaissances, attitudes et voire les demandes d'aide chez les adolescents du secondaire, mais l'effet sur le taux de suicide n'est pas connu, faute d'études le mesurant (Cusimano, 2011).

### E.3.2. Prévention sélective ou secondaire

Ces programmes s'adressent aux élèves considérés comme « à risque » de suicide (déprimés, absents, en échec scolaire, consommateurs, …), elle passe par une identification de ceux-ci soit par dépistage (screening) soit par repérage. Elle passe par une sensibilisation des adultes les encadrant.

Dans ce genre de programmes, l'intervention est ciblée sur un groupe identifié à haut risque de suicide. À nouveau, après avoir analysé la méthodologie de ces recherches portant sur l'évaluation de programmes sélectifs, il ne fut guère possible pour Miller de conclure à une forte évidence de significativité de cette méthode plus spécifique. (Miller et al., 2009)

#### i. Les programmes de dépistage

Ces programmes souvent réalisés sous forme de questionnaires tentent de dépister les jeunes à risques. Par risques, on entend la consommation d'alcool ou autres substances, la dépression ou encore l'idéation suicidaire. Ces programmes ne peuvent nous fournir de preuves suffisantes quant à leur efficacité, bien que jugés prometteurs (Gould et Kramer 2001), pour deux raisons principales:

- la fréquence optimale à laquelle il faudrait répéter le dépistage n'est pas déterminée
- la capacité du test à correctement détecter les élèves à risque suicidaire limite l'utilisation de ces méthodes de dépistage, car elle est influencée par:

  - le test lui-même: certains élèves hautement à risques d'adopter des comportements suicidaires ne sont pas identifiés comme étant à risques (« faux négatifs ») tandis que d'autres sont identifiés comme étant à risques alors qu'ils ne le sont pas (« faux positifs »);

  - le moment auquel le test est passé: les évènements récents peuvent influencer les réponses qui varieront d'un jour à l'autre. Par exemple, si plusieurs sondés ont passé une mauvaise journée/appris une mauvaise nouvelle, le taux de jeunes à risque suicidaire sera alors artificiellement plus élevé que le jour précédent, par exemple.

#### ii. Sensibilisations et formations à l'intention des professionnels travaillant en milieu scolaire

Ces programmes passent par une formation de **tous les professionnels** travaillant en milieu scolaire comme enseignants, médiateurs, infirmières scolaires, intervenants psychosociaux, médecins, secrétaires, concierge, etc, en plus des psychologues scolaires qui vise en général deux objectifs :

- augmenter la sensibilité des acteurs de l'école aux situations de crise que peuvent vivre les élèves, et leur donner des outils favorisant leur repérage ;

- donner au personnel scolaire les moyens d'intervenir en cas de crise, auprès de jeunes qui donnent des messages de détresse et de souffrance manifestes.

De plus, il est nécessaire de viser un meilleur climat scolaire, à travers une amélioration des relations entre maîtres et élèves et une formation de ces derniers à la résolution de diverses situations difficiles.

#### iii. Les programmes de formation de sentinelles (« gatekeeper »)

Ces programmes consistent à former **certains professionnels de l'école** (et non des pairs !) qui seront amenés à intervenir auprès des jeunes à risques.

Ces programmes sont intéressants dans le sens où ils tentent de corriger certains biais comme la fragilisation des élèves à risques que pouvaient impliquer les programmes « curriculums ». Grâce aux sentinelles, il n'est plus nécessaire d'intervenir directement auprès des jeunes, de leur poser des questions ou encore de leur proposer des activités en lien avec le suicide. En outre, comme les personnes suicidaires ont souvent tendances à ne pas demander d'aide, cette méthode augmente les chances de pouvoir intervenir avant qu'il ne soit trop tard (Isaac, 2009).

Les intervenants sont pour la plupart des enseignants, des infirmiers, des médecins, des animateurs socioculturels ou des éducateurs qui sont en contact direct avec les jeunes. En effet, ces derniers sont en ligne de mire pour détecter les signes et certains comportements suicidaires. « *Ce sont des personnes choisies pour leurs liens étroits avec les groupes ou les milieux à risque, s'engageant de façon volontaire, qui sont formées et soutenues pour jouer le rôle attendu d'elles auprès des personnes suicidaires.* » (Ministère de la Santé, Québec, 2006). En les formant à reconnaître ces « indices » ces professionnels peuvent rapidement venir en aide aux jeunes en détresse. Le détail du rôle des sentinelles est précisé dans l'**Annexe 3**. (Julien et Breton, 2008)

Des résultats des études évaluant les programmes de type « sentinelle », notamment aux Etats-Unis, ont démontré une diminution de suicides chez les jeunes (12%), mais il a également été constaté que la majorité des élèves à risque de suicide repérés par des sentinelles ont bénéficié de services de santé mentale. Les résultats de ces méthodes sont encourageants, car ils développent certaines ressources chez ces acteurs, mais elles ne constituent toutefois pas un niveau suffisant de preuves. (Gould et Kramer, 2001) (Isaac et al en 2009)

En effet, on suspecte qu'à trop vouloir identifier les premiers signes les comportements suicidaires chez les jeunes, les professionnels auraient tendance à voir des comportements suicidaires un peu partout. Toutefois, il en est ressorti des éléments très positifs en termes de connaissance et d'intervention précoce, sans que cela ne fragilise les jeunes. Selon Isaac et al., former des sentinelles pourrait s'avérer particulièrement efficace dans un ensemble de stratégies vouées au bien-être et à la promotion de la santé mentale. (Isaac, 2009)

Le rôle central de l'infirmière scolaire est également souvent mentionné (Pommereau, 2001). En effet, les plaintes somatiques des élèves sont souvent révélatrices d'un malaise, ce que certains professionnels appellent une « médiation par le corps » (une incapacité des adolescents à mentaliser qui débouche sur une mise en signes à expression physique). Le local de l'infirmière scolaire devrait donc être envisagé comme un véritable lieu d'observation de la santé physique et psychique des adolescents. Les élèves peuvent y exprimer leur mal-être car l'infirmière leur apparaît démarquée des instances éducatives ou administratives. Il est également pertinent d'envisager le rôle du médecin scolaire dans une optique identique, même si celui-ci est peu présent dans l'école. L'infirmière scolaire doit connaître les limites de son rôle et doit pouvoir s'appuyer sur un réseau de personnes ressources vers qui orienter l'élève en désarroi.

### E.3.3. Les programmes indiqués en milieu scolaire (tertiaires)

Les programmes de prévention tertiaire – prise en charge et prévention de la récidive - s'adressent aux jeunes qui ont déjà commis une tentative de suicide ou ont clairement évoqué leur intention de passer à l'acte, et à leur entourage, y compris la postvention lors d'un décès par suicide.

### i. Prise en charge thérapeutique en milieu scolaire

Dans le canton de Vaud, la prise en charge thérapeutique est assurée en dehors de l'école et n'est donc pas développée ici.

### ii. Postvention: actions sur la prise en charge des personnes proches de suicidants

La postvention consiste à réaliser des activités visant à réduire les effets négatifs à court et à long termes, résultant d'un traumatisme (post traumatic stress disorder PTSD) causés par le suicide d'une personne de l'entourage plus ou moins immédiat.

Aucune étude n'ayant été menée sur l'évaluation des stratégies de postvention, les auteurs des revues systématiques n'ont pas pu évaluer ce troisième cercle d'interventions.

Il est toutefois possible de mettre en place des procédures spécifiques de debriefing dans les écoles suite à un suicide, notamment en faisant appel à des groupes ressources. Dans le canton de Vaud, le « GRAFIC » (Groupe Ressources d'Accompagnement et de Formation en cas d'Incident Critique, Unité PSPS) est à disposition des établissements scolaires dont la grande majorité a bénéficié d'une formation : ,

- le GRAFIC propose ses services dans un but de conseil et d'évaluation pour aider la direction et/ou le réseau de santé d'un établissement à gérer les heures ou les jours suivant l'événement ;
- l'écoute et l'analyse de la situation permettent d'aider à prendre du recul, d'identifier et de stimuler les compétences en place, de veiller à une bonne circulation de l'information interne et externe et de soutenir les intervenants du réseau confrontés à ces situations difficiles ;
- si nécessaire, le GRAFIC peut également apporter un soutien logistique pour la mise sur pied d'un debriefing pour les témoins directs."

## E4. Prévention du suicide: options possibles pour des actions en milieu scolaire

| Options | Avantages | Inconvénients |
|---|---|---|
| **A : Prévention globale – promotion de la santé**<br>= agir sur la santé mentale, le bien-être, le sentiment d'efficacité, le climat de l'école et les facteurs protecteurs | ● Le suicide comme résultante de nombreux facteurs (dépression, sentiment d'exclusion, mal-être…) est traité en amont par différents biais comme : la lutte contre les dépendances, les conduites à risques ou encore la promotion des facteurs protecteurs.<br>● Possibilité d'agir en réseau via différents acteurs.<br>● Cela permet une meilleure prise en charge (possibilité de partenariats) et une meilleure efficacité si la prévention du suicide s'effectue à plusieurs échelons et dans différents milieux. | ● Coûts relativement élevés en termes de restructurations institutionnelles, de coordination et de formation.<br>● Non garantie d'efficacité, car on se base sur le bon sens et l'intuition. Il n'y a aucune évidence scientifique, pour le moment, prouvant qu'en donnant aux jeunes des outils pour améliorer leur bien-être psychique on diminuera automatiquement le taux de suicide. |
| **B : Ne pas faire d'intervention** | ● Aborder le suicide mérite toute la prudence nécessaire afin de ne pas provoquer d'idéations suicidaires. En parler peut impliquer une certaine forme de fascination, voire déstabiliser certains jeunes particulièrement vulnérables.<br>● En excluant ce thème, on évite de donner des idées aux jeunes. (*Il y a toujours une forme de soupçon autour de la contagion du suicide)*<br>● L'école ne se voit pas chargée d'un programme de plus auquel il faut consacrer du temps et des moyens. | ● Non-résolution du problème.<br>● Les questions et préoccupations des jeunes peuvent ne pas trouver de réponses.<br>● Risque de mauvaise acceptabilité politique de ne rien faire contre le suicide.<br>● On place le suicide comme une forme de tabou (?) |
| **C: Introduction d'une prévention du mal-être** | ● A court terme, on arrive à sensibiliser et à informer les jeunes quant à cette maladie.<br>● On évite de déstabiliser les jeunes déjà fragiles en évoquant le thème du suicide.<br>● On agit sur deux problèmes : le suicide et la dépression<br>● Ces programmes relèvent une amélioration de la gestion du stress, des pensées et des attributions négatives. | ● Actuellement, aucune évidence n'a pu appuyer l'efficacité de ce genre de programme.<br>● On ne connait pas encore exactement les répercussions de prévention de la dépression sur le taux de suicide (bien que l'on sache que les deux sont étroitement corrélés). |
| **D1 : Introduction d'une prévention universelle directe dans les classes** (méthode du screening ou du curriculum) | ● Ces programmes améliorent les connaissances qu'ont les jeunes en matière du suicide.<br>● On peut détecter rapidement et agir sur les jeunes à risques | ● Peut fragiliser certains jeunes, et leur procurer plus de préoccupations que de soulagement.<br>● Risques de mal identifier les jeunes à risques de ceux qui ne le sont pas. |
| **D2 : Prévention universelle indirecte via des personnes formées pour identifier les jeunes à risques** (méthode des gatekeepers ou sentinelles) | ● Le suicide est abordé indirectement.<br>● On peut agir rapidement dès les premiers comportements suspects.<br>● On évite de perturber les jeunes inutilement ainsi que de leur donner de mauvaises idées.<br>● On sensibilise les professionnels à la thématique du suicide en leur fournissant aussi des ressources.<br>● On donne, via la formation, à l'adulte des moyens pour agir efficacement. | ● Il n'y a pas encore de preuves quant à l'efficacité de ces méthodes.<br>● Il est difficile d'évaluer si cela a un impact direct sur les tendances suicidaires.<br>● Risque de charger encore plus les enseignants et le milieu scolaire avec une intervention potentiellement à risques, si mal effectuée.<br>● Risque que ces sentinelles détectent de faux-positifs. |
| **E : Intervention ciblée (sélective) chez les jeunes à risques** | ● On intervient uniquement chez les jeunes qui en ont besoin.<br>● On tient mieux compte des spécificités individuelles comme le genre, le milieu économique, culturel, etc. | ● Il n'y a que de forts indices mais pas encore d'évidence scientifiques quant à l'efficacité de l'action ciblée sur certains groupes de jeunes.<br>● Difficulté de savoir sur quels jeunes ont doit agir et comment reconnaitre les jeunes à hauts-risques. |

**Parmi ces options, la prévention globale (option A) et la prévention universelle indirecte (option D2) sont retenues car proportionnées et applicables dans le milieu scolaire.**

## E5. Prévention du suicide chez les enfants et les adolescents en dehors de l'école

Il existe divers programmes menés en dehors de l'école pour prévenir le suicide chez les enfants et les adolescents. Le présent rapport s'est concentré sur les actions en milieu scolaire et ne développe pas cet aspect de la prévention. Toutefois nous tenons à citer ici quelques études intéressantes.

- Certains programmes visent à sensibiliser les parents à la problématique du suicide et à améliorer la communication avec leurs adolescents. Les auteurs rapportent des résultats positifs au niveau de la connaissance des signes avant-coureurs et de l'intention d'intervenir auprès de leur adolescent. De plus, les résultats ont mis, entre autres, en évidence une diminution des conflits avec les parents de même qu'une amélioration des attitudes de la mère (compréhension, aide, affection, etc.). Il semble dès lors intéressant d'envisager une réflexion qui porte sur des mesures de prévention à ce niveau-là (Julien et Breton, 2008).
- Aux USA, des programmes de prévention pour les mères enceinte visant à diminuer (indirectement) le taux de suicide des futurs enfants via la diminution de la consommation d'alcool de ces mères et l'encouragement de la consommation d'Omega3.
- Il existe aussi des centres pour les parents abuseurs, pour limiter la maltraitance chez les enfants et donc indirectement les futurs comportements suicidaires.
- Il existe aussi la campagne pour 9h de sommeil chez les enfants pour diminuer le taux de dépression et de comportements suicidaires chez les jeunes.

De plus, certaines populations ou certains lieux de vie sont identifiés comme nécessitant une réflexion complémentaire et des actions spécifiques :

- Adolescents déscolarisés
- Adolescents migrants
- Milieux associatifs et socio-éducatifs, milieux de vie des jeunes : clubs sportifs, maison des jeunes, groupes de jeunesse, etc.
- Dépistage systématique du risque suicidaire dans les lieux d'urgences lorsqu'un jeu arrive suite à une consommation abusive de toxiques.

## E6. Conclusion

Pour contribuer à prévenir le suicide chez les enfants et les adolescents, des actions doivent continuer régulièrement dans les écoles pour promouvoir le « mieux vivre ensemble » et informer les élèves des ressources qui sont à leur disposition.

De plus, un travail doit se poursuivre avec les professionnels déjà dans les écoles (PPLS, infirmière scolaire, médiatrices, médecin scolaire) dans le sens d'une approche de *prévention universelle indirecte via des personnes formées pour identifier les jeunes à risques* (méthode des gatekeepers ou sentinelles).

Une approche spécifique doit encore être travaillée pour les jeunes en rupture scolaire.

## E7. Plan d'actions en milieu scolaire et préscolaire pour la prochaine législature

| | Elément du plan d'actions | Buts | Bénéfices attendus en termes de santé mentale (liste non exhaustive) |
|---|---|---|---|
| **A1. Prévention universelle** (promotion de la santé et prévention primaire : action sur les « modes de vie » des enfants et adolescents) | | | |
| 1. | Programme cantonal préscolaire de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-4 ans)-parents (SSP - SPJ)[5] | Poursuivre la mise à disposition de moyens d'information et de soutien par des professionnels aux parents d'enfants en âge préscolaire (renforcement des compétences parentales). | . Maintien d'une bonne santé mentale des parents, recours aux services spécialisés en cas de besoin.<br>. Diminution des facteurs de risque de l'entourage notamment pour la santé mentale et la maltraitance de l'enfant et de l'adolescent. |
| 2. | Projets d'établissement agissant sur le climat scolaire (SSP – SESAF - Unité PSPS)[6] | Poursuivre la mise à disposition des écoles d'un outil (le QES[7]) leur permettant de tirer un diagnostic systémique sur l'environnement socio-éducatif de l'établissement, et accompagner des mesures régulatrices (actuellement 15 établissements). | . Maintien d'un bon climat d'établissement ou amélioration de celui-ci, en s'appuyant notamment sur les besoins exprimés par les élèves, en développant des facteurs protecteurs dans l'environnement scolaire. |
| 3. | Programme de promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles vaudoises (Unité PSPS et partenaires)[8] | Proroger ce programme prioritaire du Conseil d'Etat, avec l'objectif d'élever le taux de jeunes pratiquant une activité physique régulière et accédant à une alimentation équilibrée. | . Amélioration du bien-être, diminution des symptômes dépressifs. |
| 4. | Promotion de la santé mentale et prévention dans certains établissements scolaires (SSP – SESAF - Unité PSPS avec les partenaires spécialisés en psychiatrie : SUPEA, Service de psychiatrie communautaire , DP-CHUV) | Définir le cadre et développer des actions d'information des élèves et des adultes lorsqu'un tel besoin est identifié dans un établissement. | . Répondre de manière adaptée au besoin d'information dans les établissements scolaires, et éventuellement différenciée selon le genre ou les groupes à risques. |
| 5. | Projet prioritaire du Conseil d'Etat sur la prévention de la violence et du harcèlement, la promotion de la sécurité, y | Renforcer la collaboration interinstitutionnelle via notamment<br>- les Conseils Régionaux de Prévention et de Sécurité (CRPS, sous l'égide des préfets), en vue d'actions de prévention auprès des familles et des élèves ;<br>- le déploiement d'actions concertées de prévention des dérives de l'Internet<br>- la mise sur pied d'action de prévention de la violence et du harcèlement. | . Améliorer la cohérence des messages entre les divers interlocuteurs des enfants, des adolescents, des jeunes et de leurs parents.<br>. Améliorer la protection des adolescents et des jeunes face au harcèlement et à la violence. |

[5] http://www.vd.ch/themes/sante-social/prevention/petite-enfance-programme-cantonal/
[6] http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/prestations/climat-et-violence/
[7] QES : questionnaire sur l'environnement socio-éducatif de l'école http://www.qes.espacedoc.net/
[8] http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/prestations/programme-act-physique-et-alim/

| | Elément du plan d'actions | Buts | Bénéfices attendus en termes de santé mentale (liste non exhaustive) |
|---|---|---|---|
| | compris dans les MITIC[9], [10] | | |
| | 6. Communication sur les actions entreprises en milieu scolaire et préscolaire | Informer les parents, le corps enseignant, le public sur la prévention menée dans ce domaine. | . Faire connaître les ressources pour aider les enfants, adolescents et jeunes à risque suicidaire, recours aux services spécialisés en cas de besoin.<br>. Modifier la perception de la société face au suicide |
| **A2. Prévention sélective** (prévention secondaire : actions sur les élèves jugés à risque et sensibilisation des adultes les encadrant – détection/repérage, adultes « sentinelles ») | | | |
| | 7. Déploiement dans tous les établissements scolaires de professionnels compétents pour jouer le rôle de « sentinelles » | Consolidation des missions et de la présence de personnes formées, à même de gérer des projets de PSPS ou d'intervenir dans des situations difficiles : équipes de PSPS (médiateurs, délégués PSPS, infirmière et médecins scolaires), psychologues scolaires, y compris au secondaire II, éducateurs sociaux… | . Améliorer la possibilité de réponse aux situations délicates dans les établissements scolaires. |
| | 8. Formation des enseignants (DP-CHUV-HEP) | . Intégration dans la formation continue des enseignants d'une sensibilisation à la prévention des conduites suicidaires (p.ex. journée pédagogique).<br>. Intégration dans la formation prégraduée des enseignants d'une sensibilisation à la prévention des conduites suicidaires. | . Améliorer la capacité des enseignants à comprendre certains signes et à orienter les élèves vers une des « sentinelles » dans l'école. |
| | 9. Formation « Faire face au risque suicidaire » (DP-CHUV, Fondation de Nant, UMSA, SSP, Fondation pour la formation continue universitaire lausannoise)[11] | Encourager la formation continue de divers professionnel-le-s en contact avec les des enfants et adolescents, et avec leurs parents, en particulier ceux financés par l'Etat, tant en préscolaire (sages-femmes et assistance sociale du conseil en périnatalité, infirmières petite enfance, professionnel-le-s de l'accueil en petite enfance,…) qu'en milieu scolaire (PressMITIC, médiateurs, délégués PSPS, infirmières et médecins scolaires, PPLS et autres professionnel-le-s). | . Augmenter les connaissances et compétences de professionnel-le-s sentinelles permettant un repérage précoce des personnes à risque et une orientation pour une prise en charge. |
| | 10. Formalisation du relais entre l'école et les services psychiatriques (Unité PSPS, SUPEA, DP-CHUV,…) | Mettre en place le relais formalisé entre les personnes « sentinelles », notamment les infirmières scolaires et les secteurs psychiatriques de leur région (utilisation du no unique des secteurs ou autre solution à prévoir avec la pédopsychiatrie) pour faire le relais entre la détection des sentinelles et l'orientation vers un suivi si nécessaire (en lien avec l'organisation de la chaine d'alerte – no unique). | . Améliorer les délais dans les réponses aux situations à risques<br>. Assurer le travail en réseau |
| | 11. Programme de prévention des dépendances dans les écoles vaudoises (Unité PSPS et partenaires : FVA, CIPRET, Levant, AACTS, DEPART)[12] | Poursuivre ce programme prioritaire du Conseil d'Etat pour que tous les établissements scolaires aient mis en œuvre ce programme d'ici fin 2015. | . Améliorer la détection et l'intervention précoce des élèves mis en difficultés par la consommation de substances. |

[9] MITIC = médias, images et technologies de l'information et de la communication
[10] http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/prestations/climat-et-violence/
[11] http://www.formation-continue-unil-epfl.ch/faire-face-au-risque-suicidaire
[12] http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/prestations/programme-dependances/

| | Elément du plan d'actions | Buts | Bénéfices attendus en termes de santé mentale (liste non exhaustive) |
|---|---|---|---|
| | 12. Programme DEPART : DEpistage, PARrainage et Traitement d'adolescents consommateurs de substances (UMSA - SUPEA - AVOP - SPJ)[13] | Poursuivre le déploiement à travers le canton de prestations d'évaluation et de prise en charge d'adolescents consommateurs de substance. | . Diminuer les risques de suicide chez un plus grand nombre d'adolescents consommateurs de substances. |
| | 13. Actions de prévention renforcée dans le secteur de la transition 1 (école - formation professionnelle )[14] | . Soutenir les projets de prévention dans les lieux de pré-formation ou prenant en charge des adolescents en difficultés.<br>. Pérenniser le « Case management pour la formation professionnelle » pour l'appui aux jeunes sans projet en en difficulté d'insertion. | . Diminuer les facteurs de risque de rupture de formation et de désinsertion sociale. |
| | 14. Projet de prévention de l'homophobie – respect de la diversité de genre et d'orientation sexuelle (Unité PSPS et partenaires) | Développer avec le concours des associations spécialisées des actions de prévention de l'homophobie, sachant que le risque suicidaire est nettement plus élevé chez les jeunes LGBT. | . Améliorer la détection des élèves en souffrance à cause d'exclusion, en particulier celle liée aux diversités de genre et d'orientation sexuelle, et aux questions d'homophobie, et mettre en place des interventions. |
| **A3. Prévention sur indication** (prévention tertiaire – prise en charge et prévention de la récidive: actions auprès des jeunes qui ont déjà commis une tentative de suicide ou clairement évoqué leur intention de passer à l'acte, et à leur entourage, y compris la postvention lors d'un décès). | | | |
| : | 15. « GRAFIC » : Groupe Ressources d'Accompagnement et de Formation en cas d'Incident Critique (Unité PSPS et partenaires) | . Poursuivre la formation continue des membres de la cellule de crise (présente dans chaque établissement) qui pouvent également agir au niveau du repérage précoce, en appui des enseignants confrontés à une suspicion de mal-être.<br>. Assurer un appui aux équipes confrontées à des drames. | |
| | 16. Actions du SPJ dans le domaine de la Prévention secondaire et la Protection des mineurs (SPJ) | . Poursuivre les actions entreprises pour préserver les capacités parentales dans des situations difficiles[15]<br><br>. Renforcer le soutien aux prestations de prévention secondaire, par exemple Astrame (groupes de soutien en cas de deuil, séparation ou divorce) ou Jardin des parents[16] | . Renforcer les compétences parentales.<br>. Maintien d'une bonne santé mentale des parents, recours aux services spécialisés en cas de besoin.<br>. Diminution des facteurs de risque de l'entourage notamment pour la santé mentale et la maltraitance de l'enfant et de l'adolescent.<br>. Prévention du risque dans l'entourage. |
| | 17. Partenariat avec les familles et les associations spécialisées dans le domaine de la santé mentale | Développer le travail de collaboration avec les familles et les associations spécialisées. | . Améliorer la circulation de l'information sur les ressources à disposition.<br>. Partager l'expertise sur les approches efficaces, afin notamment de prévenir des campagnes de presse malheureuses.<br>. Développer ponctuellement des synergies entre l'action publique et privée. |

[13] http://www.chuv.ch/pediatrie/dpc_home/dpc_infos/dpc_infos_organisation/dpc_supea/dpc_supea_interventions.htm
[14] http://www.vd.ch/themes/formation/orientation/mesures-de-transition/
[15] http://www.vd.ch/autorites/departements/dfjc/spj/missions/protection/
[16] http://www.vd.ch/autorites/departements/dfjc/spj/missions/prevention/prevention-secondaire/

# F. Annexes

## Annexe 1 - Le suicide des jeunes, entre vraies et fausses vérités, les réponses de la littérature scientifique

### Les pensés suicidaires sont des indicateurs d'un probable passage à l'acte : plutôt vrai

→ Avant le passage à l'acte, le scénario suicidaire est souvent pensé, réfléchi et analysé sous plusieurs angles. Selon Jean-Jacques Breton et Richard Boyer de l'Université de Montréal, « l'idée suicidaire peut être assimilée à des comportements directement observés/entendus par rapport auxquels il est justifié de conclure à une intention de suicide, même si l'acte n'a pas encore été commis » (Breton et Boyer, 2000). L'association Stop Suicide, dans son dossier d'informations sur le suicide des jeunes, nous invite à être particulièrement attentifs à ces manifestations et aux comportements suspects. En effet, Stop Suicide estime que 70% des personnes faisant une tentative de suicide en avait parlé préalablement et avait agi différemment

En outre, Armand Chatard (Chatard, 2011) relève que les pensées suicidaires sont les premiers antécédents des comportements suicidaires. Selon ses recherches, plus vite on peut intervenir sur les pensées suicidaires plus on augmentera les chances de succès dans la diminution du taux de suicide. Cette thèse se focalise donc sur un dépistage large et très précoce.

### Parler du suicide augmente les pensées et les comportements suicidaires : plutôt faux

→ Deux grands courants semblent s'affronter sur la question : les pro-préventions et les anti-préventions. En effet, Sean Joe et Heather Bryant (2007) rapportent qu'aux USA, certains établissements scolaires interdisent que l'on pose des questions spécifiques sur le suicide aux écoliers. La crainte de ces établissements est de faire « plus de mal que de bien » en abordant la problématique du suicide. De l'avis de certains, la prévention augmenterait les comportements et les pensées suicidaires (risque iatrogénique). Les travaux de Feldman (Feldman et al. 2005) qui ont démontré que les soignants évitent consciemment d'aborder le suicide par peur de faire émerger des comportements suicidaires.[17] Néanmoins aucune étude récente n'a démontré clairement ce risque dans les programmes de prévention dans les écoles.

Les résultats de Gould et de son équipe (Gould et al. 2005) tendent à réfuter la thèse du risque iatrogénique avec une focale centrée sur l'école et le dépistage par questionnaire. Dans cette étude randomisée contrôlée, il s'agissait d'évaluer deux groupes similaires de jeunes : au premier groupe, on posait des questions en lien avec le suicide, et pas au second. Les résultats indiquèrent que le groupe expérimental, interrogé sur le suicide, n'avait pas un taux d'idéation suicidaire significativement plus élevé en comparaison avec le groupe contrôle (non exposé à la question de screening).

Cependant, dans la pensée collective, l'idée que le suicide et les idées suicidaires sont contagieux est encore fort prégnante. Preuve en est, le suicide reste un tabou dans de nombreux milieux.

### Le taux de suicide chez les minorités ethniques est plus élevé que la moyenne : vrai

→ Les chiffres démontrent que les personnes issues de minorités ethniques sont plus enclines à développer des comportements suicidaires. Goldstone et al. parlent à ce propos du référentiel culturel comme d'un facteur vulnérabilisant en particulier pour les individus ressentant du racisme ou de la discrimination (David et al. 2008). Une étude menée durant 5 ans aux USA de (1999 à 2004) a illustré que le taux de suicide était plus fort chez la population afro-américaine que chez les Blancs. Néanmoins, d'autres études nous invitent à la prudence, sachant que ce n'est pas le fait d'être en minorité qui influe sur le taux de suicide mais plutôt le référentiel culturel auquel les personnes appartiennent (Bursztein Lipsicas, Hänrick Mäkinen 2010). En Suisse, le rapport entre minorité ethnique et taux de suicide n'a pas encore était fait. Il serait donc

[17] Notons aussi que la population étudiée par Feldman était des dépressifs chroniques et non pas des écoliers.

intéressant d'analyser si certaines communautés d'origine étrangère sont plus touchées que les autres par le suicide.

**Le suicide est génétique : plutôt faux**

→ Il n'existe pas, à proprement dit, un gène du suicide. Néanmoins, les chercheurs ont constaté qu'il existe effectivement des familles plus prédisposées que d'autres au suicide. Aux USA, des études cliniques portant sur des jumeaux et des enfants adoptés ont prouvé que la génétique pouvait avoir un impact sur les comportements suicidaire. Roy souligne toutefois que ce n'est pas tant le suicide qui est génétique mais plutôt les maladies psychiques (Roy 2002). En se penchant sur la question de l'hérédité suicidaire, le Dr Turecki et son équipe ont remarqué que les taux de suicide étaient plus hauts chez les personnes au tempérament/comportement impulsif (Tuercki, 2005). Certains utilisent cette observation pour expliquer que le nombre de décès causés par le suicide est sensiblement plus élevé chez les jeunes garçons et les hommes comparativement aux filles. Toutefois plusieurs études dont celles de Roy, Turecki, Voracek, rapportent que même si le suicide n'est pas inscrit dans les gènes, il n'en demeure pas moins qu'un suicide chez un parent ou un proche est un événement qualifié de vulnérabilisant qui peut conduire certaines personnes à reproduire cet acte.

**Les garçons sont les plus touchés par le suicide : vrai**

→ En effet, en Suisse, comme ailleurs, les hommes sont plus nombreux à décéder suite à un suicide bien que les femmes soient plus nombreuses à tenter de se donner la mort. En 2007, on estimait que 21,1% des décès chez les hommes étaient dus à un suicide, tandis que ce taux s'élevait à 9,1 % chez les femmes (Stop Suicide, 2011). Ceci s'explique par plusieurs facteurs : notamment le choix du moyen (les hommes ont tendance à utiliser des armes à feu ou des moyens plus violents tandis que les femmes choisissent des méthodes plus douces comme la prise de médicaments ou l'empoisonnement) (Värnik et al. 2008). A propos des différences de genre identifiées autour du suicide, Canetto explique que survivre à un suicide aurait, culturellement parlant, une connotation négative pour les hommes (Canetto, 1997).Pour corroborer ces propos, l'Evidence for policy and practice information and Co-ordination Centre de Londres a mis en perspective le besoin d'agir via la prévention sur les jeunes hommes spécifiquement (EPP, 2002). L'étude de Turecki met aussi en évidence que les comportements agressifs/impulsifs seraient un élément qui expliquerait le taux de suicide plus élevé chez les hommes (Turecki, 2005).

N.B. - Il a également été prouvé que les jeunes homosexuels, et plus particulièrement les garçons, ont sensiblement plus de comportements suicidaires. Selon Stop Suicide, un homosexuel sur quatre ferait une tentative de suicide (Stop Suicide, 2010). Une étude américaine vient également appuyer ces chiffres en se référant spécialement à l'homosexualité masculine comme facteur précipitant du suicide (Russel et Toomey, 2010).

Monic P. Behnken et ses collègues citent les travaux de McFarlane de 2005 qui ont prouvé que les femmes/jeunes filles victimes d'agressions sexuelles sont largement plus enclines aux comportements suicidaires que les femmes non-abusées (Monic et al. 2009). On peut se demander si ces résultats, par extension, ne pourraient pas aussi s'appliquer aux garçons victimes d'agressions sexuelles.

**Maladie mentale comme cause du suicide : vrai**

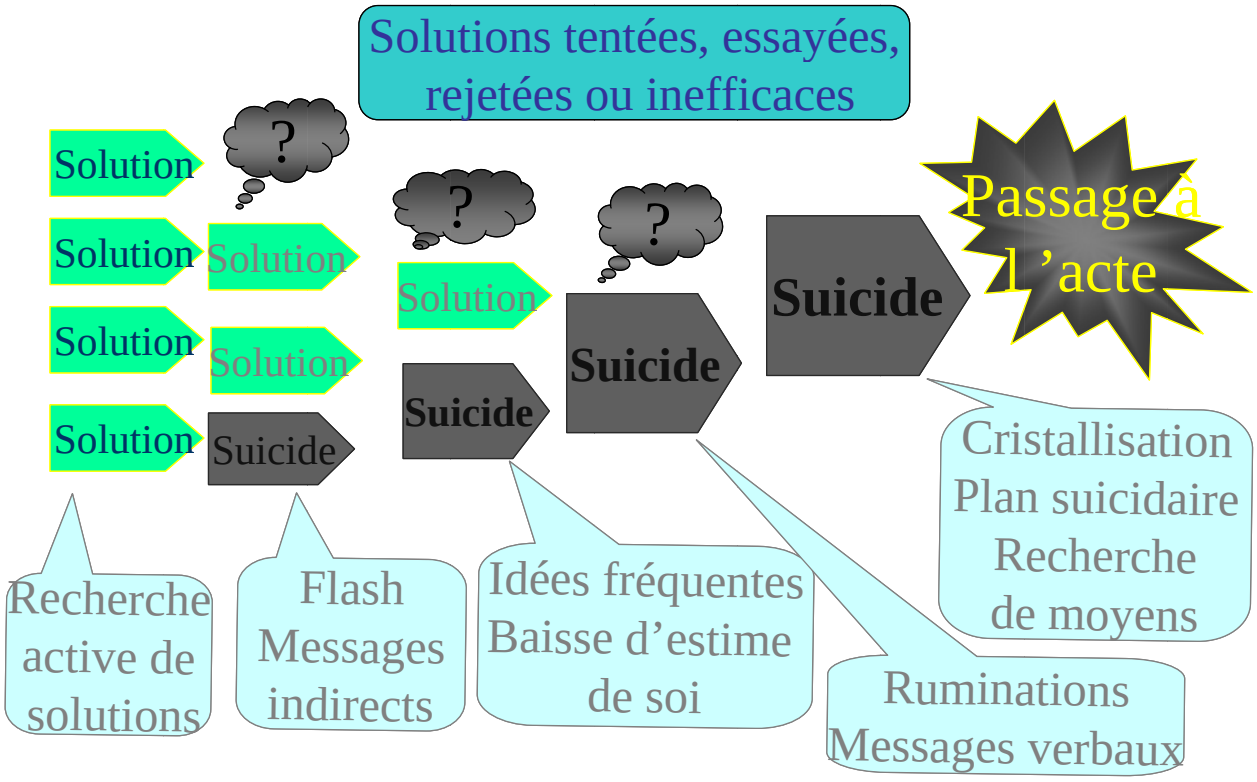
→ La santé mentale est un paramètre indissociable à prendre en compte. En effet, bien rares sont les personnes suicidaires en bonne santé mentale. Selon Gould, les dépressifs ont le plus haut taux de prévalence suicidaire parmi les jeunes victimes du suicide ; suivis de près par les victimes de désordres affectifs (Gould et al. 2003).

**Les consommateurs d'alcool ou autres drogues sont plus enclins à commettre un suicide ? Plutôt vrai**

→ Alec Roy, en plus de souligner les thèses avancées plus haut (effet de genre et d'antécédents familiaux), retrouve des comportements suicidaires sensiblement plus élevés chez les toxicomanes. Selon lui, 39% de cette population a fait une tentative (ou un suicide complété) à un moment ou à un autre (Roy, 2003). Pompili et ses collègues quant à eux ont plus récemment publié un article qui insiste sur la relation entre les comportements suicidaires et l'abus d'alcool (Pompili, 2010).D'après eux, l'abus d'alcool serait lié à la suicidialité à travers la désinhibition, l'impulsivité que ce produit entraîne. En outre, comme le stress influence la consommation d'alcool et que la consommation est aussi liée aux symptômes de dépression, le facteur alcool est donc un maillon de plus, dans la chaîne conduisant au processus suicidaire. Ces auteurs se réfèrent aussi aux travaux de Conwell et al. qui avaient découvert et prouvé que l'alcool était présent dans les biographies de 56% des individus qui avaient accompli un suicide complété. Les travaux de Bagge et Sher relèvent que la causalité alcool-suicide versus suicide-alcool demeure extrêmement complexe et que celles-ci ne sont encore pas complètement comprises (Bagge et Sher, 2008).

**Annexe 2 – Modèle de la crise suicidaire chez l'adulte**

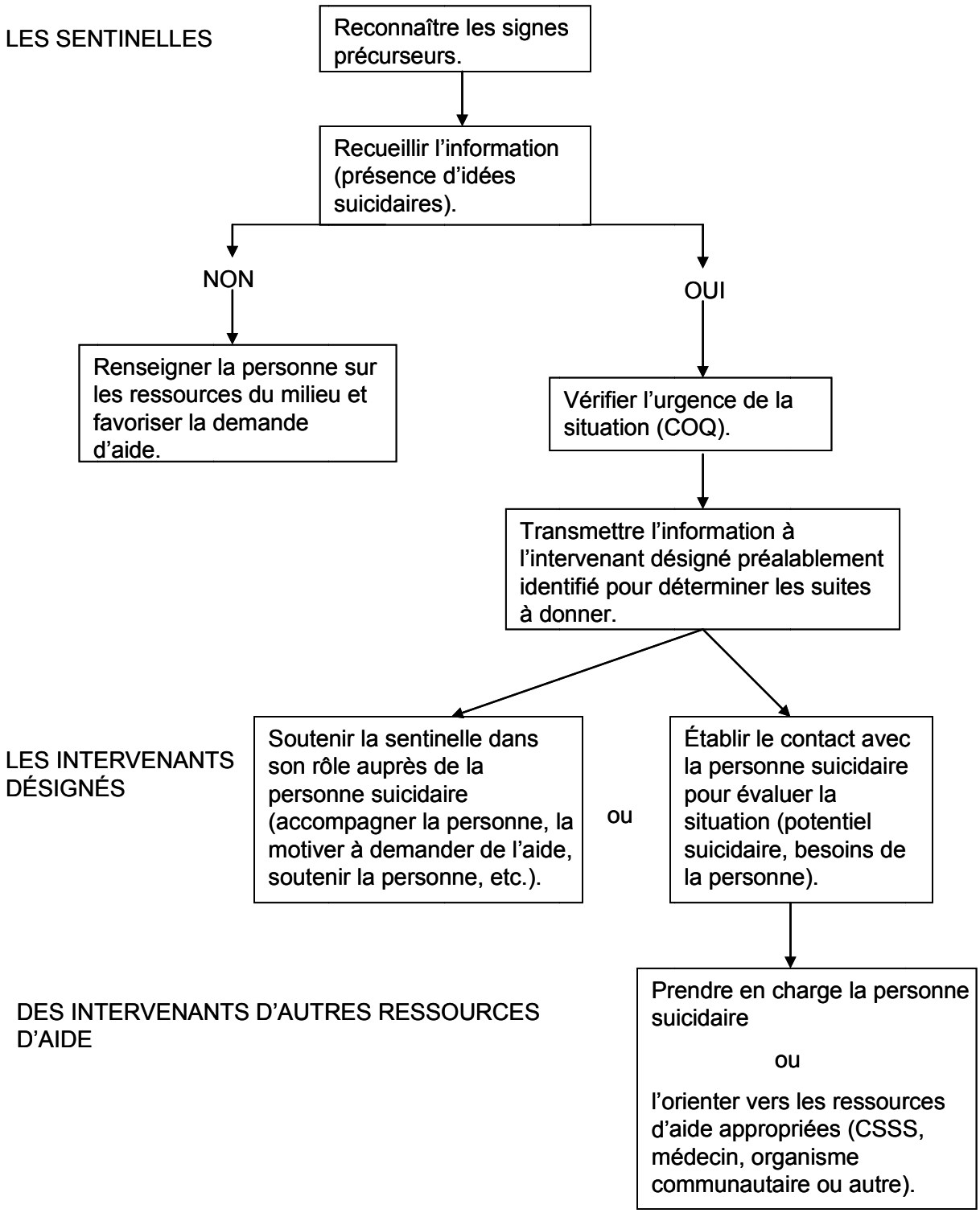
# Modélisation de la crise suicidaire




Source : présentation Jean-Louis Terra.

**Annexe 3 –Sentinelles – processus de décision**

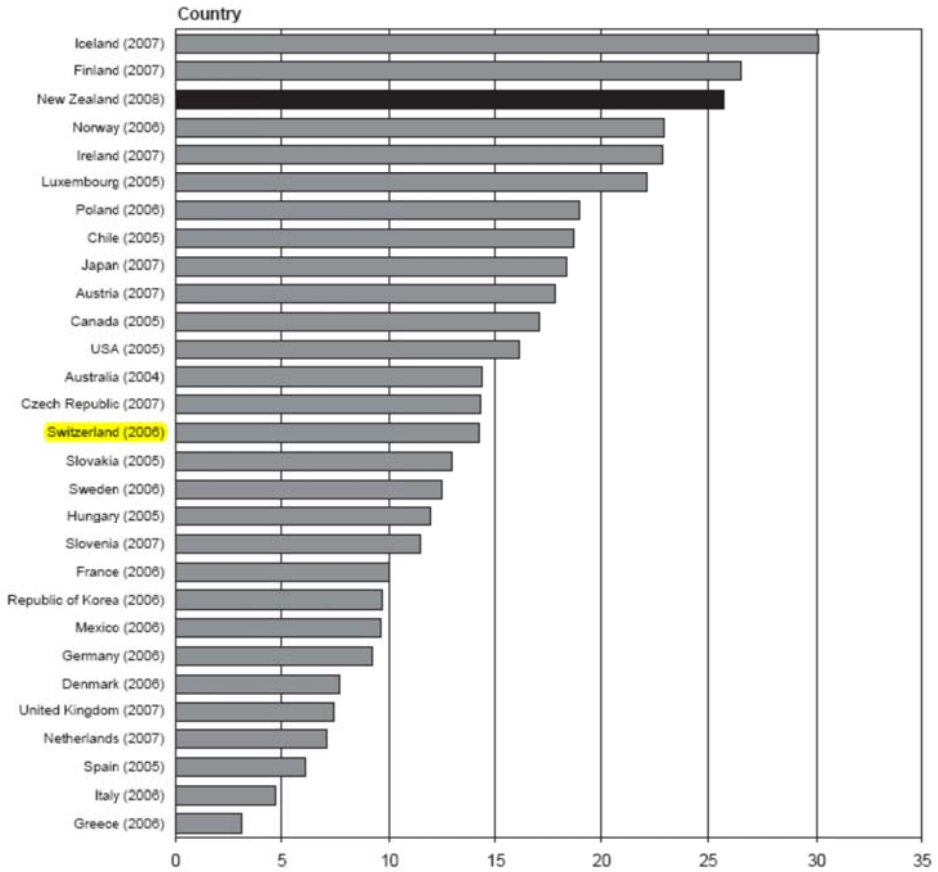
## Le processus de décision que doivent suivre les sentinelles dans l'exercice de leur rôle




Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, « L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Cadre de référence », Québec : sept. 2006, p. 32.

## Annexe 4 - Données épidémiologiques sur le suicide

**Figure 7 - Décès par suicide – comparaison internationale (taux de suicides ajustés), hommes de 15 à 24 ans**




Source: Ministry of Health. 2010. Suicide Facts: Deaths and intentional self-harm hospitalisations 2008. Wellington: Ministry of Health. 98pp. ISBN: 978-0-478-37411-7 (online). http://www.myd.govt.nz/about-myd/publications/youth-work-syst-rev-final-final.pdf. Data tirée de WHO: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/ (accessed 12 January 2010).

**Figure 8 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (nombre de suicides)**

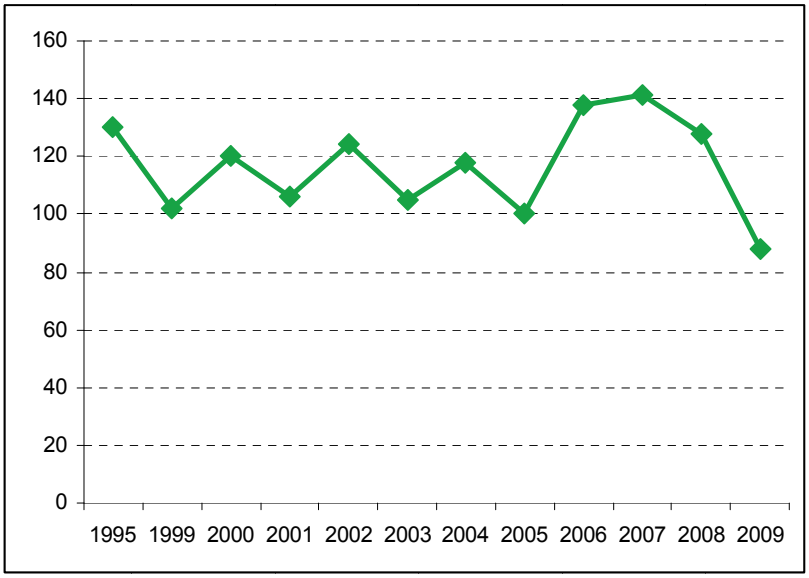



**Figure 9 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (nombre de suicides par groupe d'âges)**

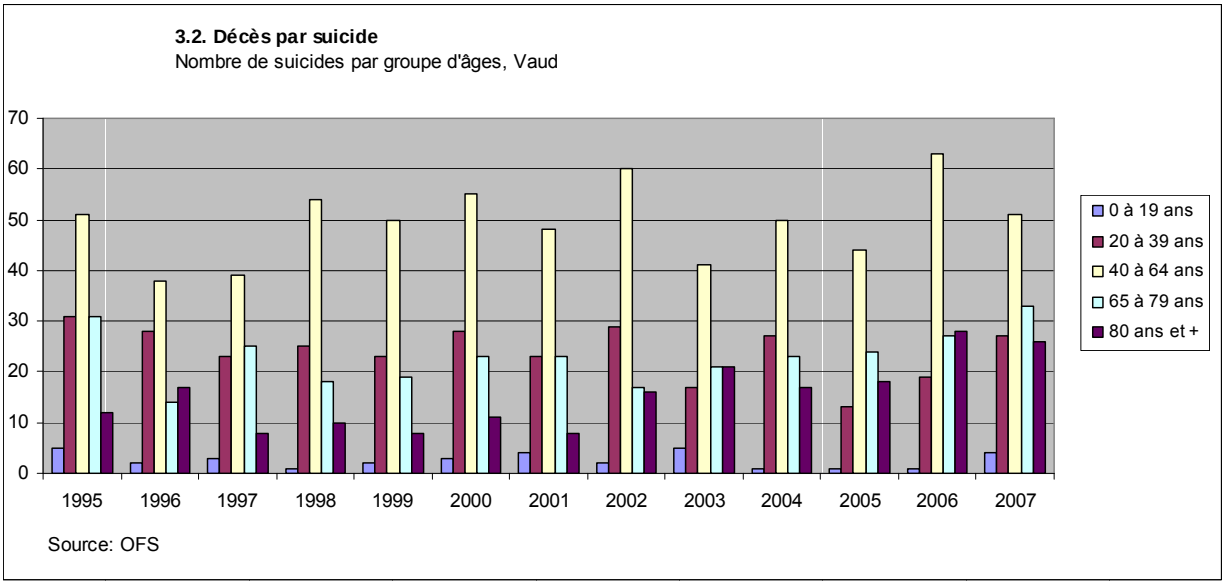



**Tableau 2 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (nombre de suicides par groupe d'âges)**

| Age* | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 19 ans | 5 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| 20 à 39 ans | 31 | 28 | 23 | 25 | 23 | 28 | 23 | 29 | 17 | 27 | 13 | 19 | 27 |
| 40 à 64 ans | 51 | 38 | 39 | 54 | 50 | 55 | 48 | 60 | 41 | 50 | 44 | 63 | 51 |
| 65 à 79 ans | 31 | 14 | 25 | 18 | 19 | 23 | 23 | 17 | 21 | 23 | 24 | 27 | 33 |
| 80 ans et + | 12 | 17 | 8 | 10 | 8 | 11 | 8 | 16 | 21 | 17 | 18 | 28 | 26 |
| Total | 130 | 99 | 98 | 108 | 102 | 120 | 106 | 124 | 105 | 118 | 100 | 138 | 141 |

*Age atteint ds l'année. Population résidente permanente.

Tiré de : http://www.vd.ch/fr/themes/environnement/developpement-durable/indicateurs/indicateurs-pour-le-canton-de-vaud/3-conditions-de-vie-subjectives/32-indicateur/

**Figure 10 - Décès par suicide – évolution dans le canton de Vaud (Taux de décès par suicide pour 100'000 habitants selon les groupes d'âges – moyenne sur 5 ans)**

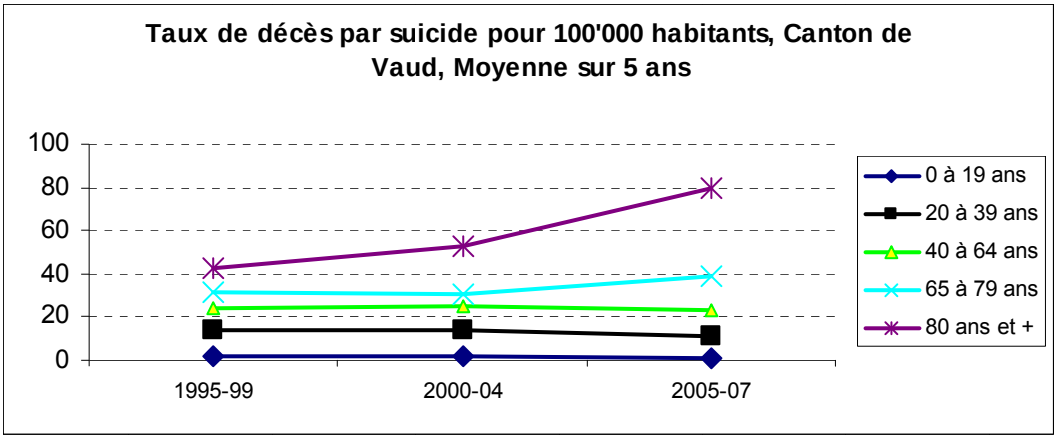



**Tableau 3 - Taux de décès par suicide pour 100'000 habitants, Canton de Vaud, Moyenne sur 5 ans**

| Age atteint dans l'année. Population résidente permanente. | 1995-99 | 2000-04 | 2005-07 |
|---|---|---|---|
| 0 à 19 ans | 1.9 | 2.1 | 1.3 |
| 20 à 39 ans | 14.3 | 13.9 | 10.9 |
| 40 à 64 ans | 24.4 | 24.6 | 23.4 |
| 65 à 79 ans | 31.4 | 30.9 | 39.2 |
| 80 ans et + | 43.1 | 52.9 | 79.5 |
| Total (0 à 80+) | 17.7 | 18.2 | 19.1 |

## Annexe 5 – Approche globale de santé publique

Le rapport sur postulat Widmer (2005) a fait le point sur le suicide en Suisse et indiqué les moyens de prévention sur trois axes : les mesures de santé publique, les mesures de soins de santé et la recherche et évaluation (Figure 9 du rapport Widmer ci-dessous).

**Figure 11 – Rapport sur postulat Widmer: possibilités de prévention du suicide**

Figure 9 : Possibilités de prévention du suicide

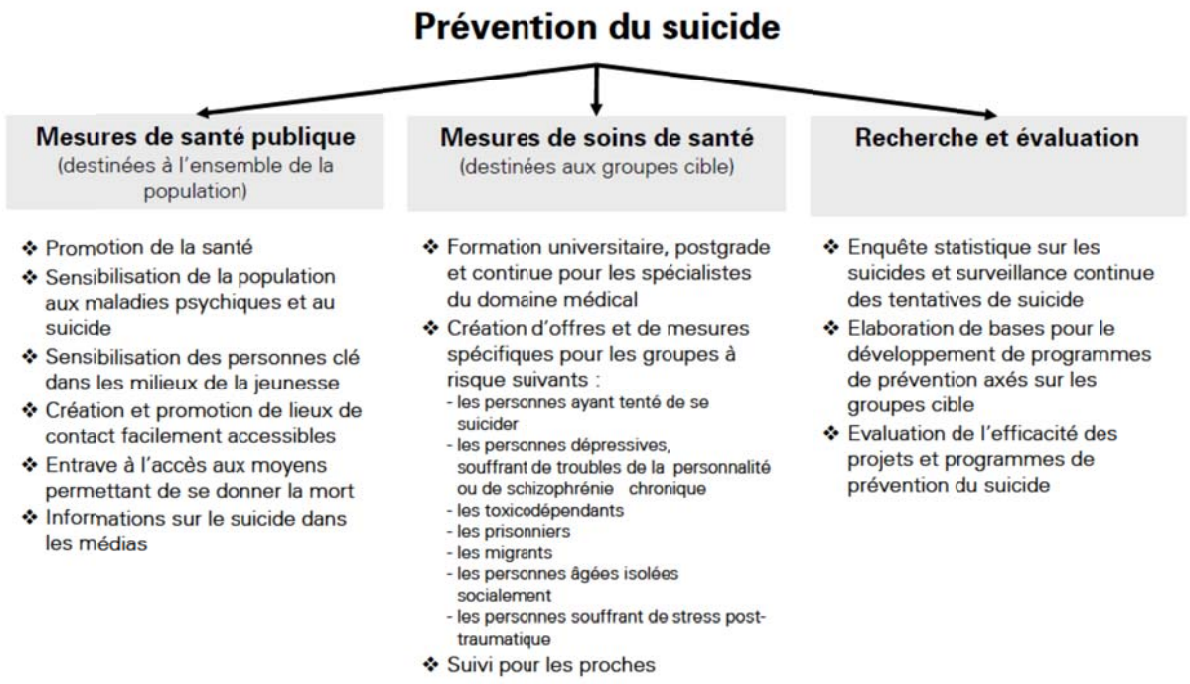



**Tableau 4 – Actions pour la Confédération**

Extraits du Rapport Widmer:

- 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 monitorage actuels dans le domaine de la santé (p. ex. enquête suisse sur la santé, monitorage 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.

Une approche globale de la population permets de modifier le risque suicidaire moyen de celle-ci. La **Figure 12Erreur ! Source du renvoi introuvable.** illustre l'impact important sur le nombre absolu de suicides d'un déplacement même modéré vers la gauche du risque suicidaire moyen au niveau de la population (Yip, 2011).

**Figure 12 – Le principe de Rose appliqué au risque suicidaire**

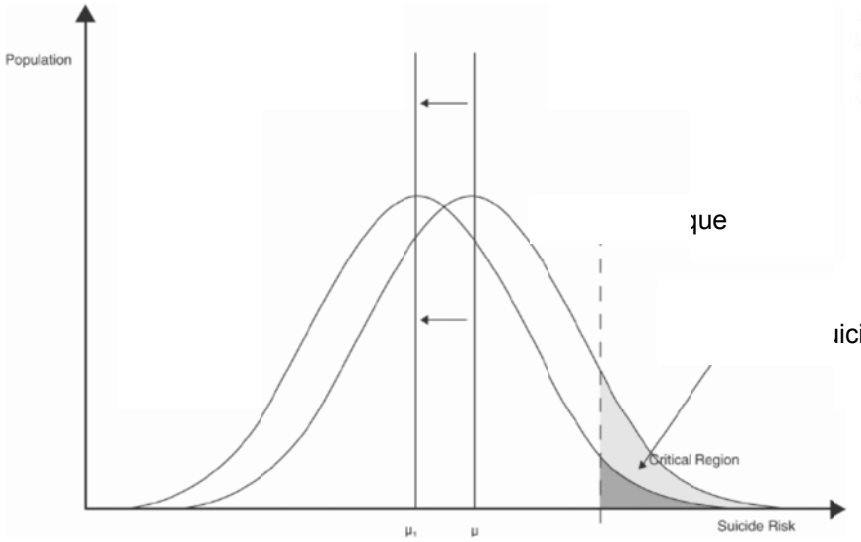



*Figure 1.* The effect of a shift in the mean suicidal risk of a population. *Note:* $\mu_1$ = original population mean; $\mu$ = new population mean (Yip, 2005).

## Annexe 6 – Alliance contre la dépression

L'alliance contre la dépression est un programme clé en main sous licence développé en Allemagne et implanté dans certains cantons suisses à la suite d'une expérience pilote dans le canton de Zoug. Ce programme constitue un exemple de ce qui peut être réalisé concrètement pour la prévention du suicide. Néanmoins, si l'expérience est séduisante par son côté « clé en main », il apparaît à l'usage très difficile de l'intégrer dans un plan de santé mentale global avec la participation de l'ensemble des partenaires concernés, et le canton promoteur l'a lui-même abandonné.

Pour mémoire, les cantons suisses alémaniques d'Appenzell Rhodes-Intérieures, des Grisons, de Berne, de Lucerne, de Soleure et de Zoug ont mis en place des programmes d'Alliance contre la dépression (Genève avait aussi lancé un projet mais il est pour le moment suspendu). Le but de ce programme est de détecter la dépression, de la traiter afin d'éviter que cette maladie ne conduisent certaines personnes à mettre volontairement leur vie en danger. Le programme est intéressant dans le sens où il se veut local. D'abord développé et expérimenté en Allemagne ce programme fut introduit en Suisse au début des années 2000. De 2003 à 2005 le canton de Zoug en collaboration avec l'association « Equilibrium » et l'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) a mis sur pied un projet pilote qui s'avéra apparemment adaptable à la Suisse.

Ce programme d'action agit sur plusieurs fronts en quatre étapes.

La coopération avec les médecins généralistes et la formation continue de ces derniers : cette étape sert à identifier la maladie suffisamment tôt et faire en sorte que les patients reçoivent un traitement approprié. De plus, on insiste sur la formation continue afin de tenir les médecins informés des innovations techniques permettant de diagnostiquer et de traiter dépressions et comportements suicidaires.

Les campagnes d'information au public : cette étape permet de faire prendre conscience à la population que des traitements existent, que la dépression peut avoir de nombreux visages, qu'elle peut toucher tout le monde mais qu'elle se guérit.

La collaboration avec les multiplicateurs et les groupes cibles : cette étape consiste à informer les figures clefs de la vie publique ou certains professionnels sur le thème de la dépression. En agissant ainsi, on espère que ces personnes seront des relais afin de rendre la population plus attentive. Les multiplicateurs sont ce que nous avons nommés précédemment les « gateskeepers » ou les sentinelles comme les enseignants, les professionnels de la santé, les pasteurs, les policiers ou encore les journalistes capables à la fois de repérer certains signes et de devenir des personnes ressources.

Les prestations aux personnes concernées et à leur famille : cette étape est essentielle pour soutenir la création de groupes d'entraides. En effet, les personnes dépressives avec des comportements suicidaires ont besoin d'être encadrées mais leur proches également doivent pouvoir accéder à du soutien (OFSP, 2011)

Source: Office fédéral de la santé publique, programme d'action « Alliance contre la dépression » consulté en ligne le 12 juillet 2011, sur : http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=fr

## Annexe 7 – Synthèse des travaux scientifiques sur l'efficacité de la prévention du suicide

### Tableau 5 – Revues systématiques

| Auteurs<br>Date | Intervention | Population échantillon | Type d'étude | Résultats/Conclusions |
|---|---|---|---|---|
| Cusimano M, Sameem M<br>2011 | Evaluer l'efficacité des programmes de **santé scolaire** au niveau des écoles secondaires et des hautes écoles pour prévenir le suicide chez les adolescents | Monde entier, Adolescent-e-s scolarisés. | 8 études de type RCT | Bien que des preuves existent sur l'efficacité des programmes de santé scolaire pour prévenir le suicide chez les adolescents tels qu'améliorer les connaissances, les attitudes, le travail sur les comportements, pas de preuve actuelle que ces programmes réduisent le taux de suicide. |
| Gould MS et al.<br>2001 | Suicide chez les jeunes dans les 20 dernières années USA ? | | Recherche de documentation sur le suicide des jeunes | Inclure des risques multiples dans les prochaines recherches, tenir compte des populations à risque, des différences hommes femmes |
| Gould MS et al.<br>2003 | Revue systématique de l'épidémiologie, des facteurs de risque et de protection et des interventions pour prévenir et traiter le suicide chez les jeunes aux USA, y compris en milieu scolaire. | USA, adolescents. | Pour la prévention: devis d'étude non précisés | Il ya eu une baisse spectaculaire du taux de suicide chez les jeunes au cours de la dernière décennie. Bien qu'un certain nombre de facteurs aient été avancées pour expliquer le déclin, l'un des plus plausibles semble être l'augmentation des antidépresseurs prescrits aux adolescents.<br>La prévention notamment sur la formation scolaire, le dépistage des jeunes à risque, l'éducation des soins de santé primaires semble prometteuse mais ne sont pas encore démontrés. |
| Guo B, Harstall C<br>2002 | L'efficacité des programmes de prévention du suicide est-elle effective? | Enfant et jeunes<br>5-19 ans | Revues systématiques<br>10 études<br>3 RCT<br>1 cas control | Peu d'études primaires sur l'efficacité des programmes de prévention pour les enfants et les jeunes ont été évaluées comme ayant un niveau de preuves élevé, la recherche est considérée comme étant de qualité relativement faible.<br>Pas de preuves suffisantes pour soutenir les programmes de prévention dans les écoles. |
| Guo B, Scott A, Bowker S<br>2003 | Efficacité des stratégies de prévention du suicide, tout type d'intervention | | Revues systématiques<br>10 études<br>La majorité des études ne donnent pas assez d'information sur l'extraction des données | La plupart des chercheurs sont d'accord pour dire que la prévention du suicide doit être associée à d'autres facteurs complexes.<br>Il ne semble pas qu'un seul programme soit efficace pour réduire le taux de suicide et pour soutenir un programme scolaire de prévention. |
| Isaac M et al.<br>2009 | Examiner l'état des preuves sur la formation sentinelle de prévention du suicide, et de proposer des orientations pour des recherches plus | Population variée | Pas de RCT sur le fait que seul à un effet sur le taux de suicide<br>recherche MEDLINE (PubMed) et PsycINFO | Transmettre des connaissances, renforcer des compétences, est positif mais le travail doit être fait sur la durée. Il y a un besoin d'essais contrôlés. En outre, l'effet unique des formations de sentinelles sur les taux de suicide a besoin d'être clarifié. |

| Auteurs<br>Date | Intervention | Population échantillon | Type d'étude | Résultats/Conclusions |
|---|---|---|---|---|
| | poussées. | | | |
| Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E<br>2009 | Quelles sont les preuves de l'efficacité de la thérapie dialectique dans la prévention du suicide chez les adolescents | Jeunes de 18 ans ou moins | Recherche croisée, différents moteurs de recherche | Les résultats semblent mettre en évidence l'efficacité de la DPT dans le traitement des tendances suicidaires Plus de recherche sont nécessaires |
| Ploeg J, et al.<br>1999 | Efficacité des programmes d'études scolaires de prévention du suicide chez les adolescents. | Adolescents | Revue systématique<br>Une recherche exhaustive de la littérature conduit à un total de 228 articles. Seulement neuf études répondaient aux critères de pertinence | Les résultats de cette étude indiquent qu'il n'y a actuellement pas de preuves suffisantes pour soutenir des programmes scolaires des programmes de prévention du suicide chez les adolescents. La littérature suggère que plus largement des programmes complets de santé scolaire doivent être évalués pour leur efficacité dans la lutte contre les comportements à risque des adolescents. |
| Spence S and Shortt A.<br>2007 | Revue sur la recherche de preuves concernant l'efficacité des interventions universelle en milieu scolaire pour prévenir le développement de dépressions chez l'enfant et l'adolescent | Enfants adolescents<br>Une des importantes limites évoquées est la petite taille des échantillons dans la majorité des études | Revue systématique<br>12 études<br><br>La plupart des études sont des RCT, l'une d'elle est une étude de cohorte<br>2 études inclues un groupe contrôle avec placebo | Dans la plupart des études, pas de démonstration d'effets positifs sur la dépression juste après l'intervention. Qq études montrent un petit effet bénéfique après 6-10 mois mais pas dans la durée.<br>Les auteurs concluent qu'il est prématuré de promouvoir des programmes en milieu scolaire visant à une prévention universelle de la dépression. Il faut encourager les interventions plus longues et plus intenses. |

## Tableau 6 – Etudes incluses dans les revues systématiques

| Année de publication | Pays | Auteur principal | Cusimano 2011 | Gould 2003 | Guo 2002 | Guo 2003 | Isaac 2009 | Ploeg 1999 | Spence 2007 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2004 | USA | Aseltine | 1 | | | | | | | 1 |
| 2007 | USA | Aseltine et al | 1 | | | | | | | 1 |
| 2002 | USA | Cardemil -Study 1 + 2 | | | | | | | 2 | 2 |
| 1993 | USA | Ciffone | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 4 |
| 1993 | USA | Clarke - 1+ 2 | | | | | | | 2 | 2 |
| 2007 | USA | Ciffone | 1 | | | | | | | 1 |
| 1995 | USA | Eggert | | 1 | 1 | | | 1 | | 3 |
| 1994 | USA | Gunnell * | | | | 1 | | | | 1 |
| 2004 | Austr. | Harnett | | | | | | | 1 | 1 |
| 1993 | | Hazell | | 1 | 1 | | | | | 2 |
| 2006 | | Hegert | | | | | 1 | | | 1 |
| 2006 | | Henriksson | | | | | 1 | | | 1 |
| 1998 | | Hider | | | | 1 | | | | 1 |
| 1994 | USA | Kalafat | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 4 |
| 1996 | USA | Kalafat | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 4 |
| 1993 | Israel | Klingman | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 4 |
| 2003 | | Knox | | | | | 1 | | | 1 |
| 2005 | | May | | | | | 1 | | | 1 |
| 2004 | | Merry | | | | | | | 1 | 1 |
| 1993 | Israel | Orbach | | 1 | 1 | | | 1 | | 3 |
| 1989 | USA | Overholser | | 1 | | | | 1 | | 2 |
| 2001 | | Pattison | | | | | | | 1 | 1 |
| 1996 | | Ploeg | | | | 1 | | | | 1 |
| 1999 | | Ploeg | | | | 1 | | | | 1 |
| 2004 | | Pössel | | | | | | | 1 | 1 |
| 2005 | | Pössel | | | | | | | 1 | 1 |
| 2006 | Belgique | Portzky | 1 | | | | | | | 1 |
| 2001 | | Quayle | | | | | | | 1 | 1 |
| 1991 | | Reynolds | | 1 | | | | | | |
| 1992 | | Rutz | | | | | 1 | | | 1 |
| 1991 | USA | Shaffer; | | 1 | 1 | | | 1 | | 3 |
| 1999 | USA | Shaffer | | 1 | | | | | | |
| 2006 | | Sheffield | | | | | | | 1 | 1 |
| 2001 | | Shochet | | | | | | | 1 | 1 |
| 1991 | | Silbert | | 1 | 1 | | | | | 2 |
| 2003 | | Spence | | | | | | | 1 | 1 |
| 2005 | | Spence | | | | | | | 1 | 1 |
| 1988 | | Spirito | | | | | | 1 | | 1 |
| 2007 | | Szanto | | | | | 1 | | | 1 |
| 2001 | | Thompson | | | 1 | | | | | 1 |
| 1991 | | Vieland | | | 1 | | | | | 1 |
| 1997 | USA | Zenere | | 1 | | | | | | 1 |
| **Total** | | | 8 | 13 | 11 | 4 | 6 | 9 | 14 | 65 |
| * Revue systématique | | | | | | | | | | |

## Annexe 8 – Bibliographie


1. Astori S. *Programme Valaisan d'Intervention face à la Détresse Existentielle*. 2009.
2. Arcelus J. et al. *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies*. Arch Gen.Psychiatry 68 (7):724-731, 2011. http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74. Consulté le 8.5.2012.
3. Bagge C, Sher K. *Adolescent alcohol involvment and suicidal attempts : toward the developement of a conceptual frame work.* in Clinical psychological Review. 2008; 28: 1283-1296.
4. Batt.A. *Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe.* In: Actualité et dossier en santé publique - adsp. La prévention du suicide. Inserm, faculté de médecine. Rennes. 2003 ; 45 : 44-49. http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-45/ad451962.pdf. Consulté le 8.7.2011.
5. Breton J.-J, Boyer R. *La prévention du suicide.* In: Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Presses de l'Université du Québec, Saint-Fouly. 2000; 273.
6. Bursztein Lipsicas C, Hänrick Mäkinen I. *Immigration and suicidality in the youth*. Can J Psychiatry. 2010; May; 55(5):274-81.
7. Callahan J. *Negative Effects of a School Suicide Postvention Program – A case Example*, Clinical Insights, Crisis. 1996; 17/3: 108-115.
8. Canetto SS. *Meanings of gender and suicidal behavior among adolescents*. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1997; 27: 339-351.
9. Centre Etude et Prévention du Suicide HUG, CEPS. *Statistiques suicide en Suisse*. Mars 2009. http://spea.hug-ge.ch/_library/pdf/pdf/CEPS_StatSuicide_mars09.pdf.
10. Chatard A. *When self destructive thoughts flash through the mind : Failure to meet standards affects the Accessibility of Suicide-related Though, in* Journal of Personality and Social Psychology, 2011; Vol. 100: No 4: 587-605.
11. Conseils régionaux de prévention et de sécurité (CRPS). *Mémento à l'usage des parents, enfants et adolescents.* Etat de Vaud. 2011. 8pp. http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/securite/prevention/fichiers_pdf/Memento_parent_2011.pdf
12. Cusimano M. et al. *The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents*: a systematic review. Inj.Prev. 2011; 17 (1): 43-49.
13. Devaux D. *Prévention du suicide des jeunes à Genève* : Etat des lieux. 2007.
14. EPP center, a *scoping exercise for a review of the effectiveness of health promotion intervention of relevance to suicide prevention in young men (aged 19-34*). London. 2002.
15. European Commission, Ecosse, Anglerre et Finlande in Consensus Paper, *Prevention of Depression and Suicide*. Luxembourg, 2008.
16. Feldman M., Franks P., Duberstein P., Vannoy S., Epstein R., Kravitz R: *Let's not talk about it*: *Suicide inquiry in primary care*. Ann FAm med. 2007; sept oct 5 (5) : 412-8.
17. Gallagher R. et M. Daigle, *La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins, L'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire*, in: Frontières. Centre d'études sur la mort. Prévenir le suicide. Automne 2008; Vol. 21: n°1 : pp.98-105. Université du Québec Montréal.
18. Goldston D. et al. *Cultural consideration in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment*. In Am Psychol. January 2008; 63(1): 14–31. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.63.1.14.
19. Gould M., Kramer R., *Youth Suicide Prevention. Suicide & Life- Threatening Behaviour*. Spring 2001 ; 31: Research Library.
20. Gould M., Greenberg T., Veltig D., Shaffer D., Youth *suicide risk and preventive interventions*. A review of the past 10 years. In: Journal Academic Child/Adolescent Psychiatry April 2003; 42 : 4.
21. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M. *Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs*. A randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:1635–1643. [PubMed: 15811983].
22. Guo B., Harstall C., Efficacy of *Suicide Prevention Programsfor children and Youth* , Alberta Heritage Foundation for Medical Research 2002.
23. Guo B., Scott A., Bowker S. *Suicide Prevention Strategies : Evidences From systematic Review*. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Heath Technology Assessment. February 2003 ; HTA : 28.
24. Hainard Noémie. *la prévention du suicide dans les écoles, programme d'amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique*. Service de la santé publique du canton de Vaud. Lausanne 2010.
25. Hans-Balz Peter et Pascal Mösli (éd.). *Suicide : la fin d'un tabou ?,* Genève : Labor et Fides, 2003.
26. Healthscotland. http://www.healthscotland.com/topics/health/suicide/background.aspx 2010.
27. Hinduja, S. and J. Patchin. *Bullying, Cyberbullying, and Suicide*. Archives of Suicide Research 2010; 14(3):206-221. http://www.cyberbullying.us/cyberbullying_and_suicide_research_fact_sheet.pdf . Visité le 30-05-2012

28. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian GBaTHIaRGaO. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington (DC): 2011. ISBN 978-0-309-21061-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/
29. Irminger F. *Suicide des jeunes : fléau ignoré par la loi*. Plädoyer. 2005 ; 4/05.
30. Isaac M., *Gatekeeper Training as a Preventive Intervention for Suicide.* A systematic Review, La Revue canadienne de psychiatrie. avril 2009 ; vol 54, no 4.
31. Julien M., *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes.* Institut National de Santé Publique, Québec 2004.
32. Julien M. et J.-J. Breton. *La prévention du suicide chez les adolescents, Que savons-nous de son efficacité ?*. In : Frontières. Centre d'études sur la mort. Prévenir le suicide, Université du Québec Montréal. Automne 2008 ; Vol. 21 : n°1 : pp.23-29.
33. Laurier C. *Les facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents délinquants*. Frontières 2008; Vol.21(1):32-43. http://id.erudit.org/iderudit/037872ar. Consulté le 01.06.2012
34. Le Devoir.com. *Le suicide chez les enfants – Le désespoir précoce.* http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/8292/le-suicide-chez-les-enfants-le-desespoir-precoce. Consulté le 28 avril 2011.
35. Maire, V. (2007). La prévention situationnelle à l'épreuve des suicides par le saut dans le vide : le cas du pont Bessières. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique, Volume LX 4/07*, 387-398.
36. Michaud P.-A. et J. Laget. *La prévention du suicide en milieu scolaire est-elle possible ?*, Revue Médicale Suisse. Juillet 2006 ; N° 69.
37. Miller D., Eckertt T., Mazza J. *Suicide Prevention Programme in the Schools.* A review and Public Health Perspective. 2009.
38. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Cadre de référence*. Québec. sept. 2006 ; p. 29.
39. Ministère en charge de la santé. Présentation *du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.* France. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf. Consulté le 20.01.2012
40. Ministry of Health. *New Zealand Suicide Prevention Action Plan 2008–2012*: Second progress report. Wellington. Ministry of Health. 2011; 59pp. ISBN 978-0-478-37362-2. http://www.health.govt.nz/publication/suicide-prevention-action-plan-2008-2012-second-progress-report. Consulté le 20.01.2012
41. Monic P. Behnken, Yen-Chi L., etc., *Forced sexual intercourse, suicidality and binge drinking among adolescent girls.* in *Addict Behav*. 2010 May ; 35(5): 507–509. doi:10.1016/j.addbeh.2009.12.008.
42. Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E, *Dialectical Behaviour Therapy in Adolescents for Suicide prevention : Systematic Review of Clinical-Efectiveness, 2009, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Heath.*
43. Narring F., Tschumper A., Inderwildi Bonivento L. et al. *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse.* SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent study on health 2002. Lausanne. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; Bern : Institut für Psychologie ; Bellinzona : Sezione sanitaria, 2003. http://www.umsa.ch/umsa_home/umsa_recherche/umsa-recherche-smash.htm. Consulté le 1.5.2012.
44. Narring F. et al., *La santé des adolescents en Suisse*, 1994. *Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans.* 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive;
45. National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health. *Swedish National Programme for Suicide Prevention*. http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=17407&l=en . Visité le 20-01-2012.
46. Niederkrotenthaler T. et al. *Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects*. Br J Psychiatry. 2010 Sep;197(3):234-43. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633
47. Office fédéral de la santé publique. *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse-rapport répondant au postulat Widmer*. 2005. 42p.
48. Office fédéral de la santé publique. *Programme d'action Alliance contre la dépression*. http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=fr. Consulté le 12-07-2011.
49. Office fédéral de la santé publique. *Prévention des suicides*. http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=fr. Consulté le 20-01-2012.
50. Office fédéral de la santé publique. *Mortalité et causes de décès*. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html Consulté le 20-01-2012.
51. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la violence. Chapitre 7. La violence dirigée contre soi-même.* 2002, pp 207-208 et p. 223. Genève. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap7fr.pdf
52. Organisation Mondiale de la Santé. *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. 2002. EUR/02/5034834. Genève http://www.suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2010/05/suicidepreventionineurope.pdf

53. Perret-Catipovic M.. *Suicide Prevention in Adolescents and Young Adults : The Geneva University Hospitals' Program. Clinical Insights*. Crisis. 1996 17/3:36-40.
54. Perret-Catipovic M., C. Navarro, F. Ladame et Ph. Bowen, *Faut-il développer des actions de prévention du suicide dans les écoles ?*. In : Suicide, adolescents et milieu scolaire. L'Observatoire, Revue d'action sociale et médico-sociale, n°30, 2001, pp.51-55.
55. Perret-Catipovic M., Le suicide des adolescents. *Comment accéder aux jeunes en difficulté lorsqu'ils refusent toute aide*. In : Hans-Balz Peter et Pascal Mösli (éd.), Suicide : *la fin d'un tabou* ?, Genève : Labor et Fides, 2003.
56. Ploeg J. et al.. *The Effectiveness of School-Based Curriculum Suicide Prevention Programs for Adolescents*, Dundas, ON, Canada: Ontario Ministry of Health, Region of Hamilton-Wentworth,Social and Public Health Services Division. Effective Public Health Practice Project. 1999. http://www.ephpp.ca/PDF/1999_Adolescent%20Suicide%20Prevention.pdf. Consulté le 20.1.2012.
57. Pommereau X. *Politique d'établissement cohérente, Précision des rôles et des limites de chacun*. In : Suicide, adolescents et milieu scolaire, L'Observatoire, Revue d'action sociale et médico-sociale, n°30, 2001, pp.56-70.
58. Pompili M. et al. *Substance abuse and suicide risk among adolescents.* Eur.Arch Psychiatry Clin.Neurosci.2012, Jan:1-17. http://dx.doi.org/10.1007/s00406-012-0292-0. Consulté le 8.5.2012.
59. Rapport annuel du Réseau fribourgeois de santé mentale, RFSM, 2010, http://www.fr.ch/rfsm/files/pdf32/rapport_annuel_web_fr1.pdf
60. Rapport d'évaluation du Réseau Entraide Valais, 2010
61. Renard C. *La place de la famille dans la prévention du suicide*. In : Suicide, adolescents et milieu scolaire, L'Observatoire, Revue d'action sociale et médico-sociale, n°30, 2001, pp.75-78.
62. Roy Al., *Family history of suicide and neurticism : a preliminary study,* in Psychiatry Reserch, 110, 2002, 87-90.
63. Roy Al., *Characteristics of drugs addicts who attempt suicide,* in Psychiatry Reserch 121 (2003) 99-103.
64. Russell S.T., Toomey R.B., *Men's sexual orientation and suicide : Evidence for adolescent-specific risks* in Soc Sci Med. 2010 Sep 11.
65. Russell ST, Ryan C, Toomey RB et al. *Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: implications for young adult health and adjustment.* J.Sch Health 2011;81:223-30. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x .Consulté le 1.5.2012.
66. Seyle – *Saving and Empoyering Young Lives in Europe*. www.seyle.eu. Consulté le 07-07-2011.
67. Shea C.S., Seguin M. *Evalutation du potential suicidaire*. In : Terra JL eds. Elsevier , Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) février 2008. ISBN: 9782994098355. http://www.elsevier-masson.fr/techniques-psychotherapies/evaluation-du-potentiel-suicidaire-e-book/9782994098355/
68. Spence S. et Shortt A. *Research Reiew : Can we justify the widespread dissmination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescnents ?*, Journal of Child Psychology and Psychiaty 48 :6 (2007), pp 526-542.
69. Stop Suicide, *Quelle prévention du suicide en milieu scolaire ?*, Genève, mars 2007, http://www.stopsuicide.ch/sources/ecole/Dossier_final.pdf, consulté le 28 avril 2010.
70. Terra J.L.. *Dossier: La prévention du suicide*. 2003 ; 45:19-62. Inserm, Faculté de médecine. Rennes.http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-45/ad451962.pdf. Consulté le 8.6.2012.
71. Tuercki G., *Dissecting the suicide phenotype :the role of impulsive-agressive behaviours,* in Rev Psychiatr Neurosci 2005, 30 (6).
72. Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES). Promouvoir la santé à l'école : de la théorie à la pratique. UIPES, 2010. http://www.iuhpe.org/index.html?mode=&n=&page=516&lang=fr. Consulté le 27.7.2012.
73. U.S. Department of health and human services. *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. 2001. 206pp. Rockville, md:Public health service. 02NLM:HV 6548.A1 2001. http://store.samhsa.gov/product/National-Strategy-for-Suicide-Prevention-Full-Report-/SMA01-3517 Consulté le 20.1.2012.
74. Vaud. *Indicateurs de conditions de vie: décès par suicide*. 2009. http://www.vd.ch/fr/themes/environnement/developpement-durable/indicateurs/indicateurs-pour-le-canton-de-vaud/3-conditions-de-vie-subjectives/32-indicateur/. Consulté le 20.1.2012.
75. Värnik A. et al. *Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the European Alliance Against Depression*. Journal of Epidemiology and Community Health 62 (6):545-551, 2008. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.065391. Consulté le 1.5.2012.
76. Wahlbeck K. & Mäkinen M. (Eds). (2008). *Prevention of depression and suicide. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities. ISBN 978-92-79-09527-6. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_depression_en.pdf
77. Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, et al. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. Prev Med. 2007;44:70-5

78. Wang J, Häusermann M, Wydler H, Meichun M-K, Weiss M. Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. Journal of Psychiatric Research. 2012. 46 (8): 980-6.
79. WHO. *Preventing suicide, a ressource for teachers and other school staff.* Mental and Behavioural Disorders, Departement of Mental Health, Geneva : World Health Organization, 2009.
80. Yip, P. *Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programs*. Crisis 2011; Vol. 32(3):117–120. http://psycontent.metapress.com/content/637p7p2055716376/