

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat Grégory Devaud "Le suicide des jeunes, quelle prévention dans notre canton ?"

Rappel

Le 8 mars 2011, M. le Député Grégory Devaud a déposé un postulat dont le texte figure ci-dessous.

La Suisse connaît entre 1300 et 1400 décès imputés chaque année à cette problématique. Cela représente 4 suicides par jour. Dans le canton de Vaud, la moyenne est de 100 à 120 suicides par année. Sur les 105 pays dont le nombre de suicides est répertorié par l'OMS, la Suisse se situe parmi les vingt pays dont le taux est le plus élevé. Le suicide est également la première cause de mortalité chez les jeunes de 15-25 ans, à égalité avec les accidents de la route. Selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique de 2004, 8,2 % des jeunes femmes et 3,2% des jeunes hommes de 15 à 20 ans auraient effectué une tentative de suicide durant cette tranche de leur vie. Paradoxalement, pour 70% des suicidaires cet acte est avant tout un appel au secours. Par l'écoute et la communication, il serait possible de sauver ces personnes. L'ensemble des pays industrialisés a su instaurer une politique de prévention dont les résultats se sont montrés convaincants.

En 2005, dans sa réponse au postulat Widmer qui demandait un rapport portant sur les mesures de prévention prises par la Confédération en matière de suicide, cette dernière a déclaré qu'il était du ressort des cantons de se pencher sur ce sujet. Dès lors, au vu de cette situation et afin de mener dans notre canton une véritable politique de prévention du suicide, le présent postulat demande au Conseil d'Etat un rapport détaillant les points suivants :

- 1. Une description de la formation destinée à l'ensemble des professionnels de l'éducation (infirmiers, infirmières, mais également des psychologues scolaires et enseignant-e-s) face aux nouvelles techniques de suicide ou autres jeux suicidaires (ex : le jeu du foulard).*
 - a. Possibilité d'intégrer à la HEP cette problématique dans la formation des futur-e-s enseignant-e-s.*
 - b. Possibilité d'étendre ces formations à l'ensemble des écoles des hautes études (UNIL, EPFL, ECAL, HEIG, etc.).*
 - c. Possibilité d'introduire, à l'instar du canton de Genève, une sensibilisation destinée aux élèves du secondaire par un psychologue ou un psychiatre sur ce sujet.*
- 2. Un bilan de la mise en place et de l'efficacité de la formation "Terra/Séguin" destinées aux professionnel-le-s des milieux sanitaires et non sanitaires qui se retrouvent en première ligne lors de tentative.*
- 3. Analyse de la possibilité de sensibiliser le grand public sur la thématique du suicide des jeunes comme effectué au Canada.*
 - a. Possibilité d'introduire dans les cours de formation de samaritains une présentation de cette problématique.*

4. Une liste des lieux sensibles encore non sécurisés, ainsi que le coût des travaux de sécurisation à envisager. En effet, le suicide est souvent impulsif, aussi la sécurisation de certains équipements publics revêt-elle une grande importance. Dans ce domaine, des progrès ont été accomplis comme par exemple la pose de "garde-corps" en 2003 sur le pont Bessières, à Lausanne, qui a permis de diminuer le nombre de tentatives de 4,8 à 0,6 par an, soit 8 fois moins. Cette baisse s'est effectuée sans que l'on puisse constater un report de cette moyenne sur les autres ponts de la région.

Souhaite développer et demande le renvoi direct au Conseil d'Etat.

Aigle, le 8 mars 2011.

Réponse du Conseil d'Etat

En réponse à ce postulat, le présent rapport vise à informer le Parlement des mesures en cours au plan cantonal, national et international ainsi que des actions qui seront mises en œuvre à plus ou moins court terme, dans notre canton par le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) ainsi que le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) notamment, de manière à prévenir cette problématique. Ce rapport est accompagné d'un dossier technique complet, en annexe, reprenant les principaux thèmes abordés ci-après (<http://www.vd.ch/unite-psps/>).

La problématique du suicide

En 1996, le Département de la coordination des politiques et du développement durable des Nations 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) édicta 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, tels que 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. 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. 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.

Au niveau suisse, le taux moyen de suicides en 2004-05 se situait juste en dessous de la moyenne européenne de 15.15 pour 100'000 habitants dans les pays de l'OCDE. On observe néanmoins depuis quelques années une baisse du nombre annuel de suicides pour la Suisse passant de 1'312 en 2006 à 1'105 en 2009. En ce qui concerne le Canton de Vaud, le nombre de décès par suicide a évolué de manière irrégulière et n'a pas connu d'augmentation ou de diminution sensible entre 1995 et 2007. Le suicide reste la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 44 ans.

Les enfants et adolescents : un groupe particulier

Le suicide constitue, en Suisse, la deuxième cause de décès chez les adolescents entre 15 et 20 ans. Selon l'OMS, il existe une différence entre les filles et les garçons. En effet, les garçons décèdent plus souvent de leur tentative de suicide que les filles, car ils emploient des méthodes plus violentes. Les tentatives de suicide quant à elles restent 2 à 3 fois plus fréquentes chez les filles. Il est à relever que les comportements suicidaires des adolescents ont tendance à être sous-déclarés, parce que beaucoup de morts sont classées comme non intentionnelles ou accidentelles.

Chez les enfants de moins de dix ans, bien que les suicides soient rares, les risques d'actes suicidaires et d'automutilations volontaires sont bien présents. Les suicides des jeunes enfants, parfois associés à des accidents, sont vraisemblablement également "sous-déclarés". 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.

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. Certains facteurs d'origines **biologiques** peuvent y jouer un rôle (risques familiaux, 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 grosses pertes. Cette distinction nous aide à mieux reconnaître et cibler les interventions auprès des jeunes à risques suicidaires. 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.

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.

Certains groupes d'adolescents et de jeunes sont plus à risques de commettre un suicide. Nous donnons ci-dessous quelques éléments d'informations sur quelques groupes pour lesquels les données scientifiques sont probantes :

- Jeunes et consommation de substances / addictions : la consommation abusive et répétée de substance chez les jeunes est un facteur de risque de comportement suicidaire dont il faut tenir compte, d'autant plus s'il existe d'autres pathologies. 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.
- Jeunes et homosexualité : les jeunes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenre) 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.
- Maltraitance et abus sexuels : les individus abusés sexuellement ou maltraités durant leur enfance sont plus à risque de développer des comportements suicidaires.

Prévention du suicide : définition

- 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.

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.

Les stratégies en matière de prévention du suicide : international et national

Alors que le Canada peut compter sur un milieu associatif important auquel l'Etat donne les moyens d'agir, plusieurs Etats ont mis en place une réelle stratégie de prévention du suicide. Cette stratégie peut être basée sur la promotion de la santé mentale et du bien-être (USA, Nouvelle-Zélande), sur l'amélioration de la qualité des soins fournis aux personnes dépressives, de manière à faire reculer le taux de suicide (Allemagne), sur une approche multi-sectorielle visant certains groupes-cibles identifiés comme à hauts risques (Angleterre, Ecosse) ou en agissant sur les facteurs sociaux propices au mal-être (Suède). La Finlande, quant à elle, agit de manière locale afin de répondre au mieux aux réalités régionales rencontrées par les personnes suicidaires. Enfin la France, au début des années 2000, s'était dotée d'un plan ambitieux en la matière qu'elle a renouvelé et développé en 2011 autour de 6 axes principaux (développement de la prévention et postvention, amélioration de la prise en charge des personnes, information et communication, formation des professionnels, études et recherches, suivi et animation du programme d'actions contre le suicide). De plus, pour les intervenants auprès des jeunes, un effort de formation a été fait autour du repérage notamment avec la méthode Terra-Séguin. 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. 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.

Suite au postulat Widmer en 2005, la Suisse a refusé de se doter d'une politique nationale en matière de prévention du suicide. Il est donc du ressort 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 qui joue le rôle d'interlocuteur privilégié à trois niveaux (fédéral, cantonal et régional). En ce qui concerne les cantons alémaniques, ce sont surtout les programmes de l'alliance contre la dépression qui ont été introduits. Enfin, tous les cantons romands peuvent compter sur des associations et des institutions actives dans le domaine et, pour certains, une collaboration importante avec les autorités cantonales voire sur leur impulsion. Fribourg et Valais proposent par ailleurs des réseaux téléphoniques disponibles 24h/24h pour les victimes.

La prévention du suicide dans le Canton de Vaud : situation actuelle

Le Canton de Vaud a été l'un des premiers cantons suisses à développer une politique de santé mentale et ce depuis 2007. Une approche globale de la santé mentale et une coordination des différents acteurs a été privilégiée. Plusieurs axes prioritaires ont été définis, dont un programme de "*Lutte contre les conduites suicidaires*", avec un accent particulier porté à cette problématique chez les jeunes et les adolescents, articulé autour de 4 actions prioritaires :

- La formation des professionnels de première ligne, afin d'apprendre à identifier et évaluer le potentiel suicidaire et leur donner des pistes pour une intervention de crise. Près de **700 personnes** (infirmières scolaires, psychologues, éducateurs, enseignants, personnel soignant, policiers, personnel des centrales téléphoniques d'urgence...) ont déjà participé à la formation proposée dans le cadre de l'Université de Lausanne et élaborée par plusieurs acteurs (DP-CHUV, Fondation de Nant, UMSA, SSP, Fondation pour la formation continue universitaire lausannoise).

- Un numéro d'appel unique pour les crises suicidaires : en octobre 2011, le mandat de la Centrale Téléphonique des Médecins de Garde (0848 133 133) a été étendu aux urgences psychiatriques ainsi qu'à la détresse psychologique. Ce numéro est disponible 7/7 jours et 24/24 heures pour le public et les professionnels. En complément, chacun des 4 secteurs psychiatriques (Centre, Nord, Ouest et Est) a été réorganisé de sorte à assurer une réponse professionnelle 24h/24 et 7j/7 pour les professionnels et les patients déjà suivis. Finalement, un renforcement de l'écoute directe destinée au grand public a également été effectué via la formation et la supervision des répondants de La Main Tendue (143) et de l'association TELME-Pro Juventute (147). Ce renforcement à trois niveaux permet ainsi de créer un dispositif cantonal d'urgences psychiatriques qui soit cohérent et coordonné entre les différents acteurs concernés par la problématique suicidaire.
- 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 afin de développer des liens avec les équipes et pouvoir évaluer toute personne ayant effectué un geste suicidaire.
- 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.

En parallèle à ces actions, d'autres programmes et projets peuvent contribuer à favoriser le bien-être de la santé et un climat positif chez les enfants et les jeunes, tels que les programmes de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans)-parents, la promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles, le plan de la santé mentale et la prévention dans certains établissements scolaires ou encore d'autres qui s'adressent à des groupes cibles, comme la prévention des dépendances dans établissements de la scolarité obligatoire et postobligatoire : le programme "Départ" (dépistage – évaluation – parrainage d'adolescents consommateurs de substances) ainsi que le "GRAFIC" (Groupe Ressources d'Accompagnement et de Formation en cas d'Incident Critique).

Les enfants et les jeunes peuvent profiter de ressources tant au sein des services de pédopsychiatrie du CHUV que de l'école qui met à disposition des psychologues scolaires et des équipes de santé dans les établissements de la scolarité obligatoire et postobligatoire, auxquels diverses formations en lien avec la thématique sont proposées. D'autre part, des actions ciblées se sont déroulées dans quelques établissements particulièrement touchés par cette problématique.

Il convient de relever que certaines populations ou certains lieux de vie sont identifiés comme nécessitant une réflexion et des actions spécifiques, tels que les foyers pour adolescents, certaines institutions de pédagogie spécialisée mais aussi les milieux associatifs et socio-éducatifs comme les clubs sportifs, les groupes de jeunesse ou les maisons des jeunes. Un défi important est d'accéder aux adolescents déscolarisés ou désinsérés.

Le Conseil d'Etat considère que la santé mentale des jeunes est une priorité ; aussi, pour ce groupe-cible, l'école offre-t-elle un cadre d'intervention privilégié. Les autres lieux d'interventions, tels que les milieux associatifs, les églises ou le milieu des soins (médecins, psychologues, infirmiers) ne sont toutefois pas à négliger, comme indiqué dans le postulat Devaud.

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 de 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, la très grande majorité des élèves n'est donc pas concernée par ce problème ;
- le risque suicidaire serait particulièrement élevé 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.

Pour des actions en milieu scolaire

- L'école est le "milieu naturel" des adolescents, il est donc 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 ;
- 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 s'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 (Voir <http://www.stopsuicide.ch/L-effet-Papageno>).

Prévention du suicide dans le contexte scolaire : état actuel de la recherche

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 de la littérature scientifique 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 pour la prévention du suicide proprement dit mais plusieurs semblent prometteurs. Comme le suicide demeure un phénomène "rare", il est particulièrement difficile d'attribuer le succès ou l'échec d'une intervention en ne considérant que le taux de suicide.

Les différentes catégories de programmes relevés comme pertinents proposent trois types de prévention du suicide en milieu scolaire :

- la **prévention universelle** (promotion de la santé et prévention primaire) : s'adresse à

l'ensemble d'un groupe, est constituée d'actions portant sur le mode de vie des élèves, promotion du bien-être et de la santé, renforcement de l'estime de soi des étudiants, peut être globale ou spécifique au thème ;

- la **prévention sélective** (prévention secondaire - dépistage/repérage/détection + intervention précoce) : ne concerne que les jeunes à risques ayant besoin d'une intervention spécifique (déprimés, absents, en échec scolaire, consommateurs de substances,...) et identifié par dépistage ou repérage ;
- la **prévention sur indication** (prévention tertiaire – prise en charge et prévention de la récurrence) : 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.

Si certains programmes sont prometteurs (prévention universelle globale, formation d'adultes de l'école comme sentinelles), les méthodes de prévention du suicide sous une forme universelle directe dans les classes de type curriculum (séances systématiques de discussions sur le suicide, sur l'amélioration de la gestion du stress et des pensées négatives) et les dépistages (passage systématique de questionnaires) peuvent fragiliser certains jeunes, et leur procurer plus de préoccupations que de soulagement.

Sécuriser les 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...), téléphones sur les lieux à risques.

Dans le Canton de Vaud, il n'existe pas d'information centralisée sur les lieux sensibles. En ce qui concerne les ponts, le canton est propriétaire de ponts qui se situent en règle générale en dehors des localités et qui sont moins problématiques que les ponts situés dans les localités, donc en principe 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 aux modifications du Pont Bessières.

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.

Limiter l'accès aux moyens

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 sur les armes à feu :

- Il existe une relation directe entre le pourcentage des foyers avec une arme à feu et le taux de mortalité par arme à feu.
- 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.

- 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.
- 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.

Stratégie du Conseil d'Etat

Au-delà du constat des recherches scientifiques selon lesquelles il n'y a pas de programmes de prévention du suicide dont on puisse affirmer qu'ils soient pleinement efficaces, le Conseil d'Etat entend poursuivre et compléter le dispositif actuel selon les axes ci-après. Ce faisant, il écarte d'une part l'option consistant à s'abstenir de toute intervention, au prétexte de ne pas provoquer ou susciter des idées suicidaires chez les jeunes. Ce d'autant qu'il serait inopportun d'invalider les actions déjà en cours. Et d'autre part, l'option consistant à introduire un programme volontariste de prévention du suicide universelle directe dans les classes.

Dans ce cadre, la stratégie du Conseil d'Etat portera sur des actions à différents niveaux:

A. Mesures de santé communautaire

A1. Prévention universelle

Le Conseil d'Etat relève que les mesures de santé communautaire destinées à prévenir les suicides visent à influencer les conditions de vie et les conditions environnementales au niveau de l'ensemble de la population, des groupes de population et des individus. En ce sens, il entend agir pour renforcer les activités de promotion de la santé et de prévention à visée globale et dans divers contextes pour agir sur la santé mentale, le bien-être, le sentiment d'efficacité, les facteurs protecteurs et en particulier le climat d'école (UIPES, 2010). A titre d'illustration, voir le plan d'actions en milieu scolaire et préscolaire du tableau en annexe.

Il s'associera aux campagnes de promotion de la santé au niveau suisse et/ou romand, et poursuivra les développements prévus par le Plan de santé mentale cantonal, afin d'acquérir une vision large du réseau santé mentale, tout en poursuivant les développements opérationnels dans le domaine de la psychiatrie, et de développer une plateforme d'échanges et de rencontres entre les différents acteurs concernés.

Enfin, la prudence en matière de médiatisation des suicides sera maintenue.

A2. Prévention sélective

Le Conseil d'Etat mettra l'accent sur la sensibilisation de la population, ainsi que les personnes clés travaillant avec les jeunes (dans le cadre scolaire ou extra-scolaire), par la poursuite des formations mises en place et de la coordination du pilotage des activités de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire avec le concours des acteurs de la santé mentale. Il entend aussi développer la capacité des personnes clés à rechercher de l'aide ou de l'appui au sein du réseau d'experts existant et de faciliter l'accès à ces ressources.

B. Mesures de prises en charge médicale et de prévention de la récurrence (prévention sur indication)

Dans le domaine de la prévention du suicide, ces mesures comprennent notamment l'amélioration du traitement, de l'accompagnement et de la réinsertion des malades en psychiatrie, des personnes ayant commis une tentative de suicide et des personnes en situation de crise et/ou ayant des projets suicidaires. Le Conseil d'Etat préconise des actions de sensibilisation du personnel médical sur l'impact de ses propres positions et opinions à propos du suicide et des tentatives de suicide. A cette fin, il entend poursuivre et développer la formation continue du personnel médical, tout en sollicitant les Hautes Ecoles afin qu'elles intègrent cette question dans la formation des médecins et des autres

formations médico-sociales.

Pour les personnes présentant un risque de suicide élevé (personnes ayant commis une tentative de suicide, malades mentaux, toxicomanes, détenus, migrants, ...), des offres de prévention spécifiques, adaptées aux besoins de chaque groupe cible, peuvent se montrer efficaces. Il conviendra donc de poursuivre le développement de la psychiatrie d'urgences-crise et de la psychiatrie de liaison avec les urgences somatiques pour les personnes ayant commis une tentative de suicide, tout en développant des mesures de prévention et de sensibilisation à la détection du risque suicidaire chez les groupes à risque.

Enfin, les personnes directement touchées par un suicide ont souvent un risque de suicide accru après l'événement/le décès. Le suivi des membres de la famille, des collègues de travail, des camarades de classe, etc. a donc une signification essentielle pour la prévention. En plus des groupes d'entraide pour les proches, il s'agira d'élaborer des offres spécifiques pour les professions particulièrement touchées par le suicide (conducteurs de train, agents de police, membres des services de secours) et développer de manière générale la postvention.

C. Monitoring, recherche et évaluation

Le relevé statistique complet des décès par suicide et le monitoring régulier des tentatives de suicide constituent une base décisive pour la détection précoce de tendances dans le comportement suicidaire de la population et pour l'identification de groupes à haut risque. Une autre condition à l'élaboration d'activités de prévention du suicide efficaces et spécifiques aux groupes cibles réside dans la recherche interdisciplinaire, orientée vers une approche de santé publique en faveur de la population. Pour assurer le développement ultérieur de ces mesures, il importe aussi au Conseil d'Etat de procéder à l'évaluation de leur efficacité, de leur utilité et de leur coût.

D. Sécurisation des lieux à risques et limitation de l'accès aux moyens

De plus, les travaux de sécurisation des lieux à risques ("suicide hot spots") tels que cités dans le point 4. du postulat seront poursuivis.

A cette fin, le Conseil d'Etat préconise que les communes dressent une liste des lieux sensibles qui se trouvent sur leur territoire et qui nécessiteraient la mise en place de mesures de sécurité.

En effet, les communes sont les mieux à même d'établir un inventaire des lieux sensibles et des infrastructures à risque (ponts, espaces publics, etc.). L'objectif serait de procéder à une analyse des infrastructures qui mériteraient une sécurisation ainsi qu'à une évaluation des coûts à prévoir. Cependant, les projets d'érection de garde-corps para-suicide ne correspondent pas à une tâche étatique découlant d'une réglementation actuellement en vigueur.

Le Conseil d'Etat s'engage de plus à soutenir d'autres mesures de prévention de type structurelles pour limiter l'accès des jeunes aux moyens de se suicider, notamment médicaments (taille des emballages plus petite et limitation du nombre d'achats de boîtes) et armes à feu (mesures de privation des armes à domicile, en collaboration avec les autorités en cas de risque identifié).

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 6 novembre 2013.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean

Annexes

1. Plan d'actions possibles en milieu scolaire et préscolaire
2. Duperrex O, Durgnat C, Richard C. Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud. Dossier technique pour la réponse au postulat Devaud (11_POS_242). Lausanne, Suisse: Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire; 2012 Oct p. 1-51.

Référence

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.

Rapport du CE au postulat Devaud (11_POS_242)

Annexe 1 - Plan d'actions en milieu scolaire et préscolaire

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) ¹	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. . 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) ²	Poursuivre la mise à disposition des écoles d'un outil (le QES ³) leur permettant de tirer un diagnostic systémique sur l'environnement socio-éducatif de l'établissement, et accompagner des mesures régulatrices (actuellement une vingtaine d'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) ⁴	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	Définir le cadre et développer des actions d'information des élèves et des adultes	. Répondre de manière adaptée au besoin d'information

¹ <http://www.vd.ch/themes/sante-social/prevention/petite-enfance-programme-cantonal/>

² <http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/prestations/climat-et-violence/>

³ QES : questionnaire sur l'environnement socio-éducatif de l'école <http://www.qes.espacedoc.net/>

⁴ <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)
certaines établissements scolaires (SSP – SESAF - Unité PSPS avec les partenaires spécialisés en psychiatrie : SUPEA, Service de psychiatrie communautaire, DP-CHUV)	lorsqu'un tel besoin est identifié dans un établissement.	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 compris dans les MITIC ^{5, 6}	Renforcer la collaboration interinstitutionnelle via notamment <ul style="list-style-type: none"> - 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 ; - le déploiement d'actions concertées de prévention des dérives de l'Internet - 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. . Améliorer la protection des adolescents et des jeunes face au harcèlement et à la violence.
6. Communication sur les actions entreprises en milieu scolaire et préscolaire	Informers 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. . Modifier la perception de la société face au suicide
A2. Prévention sélective (prévention secondaire : actions auprès des 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). . 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) ⁷	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, PLS 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 chaîne d'alerte – no unique).	. Améliorer les délais dans les réponses aux situations à risques . Assurer le travail en réseau
11. Programme de prévention des dépendances dans les	Poursuivre ce programme prioritaire du Conseil d'Etat pour que tous les	. Améliorer la détection et l'intervention précoce des

⁵ MITIC = médias, images et technologies de l'information et de la communication

⁶ <http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/prestations/climat-et-violence/>

⁷ <http://www.formation-continue-unil-epfl.ch/faire-face-au-risque-suicidaire>

⁸ <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)
écoles vaudoises (Unité PSPS et partenaires : FVA, CIPRET, Levant, AACTS, DEPART) ⁸	établissements scolaires aient mis en œuvre ce programme d'ici fin 2016.	élèves mis en difficultés par la consommation de substances.
12. Programme DEPART : DEpistage, PARrainage et Traitement d'adolescents consommateurs de substances (UMSA - SUPEA - AVOP - SPJ) ⁹	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) ¹⁰	. Soutenir les projets de prévention dans les lieux de pré-formation ou prenant en charge des adolescents en difficultés. . 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 récurrence: 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 peuvent également agir au niveau du repérage précoce, en appui des enseignants confrontés à une suspicion de mal-être. . 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 ¹¹ . Renforcer le soutien aux prestations de prévention secondaire, par exemple Astrame (groupes de soutien en cas de deuil, séparation ou divorce) ¹²	. Renforcer les compétences parentales. . Maintien d'une bonne santé mentale des parents, recours aux services spécialisés en cas de besoin. . Diminution des facteurs de risque de l'entourage notamment pour la santé mentale et la maltraitance de l'enfant et de l'adolescent. . 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

⁹ http://www.chuv.ch/pediatrie/dpc_home/dpc_infos/dpc_infos_organisation/dpc_supea/dpc_supea_interventions.htm

¹⁰ <http://www.vd.ch/themes/formation/orientation/mesures-de-transition/>

¹¹ <http://www.vd.ch/autorites/departements/dfjc/spj/missions/protection/>

¹² <http://www.vd.ch/autorites/departements/dfjc/spj/missions/prevention/prevention-secondaire/>