



2.3.2 Suicides et tentatives de suicide

- Sources des données** Office fédéral de la statistique OFS, Statistique des causes de décès ([Fiche signalétique](#))
- Office fédéral de la statistique, Statistique de l'état annuel de la population ESPOP ([Fiche signalétique](#))
- Services psychiatriques universitaires de Berne / Office fédéral de la santé publique OFSP: Monitoring des comportements suicidaires dans l'agglomération de Berne, enquête 2003-2006 ([Rapport](#))

Suicides

Le décès par suicide est un problème de santé publique souvent sous-estimé en Suisse. Il l'est non seulement par rapport à d'autres pays – la Suisse fait pourtant partie des pays d'Europe présentant des taux de suicide particulièrement élevés - mais aussi par rapport à d'autres problèmes de santé. Chaque année, quelque 1300 personnes meurent par suicide dans notre pays. Autrement dit, les décès par suicide sont près de trois fois plus nombreux que les décès dus aux accidents de la circulation. Il n'est donc pas étonnant que le suicide occupe le quatrième rang des causes d'années potentielles de vie perdues ([2.3.1.](#)) chez les hommes comme chez les femmes. Les conséquences indirectes d'un suicide sont aussi considérables. Chaque suicide touche environ 4 à 6 proches et entraîne souvent une grande souffrance chez les survivants. Certains suicides comme la chute depuis un bâtiment ou devant un train ont lieu dans l'espace public et peuvent donc traumatiser des tiers. On admet que 90% environ des personnes qui se suicident souffrent d'une maladie psychique. La dépression ([2.5.1.](#)), la schizophrénie, l'alcoolisme ([3.2.2.](#)) et les troubles de la personnalité jouent ici un rôle prépondérant. Les 10% restants de suicidés ne présentent aucun signe post mortem de maladie psychique. Il s'agit de cas non diagnostiqués ainsi que de suicides impulsifs commis par des personnes ne répondant pas aux critères d'une maladie psychique.

La Suisse fait partie des pays qui ne disposent pas d'un programme national de prévention des suicides, ce qui est par contre le cas pour des problématiques telles que l'alcool ou le VIH. Les fonds publics destinés à la prévention des suicides sont donc très modestes. Il n'en



va pas de même dans d'autres pays comme l'Angleterre ([National suicide prevention strategy for England](#)) ou l'Irlande ([National Strategy for Action on Suicide Prevention](#)).

Tentatives de suicide

Les tentatives de suicide n'ont pas toutes une issue fatale. Les méthodes de suicide sont subdivisées en méthodes à forte létalité (pendaison, arme à feu, saut dans le vide) et méthodes à faible létalité (auto-empoisonnement, blessure à l'aide d'un objet tranchant). Des études ont montré que les différences entre les sexes observées presque uniformément dans les pays considérés - les hommes se suicident plus souvent, les femmes commettent davantage de tentatives de suicide – sont dues dans une large mesure au choix de la méthode. Des variables autres que le sexe ont aussi un rôle à jouer dans les suicides et les tentatives de suicide. Il en est ainsi pour l'âge: la létalité des tentatives de suicide est plus élevée chez les personnes âgées. On trouve par ailleurs un grand nombre de variables ayant une incidence sur l'ensemble des actes suicidaires, par ex, l'appartenance à une religion (les personnes croyantes se suicident moins fréquemment) ou à une culture (les suicides sont moins nombreux en Suisse italophone qu'en Suisse alémanique).

Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide sans issue fatale ne sont pas recensées à l'échelle nationale. Elles ne doivent pas obligatoirement être annoncées et ne sont pas relevées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). C'est la raison pour laquelle le nombre de tentatives de suicide avortées en Suisse (comme d'ailleurs dans la plupart des autres pays d'Europe) ne peut être défini que par une extrapolation à l'aide de régions (dites de contrôle) pratiquant un relevé épidémiologique standardisé de ces tentatives. L'agglomération de Berne, qui couvre une partie considérable du canton de Berne représente une telle région. L'agglomération de Berne (tout comme le canton de Berne) présente une répartition de zones rurales et de zones urbaines semblable à celle de la Suisse entière et forme ainsi une région de contrôle appropriée. Les valeurs référentielles du canton de Berne (qui devraient correspondre largement à celles de l'agglomération de Berne) sont disponibles pour de nombreux indicateurs. Il s'avère aussi à cet égard que les valeurs du canton de Berne sont proches de la moyenne suisse (voir Maladies chroniques traitées médicalement [2.5.1.](#); Maladies et handicaps de longue durée [2.6.2.](#); Etat de santé subjectif [2.6.1.](#); Taux de mortalité spécifique [2.2.1.1.](#); Taux de mortalité standardisé [2.2.1.2.](#)). Méthodologiquement, il est plus difficile de recenser les tentatives de suicide que les suicides, ces derniers étant relevés en Suisse de manière centralisée et selon une méthodologie de haut niveau en comparaison internationale. Dans le présent indicateur, les tentatives de suicide sont enregistrées selon la méthode de l'OMS. Ne sont considérées que



les tentatives entraînant un contact avec le système médical. Ce type de saisie amène obligatoirement à sous-estimer le nombre total de tentatives et à faire abstraction d'un nombre indéfini mais non négligeable de personnes n'ayant pas demandé de l'aide après avoir tenté de se suicider. L'automutilation volontaire sans intention de suicide représente un autre problème méthodologique dans l'enregistrement des tentatives de suicide. La méthode de l'OMS ne la prend pas en considération. Mais dans la pratique, il existe une zone grise assez importante entre automutilation volontaire et tentative de suicide.

Signification

Les *suicides* peuvent être considérés comme une issue défavorable (worst case szenario) de troubles psychiques graves ou de troubles corporels (moins fréquents). Ils sont en lien avec :

- les maladies chroniques traitées médicalement [\[2.5.1\]](#)
- les maladies et handicaps de longue durée [\[2.6.2.\]](#)
- la consommation d'alcool [\[3.2.2\]](#)
- la prévalence de la consommation de drogues dures [\[3.2.31\]](#).

Compte tenu de leur grande fréquence, les suicides ont une influence sur les indicateurs épidémiologiques tels que :

- le taux de mortalité spécifique [\[2.2.1.1.\]](#)
- les années potentielles de vie perdues [\[2.3.1.\]](#)
- le taux de mortalité standardisé [\[2.2.1.2.\]](#).

Les *tentatives de suicide* sont en lien avec:

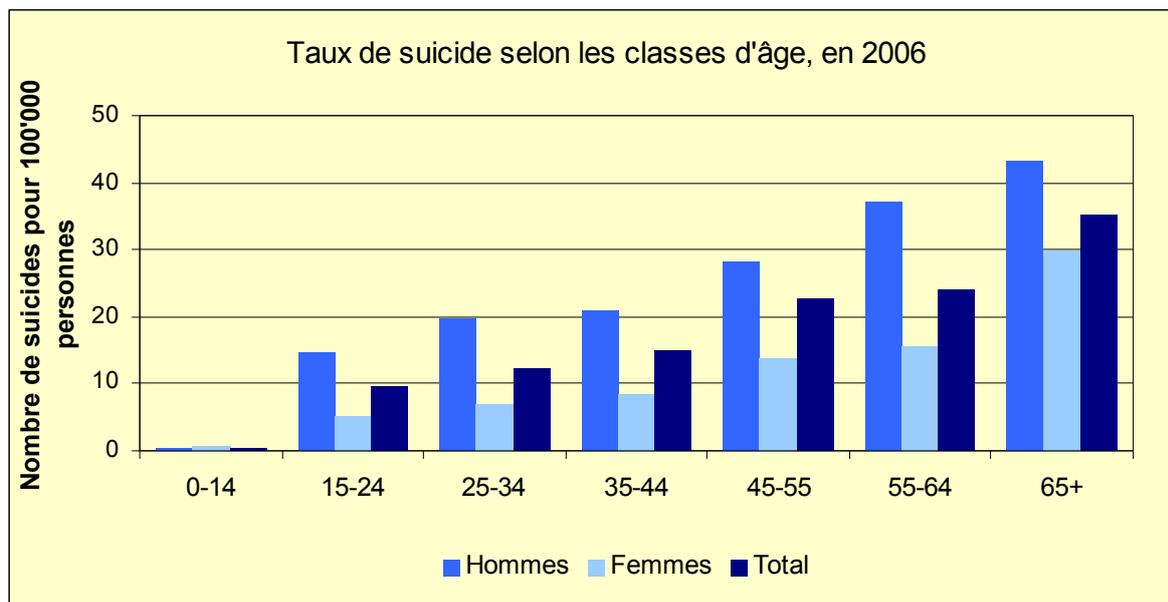
- l'incapacité de travail liée à la santé au sein de la population [\[2.8.1.1., 2.8.1.2.\]](#)
- les consultations des médecins généralistes [\[6.5.1.1., 6.5.1.2.\]](#)
- les consultations des médecins spécialistes [\[6.5.2.1., 6.5.2.2.\]](#)
- les hospitalisations dans les cliniques psychiatriques [\[6.1.2, 6.3.2.3.\]](#)
- les hospitalisations dans les hôpitaux de soins généraux et les cliniques spécialisées [\[6.1.1\]](#).

Définition *Suicide* : Le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale (OMS).



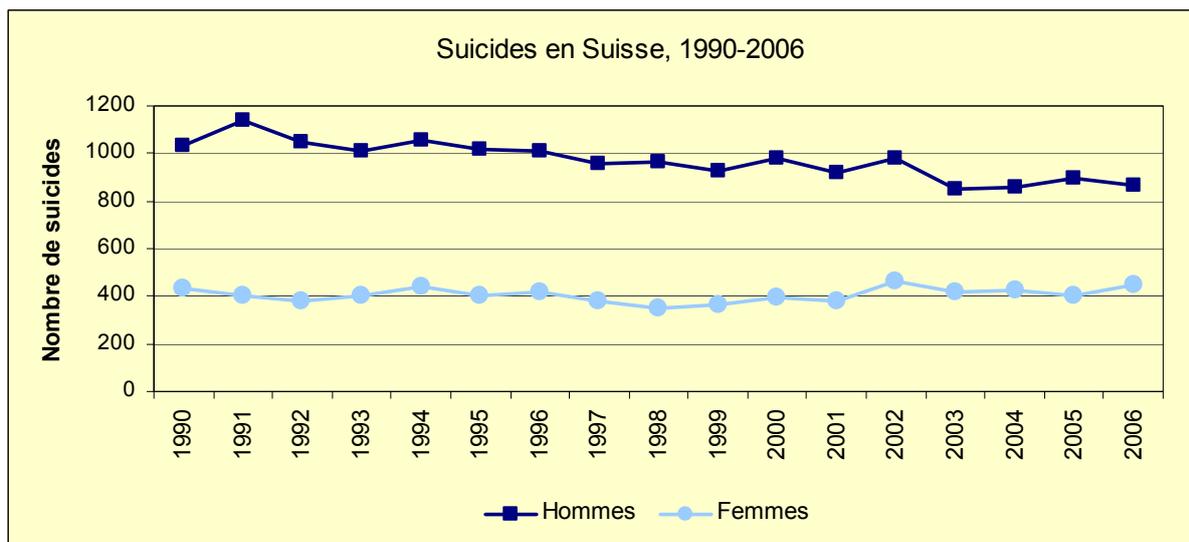
Tentative de suicide : Tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les auto-mutilations répétées et les refus de s'alimenter (OMS).

Résultats



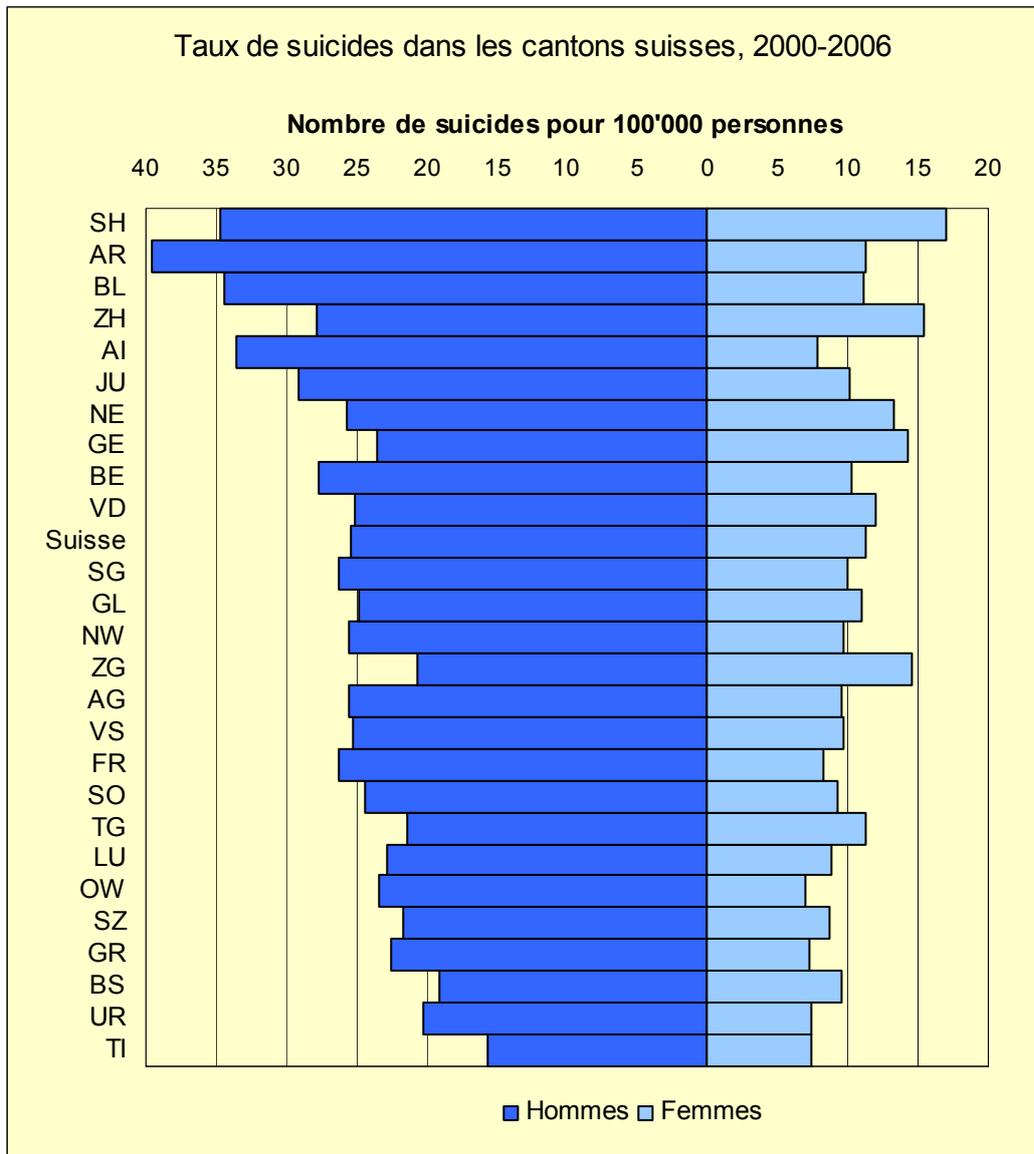
Données

Les suicides sont d'une manière générale extrêmement rares chez les moins de 15 ans. Dans chaque classe d'âges, le taux de suicide chez les hommes est supérieur de 50% environ à celui des femmes. Il augmente avec l'âge pour les deux sexes. Ces chiffres ne doivent cependant pas faire oublier que les jeunes meurent beaucoup plus souvent par suicide que par des maladies. Le suicide fait partie des causes de décès les plus fréquentes en particulier chez les personnes d'âge moyen.



Données

Entre 1990 et 2006, on observe un recul léger mais constant du nombre de suicides, principalement chez les hommes. A partir de 2003, la tendance semble s'inverser. L'évolution à venir nous dira si ces dernières années marquent un tournant dans cette dynamique de longue haleine. Les chiffres correspondent aux tendances internationales: dans différents pays, il y a eu durant cette même période tout d'abord une diminution du nombre de suicides, puis un changement de tendance au cours des dernières années. Les raisons de cette évolution nationale et internationale ne s'expliquent pas clairement.

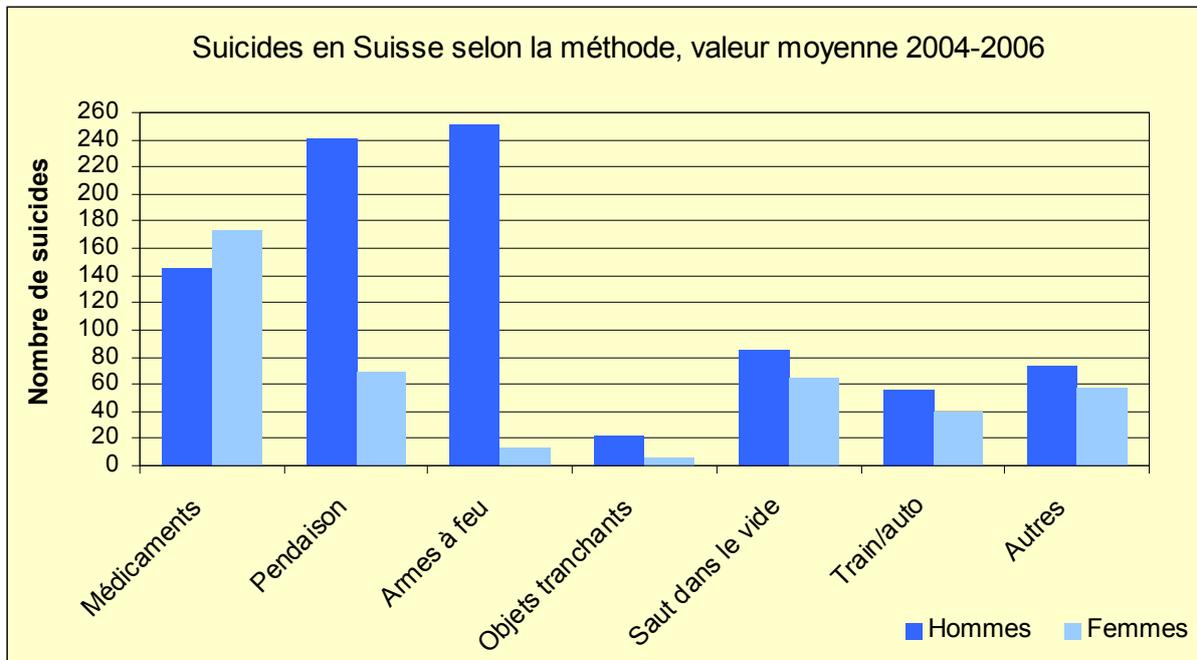


Données

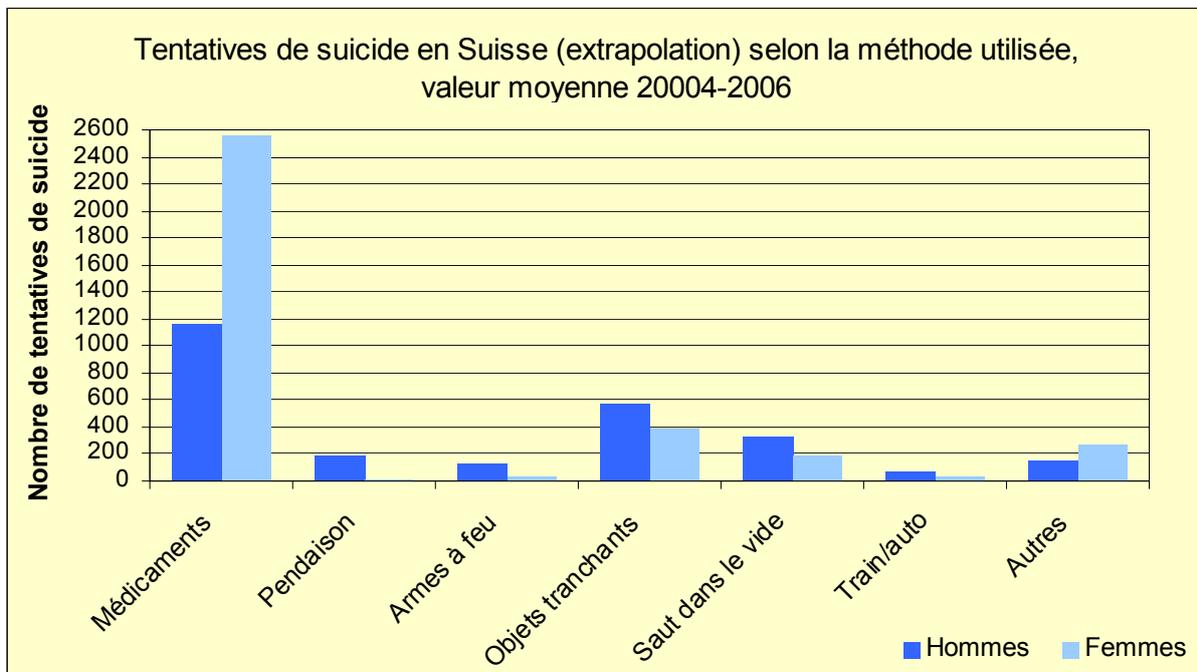
Les taux de suicide diffèrent selon les cantons d'une manière assez constante au fil du temps et de manière nette. Il faut souligner que la disponibilité des méthodes de suicide joue un rôle important. On trouve ainsi de grandes différences entre les cantons en ce qui concerne les suicides commis par saut dans le vide. Dans certains cantons, par exemple, il n'existe que peu de ponts élevés desquels il est possible de sauter dans un but de suicide. Dans ces cantons, un plus petit nombre de suicides par saut dans le vide est enregistré. A noter que les personnes ne sautent pas automatiquement d'immeubles élevés quand il n'y a pas de ponts élevés à disposition (Reisch et al. 2007). Ces résultats attestent que le nombre de suicides n'est pas stable, mais qu'il peut être influencé favorablement par des mesures de prévention. Par ailleurs, il existe des différences entre les cantons sur lesquelles il est



impossible ou difficile d'avoir une influence, comme le contexte culturel et linguistique (davantage de suicides dans la région alémanique que dans la région italophone) ou la religion (moins de suicides chez les personnes croyantes).



[Données](#)



[Données](#)



Il ressort des données, nous l'avons signalé précédemment, que les hommes choisissent plus souvent des méthodes « violentes » telles que la pendaison ou l'utilisation d'une arme à feu, alors que les femmes ont plutôt recours à l'ingestion de médicaments prescrits ou au saut dans le vide. Les auto-empoisonnements à l'aide de médicaments et les blessures par un objet tranchant sont les méthodes les plus fréquemment utilisées dans les tentatives de suicide avortées, ces méthodes présentant la létalité la plus faible. Toute une série de mesures peuvent être mises en place pour prévenir les suicides par ingestion de médicaments : citons comme exemples la collecte de médicaments en excédent par le médecin de famille ou la pharmacie, une prescription ciblée de substances présentant une faible létalité (par ex. antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) au lieu d'antidépresseurs tricycliques) et la remise de préparations solubles dans l'eau (par ex. pour le paracétamol). Il a aussi été démontré une fois encore que la sensibilisation et la formation des médecins de famille à cette problématique peut avoir un effet préventif.

Autre constat: la fréquence des suicides par arme à feu en Suisse est la plus forte d'Europe. Dans notre pays, un tiers environ de ces derniers sont commis au moyen d'une arme d'ordonnance. De nombreux pays ont pu réduire le nombre de suicides de manière ciblée par le biais de réglementations légales concernant la détention et le stockage des armes à feu. Les aspects susmentionnés ne sont que quelques exemples pour le potentiel de prévention existant en Suisse.



Informations utiles

Sites Internet

Ipsilon, initiative pour la prévention du suicide en Suisse, <http://www.ipsilon.ch/>

Association romande PRO MENTE SANA, www.promentesana.ch

Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich FSSZ, <http://www.fssz.ch/>

Promotion Santé Suisse, <http://www.promotionsante.ch/>

Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention,
<http://www.radix.ch/>

Pro Juventute, <http://www.pro-juventute.ch/>

Equilibrium, Verein zur Bewältigung von Depressionen, www.depressionen.ch

Berner Bündnis gegen Depression, www.berner-buendnis-depression.ch

Zuger Bündnis gegen Depression, <http://www.zugerbuendnis.ch/>

Luzerner Bündnis gegen Depression, http://www.kantonsarzt.lu.ch/luzerner_buendnis.htm

Ausserrhoder Bündnis gegen Depression, <http://www.buendnis-depression.ch/>

Alliance contre la dépression, <http://etat.geneve.ch/des/site/sante/promotion-sante-et-prevention>

Association stop suicide : Pour la prévention du suicide des jeunes, <http://www.stopsuicide.ch/>

Kompetenznetz Depression, Bündnis gegen Depression, www.kompetenznetz-depression.de

European Alliance against Depression, EAAD, <http://www.eaad.net/>

Revue spécialisée

pro mente sana aktuell: Psychiatrische Hilfe zuhause. Informationen aus der
Psychiatrieszene Schweiz 2/05.

Livres et articles spécialisés

T. Reisch, U. Schuster, K. Michel: Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007; 37: 681-687.



Tableau 1: Taux de suicide (nombre de suicides pour 100'000 personnes) selon les classes d'âge (2006) [▲](#)

Classe d'âge	0-14	15-24	25-34	35-44	45-55	55-64	65+
Hommes	0.3	14.6	19.7	20.9	28.2	37.3	43.2
Femmes	0.5	5.1	6.8	8.4	13.8	15.5	29.7
Total	0.2	9.5	12.1	14.9	22.6	24.2	35.2

Source: Statistique des causes de décès, ESPOP OFS

Tableau 2: Évolution du nombre de suicides (1990–2006) [▲](#)

Année	Hommes	Femmes	Total
1990	1032	435	1467
1991	1140	404	1544
1992	1051	381	1432
1993	1010	406	1416
1994	1057	437	1494
1995	1018	401	1419
1996	1010	421	1431
1997	960	378	1338
1998	963	348	1311
1999	930	367	1297
2000	979	398	1377
2001	918	381	1299
2002	980	466	1446
2003	848	421	1269
2004	857	427	1284
2005	899	400	1299
2006	863	445	1308

Source: Statistique des causes de décès, ESPOP OFS

Tableau 3: Taux de suicide (nombre de suicides pour 100'000 personnes) selon les cantons (valeur moyenne des années 2000–2006) [▲](#)

Cantons	Hommes	Femmes	Total
SH	34.7	17.0	25.9
AR	39.5	11.2	25.4
BL	34.5	11.2	22.8
ZH	27.9	15.5	21.7



AI	33.6	7.8	20.7
JU	29.1	10.2	19.6
NE	25.7	13.3	19.5
GE	23.5	14.3	18.9
BE	27.6	10.2	18.9
VD	25.1	12.0	18.5
Suisse	25.4	11.2	18.3
SG	26.2	10.0	18.1
GL	24.9	11.0	17.9
NW	25.5	9.7	17.6
ZG	20.6	14.5	17.6
AG	25.5	9.6	17.5
VS	25.2	9.7	17.4
FR	26.3	8.3	17.3
SO	24.5	9.3	16.9
TG	21.4	11.3	16.4
LU	22.8	8.8	15.8
SZ	21.7	8.7	15.2
OW	23.4	7.0	15.2
GR	22.5	7.3	14.9
BS	19.1	9.6	14.3
UR	20.3	7.3	13.8
TI	15.6	7.4	11.5

Source: Statistique des causes de décès, ESPOP OFS

Tableau 4: Nombre de tentatives de suicide (extrapolé) et de suicides ainsi que létalité selon les méthodes utilisées (valeurs moyennes 2004-2006) [▲▲](#)

	Tentatives de suicide (valeur moyenne 2004-2006)			Suicides (valeur moyenne 2004-2006)			Létalité en % (Suicides/(Suicides+tentatives de suicide)*100)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Médicaments	1163	2562	3725	145	173	318	11.1	6.3	7.9
Pendaison	190	12	202	241	68	309	55.9	85.2	60.5
Armes à feu	130	24	154	251	14	264	65.8	36.5	63.2
Objets tranchants	581	380	961	22	6	28	3.6	1.6	2.8
Chute	332	190	522	85	65	151	20.4	25.6	22.4
Train/auto	71	36	107	56	40	95	43.9	52.7	47.2
Autres	142	261	403	74	58	131	34.1	18.1	24.6
Total	2610	3464	6074	873	424	1297	25.1	10.9	17.6

Source: Etude OFSP/Etude OMS-MONSUE, Services psychiatriques universitaires de Berne